

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Métral et Perdrix, assesseur
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

P._____, à Vevey, recourante, représentée par Me Irène Wettstein,
avocate à Vevey,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 16 LPGA; 28 al. 1 let. b LAI

E n f a i t :

A. Le 22 février 2005, P._____ (ci-après: la recourante), née en 1956, d'origine croate, en Suisse depuis 1997, titulaire d'un permis C, graphiste et designer de formation, mariée et mère de deux enfants majeurs, a déposé une demande de prestations AI pour adultes.

Dans un complément du 18 mars 2005 (form. 531 bis), la recourante a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps par intérêt personnel, professionnel et financier.

B. a) Dans un rapport médical du 12 avril 2005, auquel ont été annexés d'autres rapports médicaux établis notamment par des médecins spécialistes, le médecin traitant de la recourante, le Dr B._____, médecin généraliste, a posé les diagnostics suivants:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Cervico-lombalgies persistantes sur troubles statiques et dégénératifs avec dysbalance musculaire.
- Fibromyalgie.
- Etat dépressif."

Ce médecin n'a retenu aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire, que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales, que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, que la recourante ne nécessitait pas de moyens auxiliaires, qu'elle n'avait pas besoin de l'aide d'une tierce personne et qu'un examen médical complémentaire était nécessaire. Il a encore indiqué que tant l'exercice de l'activité exercée jusqu'alors (employée de maison) que celle d'une autre activité étaient exigibles de la recourante à raison de 4 heures par jour.

b) Le 25 avril 2005, l'employeur de la recourante a indiqué ne pas avoir connaissance d'une quelconque atteinte à la santé la concernant. Au 1^{er} janvier 2004, le salaire mensuel de la recourante, soumis à l'AVS, s'élevait à 1'831 fr. 80 (activité à temps partiel: 50%; cf. fiche d'examen de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après: l'OAI] du 26 mai 2005).

Selon un rapport du 24 novembre 2005, faisant suite à une enquête économique sur le ménage, le statut d'active à 100% pouvait être retenu.

c) Selon un rapport du 6 juillet 2006, établi par le Dr B._____, la recourante présentait les affections suivantes:

- "- Etat dépressif, épisode actuel moyen à sévère.
- Fibromyalgie.
- Cervicobrachialgie persistante dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, avec dysbalance musculaire.
- Arthrite psoriasique.
- Obésité.
- SAS sévère."

Le Dr B._____ a indiqué que l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis le 25 octobre 2005 et que l'évolution était défavorable tant au niveau psychique que somatique. Il a précisé que le suivi psychotique était maintenu et que la recourante était suivie par la Dresse Q._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie.

C. **a)** Dans un rapport d'expertise médicale du 31 mars 2006, adressé à la caisse-maladie [...], qui comprend une anamnèse, des plaintes subjectives, un examen clinique et une appréciation du cas, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics suivants:

"En rapport avec l'incapacité de travail:

- Trouble somatoforme douloureux persistant

- Episode dépressif sévère
- Lombalgies et cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathies étagées.

Sans rapport avec l'incapacité:

- Obésité avec syndrome métabolique (HTA)
- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil
- Psoriasis."

Le Dr N._____ a conclu à la présence d'un syndrome douloureux chronique qui pouvait justifier une incapacité partielle (50%) à long terme.

b) Le 14 juin 2006, l'OAI a confié à J._____ le soin d'établir un rapport d'expertise. A cette fin, la recourante s'est entretenue, cas échéant, a été examinée, par les Dresses F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et en rhumatologie.

Le 14 février 2007, le Dr [...], directeur médical de J._____, a adressé un rapport d'expertise interdisciplinaire - établis par les Dresses F._____ et D._____ - à l'OAI. Ce rapport, auquel sont annexés deux consiliums établis par chacune de ces doctresses, comprend notamment un résumé du dossier médical, une anamnèse, des plaintes et données subjectives de la recourante, un examen clinique, des diagnostics, une appréciation et un pronostic.

Il ressort ce qui suit de ce rapport:

"[...]

A. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.

- F41: Trouble anxieux et dépressif mixte actuellement en rémission partielle.

- Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs (discopathie L4-L5, L5-S1).
- L40.5-M07.3: Suspicion d'arthrite psoriasique.
- Syndrome d'apnées du sommeil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

- M10.0: Fibromyalgie.
- Cervicalgies fonctionnelles sur troubles statiques (rectitude cervicale).
- Hypertension artérielle actuellement traitée et compensée.
- Epigastralgies sur hernie hiatale connue.
- Syndrome du canal carpien bilatéral à prédominance droite.
- Hypercholestérolémie.
- Obésité.
- Syndrome de RAYNAUD.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

En date du 20 juillet 2006, les experts mandatés, le Docteur D._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et rhumatologie et le Docteur F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie se sont rencontrées en consilium.

P._____ souffre depuis 2001 de cervico-brachio-scapulalgies à prédominance droite et de lombalgies à bascule. Un diagnostic de rhumatisme psoriasique probable a été retenu en avril 2006 et l'intéressée bénéficie depuis lors d'un traitement de fond de Méthotrexate®(méthotrexate) à raison de 10 mg intramusculaire par semaine associé à des AINS Brufen®(ibuprofène).

En juillet 2005 un syndrome d'apnée obstructive du sommeil sévère a été également mis en évidence, nécessitant la mise en place d'un traitement de C-PAP, actuellement peu ou pas suivi par l'assurée.

D'un point de vue psychiatrique, l'expertisée présente un trouble anxieux et dépressif mixte en rémission partielle, lequel évolue depuis 2001-2002, date de la perte de son premier emploi.

Au niveau rhumatologique, le tableau clinique prépondérant est celui d'une fibromyalgie. Le rhumatisme psoriasique est calme, tant sur le plan clinique que radiologique (l'expertisée est sous traitement de Méthotrexate depuis deux mois). Les cervicalgies sont fonctionnelles et l'atteinte bilatérale du nerf médian est relativement légère.

Après consilium, les experts considèrent qu'il existe une diminution de rendement de l'ordre de 30% en raison des conséquences du syndrome d'apnée du sommeil et du trouble anxieux et dépressif mixte. A noter que la fatigue chronique dont se plaint l'assurée peut être secondaire aux deux pathologies.

Compte tenu des problèmes ostéo-articulaires, l'ancienne profession de l'assurée n'est pas recommandée. Par contre, une activité adaptée excluant le port de charges supérieures à 5-10 kilos, les déplacements itératifs et les positions statiques prolongées est parfaitement envisageable et permettrait une pleine capacité de

travail après résolution du problème psychique. Il subsisterait tout au plus une légère diminution de rendement de 10-15% en raison des changements de position nécessaires. A noter que le traitement préconisé pour le syndrome d'apnée du sommeil doit être suivi par l'assurée.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Il existe des limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les lombalgies, le rhumatisme psoriasique, le syndrome d'apnée du sommeil et le trouble anxieux et dépressif mixte.

Les limitations rhumatologiques excluent le port de charges supérieures à 5-10 kg, les positions statiques prolongées et les déplacements itératifs et sont en rapport direct avec le rhumatisme psoriasique de l'expertisée.

Quant au syndrome d'apnée du sommeil, actuellement non traité, puisque l'intéressée n'utilise pas le C-PAP qui lui a été prescrit, il conduit à une importante fatigue diurne, à un manque de concentration et de vigilance. Ceci représente une limitation pour l'exécution d'activités potentiellement dangereuses (manipulation d'appareils ou de produits toxiques) ou d'activités nécessitant une grande vigilance.

Au niveau psychiatrique, le trouble anxieux et dépressif mixte entraîne une asthénie physique et psychique réduisant son endurance et sa force ainsi qu'un ralentissement modéré et une diminution de la mémoire d'évocation.

Actuellement, les experts considèrent qu'il existe une diminution de rendement de l'ordre de 30% en raison du syndrome d'apnée du sommeil et du trouble anxieux et dépressif mixte. Si l'on arrive à améliorer ces deux pathologies, il persisterait uniquement une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 15%, en rapport avec l'atteinte rhumatologique dans le cadre d'une activité adaptée.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQUE ICI

Les experts considèrent qu'étant donné l'atteinte de l'arthrite psoriasique et les lombalgies chroniques, l'ancienne activité professionnelle comme femme de chambre n'est plus exigible, tenant compte de la nécessité de déplacements itératifs et du port de charges importantes.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES, L'ASSUREE EST-ELLE CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL?

Oui. Le trouble psychique présenté par l'assurée est traitable. Une optimisation du suivi psychiatrique est éventuellement à envisager en fonction de la réponse de l'assurée. Le problème somatique ne contre-indique pas l'exercice d'une activité adaptée.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI OUI, PRIERE D'INDIQUER UN PLAN DE READAPTATION QUI TIENNE COMPTE DU RYTHME DE TRAVAIL, DU TISSU SOCIAL ET DES RESSOURCES EXISTANTES.

Dans un travail adapté, qui respecte les limitations citées sous B1, et considérant une évolution favorable sous traitement du rhumatisme psoriasique, du syndrome d'apnée du sommeil, ainsi que du trouble anxieux et dépressif mixte, la capacité de travail de l'intéressée pourrait être de 100%, avec néanmoins une diminution de rendement de 10 à 15% en rapport avec le problème rhumatologique.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'À PRESENT?

Non. Dans un travail adapté, qui respecte les limitations citées sous B1, et considérant une évolution favorable du problème psychique et du syndrome d'apnée du sommeil, la capacité de travail de l'intéressée pourrait être de 100%, avec une diminution de rendement de 10 à 15% pour raisons rhumatologiques.

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE?

Toute activité est exigible de la part de l'assurée, pour autant qu'elle respecte les limitations énumérées ci-dessus.

D. REMARQUES ET/OU AUTRES QUESTIONS?

Sur le plan psychique, une durée de traitement d'environ 6 mois est à attendre pour que le traitement antidépresseur puisse déployer sa pleine efficacité. Le syndrome d'apnée du sommeil exige une bonne compliance pour le traitement avec le C-PAP (NB: ce qui n'est pas le cas actuellement).

[...]"

c) Dans un avis du 14 juin 2007, le SMR a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis octobre 2005, mais qu'en revanche, sa capacité de travail était totale, avec toutefois une diminution de rendement de 10% - dès octobre 2005 -, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

D. a) Dans une communication du 14 août 2007, l'OAI a annoncé à la recourante qu'elle remplissait les conditions du droit au placement et qu'elle bénéficierait dès lors d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Un entretien par le service de placement a été fixé au 3 septembre 2010.

b) Dans un courrier du 31 août 2007, adressé au service de placement, le Dr B._____ a déclaré que l'évolution de l'état de santé de la recourante, tant sur le plan somatique que psychique, était défavorable et que, dans ce contexte, des démarches pour une reprise de travail lui paraissaient prématurées.

E. Le 17 janvier 2008, l'OAI a rendu un projet de décision refusant l'octroi d'une rente à la recourante. Il a retenu qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante (port de charge limité à 5 à 10 kg, pas d'activités manuelles lourdes, position statique prolongée, déplacement itératif et changement de position) était exigible à plein de temps de la part de la recourante. Compte tenu d'une baisse de rendement de 10%, le degré d'invalidité de la recourante était de 18,39%, soit insuffisant pour l'octroi d'une rente.

F. Par courrier du 18 avril 2008, adressé au conseil de la recourante, la Dresse Q._____ a commenté le rapport d'expertise de J._____. Ce médecin a notamment déclaré que l'état de santé de la recourante, tant sur le plan somatique que psychique, n'était pas favorable. A son sens, la situation de la recourante s'était aggravée depuis ce rapport. Certains traitements mis en place à l'époque n'ont pas eu le résultat escompté et divers autres traitements ont depuis été discutés, voire tentés (notamment une cure du tunnel carpien à droite et à gauche ainsi qu'un traitement d'anti-TNF alpha).

Fondé sur ce courrier, la recourante a contesté le projet de décision.

Dans un avis du 5 mai 2008, le SMR a estimé qu'un complément d'expertise serait approprié.

G. **a)** Le 24 juillet 2008, J._____ a rendu un complément d'expertise qui a été réalisé par les Drs L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialistes FMH en rhumatologie, en médecine interne et en médecine du sport.

Ce rapport comprend notamment un résumé du dossier médical de la recourante, une anamnèse, des plaintes et données subjectives de la recourante, un examen clinique, des diagnostics, une appréciation du cas, notamment sous l'angle de la capacité de travail et de la réadaptation professionnelle. On en extrait ce qui suit:

"[...]

3.2. EXPERTISE DE PSYCHIATRIE

[...]

Analyse jurisprudentielle: Selon les critères de gravité jurisprudentiels actuels (voir notamment: MOSIMANN: Somatoform Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten. RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss; VSI 2000 p. 155 consid. 2c) repris par un arrêt du Tribunal fédéral des assurances des juges FERRARI, MEYER et URSPRUNG (I 870/02, du 21 avril 2004, IVème Chambre), dès lors que l'on attribue une incapacité de travail à ce type de douleurs, il convient encore d'envisager:

Présence d'une comorbidité psychiatrique: Non, l'assurée souffre uniquement de trouble anxieux et dépressif mixte, essentiellement réactionnel. Il s'agit d'une pathologie légère.

Affections corporelles chroniques: Oui, si l'on tient compte de la polyarthrite psoriasique et des troubles dégénératifs.

Une perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie: Non, ce n'est pas le cas.

L'état psychique cristallisé (bénéfice primaire) sans évolution possible au plan thérapeutique: Non, ce sont surtout des bénéfices secondaires et un déconditionnement important qui sont au premier plan.

Les échecs des traitements selon les règles de l'art en dépit des efforts de la personne assurée: Ce n'est pas le cas non plus, l'assurée interrompant régulièrement son suivi psychiatrique.

Conclusion: Les algies ne remplissent pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifiées d'invalidantes.

[...]

APPRECIATION DU CAS

P. _____ a développé une symptomatologie douloureuse suite à son émigration et à la perte de son premier emploi de graphiste designer. Certaines de ces algies s'intègrent maintenant dans une problématique de polyarthralgies psoriasiques et de troubles dégénératifs étagés du rachis. Par la suite, plusieurs autres problèmes de santé se sont révélés également présents, notamment une obésité avec syndrome métabolique (hypertension artérielle) et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Ces derniers ont amené à des incapacités de travail de plus en plus fréquentes, ainsi qu'à l'abandon progressif d'un certain nombre de tâches quotidiennes, notamment ménagères. Des conflits relationnels et conjugaux se sont installés dans ce contexte (ronflements nocturnes, fatigue diurne constante).

Comme démontré à de multiples reprises au cours de cette expertise, de nombreuses contradictions apparaissent. Les symptômes évoqués comme pouvant appartenir à la sphère psychique, tels que la fatigue, l'abattement, les vertiges ou l'anxiété, sont en fait dus en partie à des troubles somatiques (fatigue et troubles de concentration sur syndrome d'apnées du sommeil), alors que l'examinée ne suit toujours pas le traitement visant à la soulager (CPAP). On doit évoquer que la situation n'a guère évolué depuis l'expertise de février 2007. En effet, bien que le médecin traitant spécifie dans un courrier d'avril 2008 que l'assurée est maintenant convaincue de la nécessité d'utiliser son appareil CPAP, ce n'est toujours pas le cas. De la même manière, alors que l'investiguée affirme que ses plaintes psychiques sont également au premier plan car elle se sent particulièrement démoralisée et abattue, elle a néanmoins cessé son suivi psychiatrique.

Ces contradictions soulignent le fait qu'il existe un faisceau d'indices concordants concernant la présence de bénéfices secondaires dans cette situation. En effet, si l'investiguée se déclarait apte dans une activité professionnelle adaptée (telle que définie dans l'expertise de février 2007), c'est-à-dire sans port de charges lourdes, déplacements itératifs ni positions statiques prolongées, elle se trouverait alors confrontée à des difficultés d'ordre non médical:

- Maîtrisant mal la langue française, elle a de la difficulté à trouver un poste dans un emploi de graphiste designer, ce qu'elle souhaiterait cependant.
- Elle bénéficie actuellement d'un soutien inconditionnel de la part de sa famille, ce qui tend à renforcer les plaintes.

Il existe maintenant un déconditionnement important, l'arrêt de travail étant en cours depuis trois ans, ainsi que des bénéfices secondaires qui rendent le pronostic réservé.

4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

- Polyarthrite psoriasique.
- Lombalgies chroniques sur troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire.

- Syndrome d'apnées du sommeil.

4.2 Diagnostiques sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

- Hypertension artérielle.
- Hypercholestérolémie.
- Obésité.
- F41: Trouble anxieux et dépressif mixte, depuis février 2007.
- F68: Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, depuis février 2007 environ.

5. DISCUSSION ET EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE

Suite à leurs examens cliniques respectifs, les experts mandatés (le Docteur L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Docteur X. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport) se sont réunis pour une discussion pluridisciplinaire.

Cette assurée de 52 ans est connue pour des douleurs ostéo-articulaires multiples depuis 2001 qui ont été attribuées à une fibromyalgie, voire à un trouble somatoforme douloureux, avant qu'on découvre en 2006 un rhumatisme psoriasique.

Malgré l'instauration d'un traitement de méthotrexate et d'anti-TNF Alpha [Enbrel®(etanercept)], les douleurs ont persisté, associées à un problème de tunnel carpien bilatéral qui a été opéré, respectivement en 2006 à droite et 2007 à gauche. Il se surajoute plusieurs autres affections somatiques (HTA, discopathies lombaires, syndrome d'apnées du sommeil), ainsi que la notion d'un état dépressif.

Bien que l'assurée ait déjà bénéficié d'une expertise médicale en 2006 et 2007, un complément est demandé pour suspicion d'aggravation de l'état de santé.

L'examen clinique de ce jour confirme l'existence d'une arthrosynovite des mains prédominant à droite et compatible avec le diagnostic de polyarthrite psoriasique, ainsi que d'une légère limitation rachidienne dans le cadre de troubles disco-dégénératifs étagés. Il existe également de nombreux signes de non-organicité et 18/18 points de fibromyalgie douloureux, sans que l'on puisse toutefois retenir ce diagnostic en l'absence de tableau spécifique.

A noter qu'il n'y a pas d'aggravation démontrée sur le plan somatique. La polyarthrite psoriasique est actuellement limitée aux mains, sans atteinte du squelette axial ni des sacro-iliaques. Il n'y a en outre pas d'érosion ni de déformation articulaire. Enfin, la patiente est HLA B27 négative et il n'y a pas de syndrome inflammatoire sanguin d'après les bilans pratiqués par le Docteur Q. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.

En ce qui concerne le syndrome d'apnées du sommeil, l'assurée ne suit toujours pas correctement son traitement (CPAP), pourtant susceptible d'améliorer ses symptômes.

Au niveau psychique, on ne relève qu'un trouble anxieux et dépressif mixte évoluant depuis 2007 et une probable majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques. Les contradictions et les discordances, ainsi qu'un faisceau d'indices, parlent en faveur d'une recherche de bénéfices secondaires dans le cadre d'un déconditionnement important après trois ans d'inactivité professionnelle. Un trouble somatoforme n'a pas été retenu, ni du reste un épisode dépressif majeur, les critères n'étant pas remplis au sens de l'ICD-10.

Dans ce contexte, pour raisons rhumatologiques, l'ancienne activité de femme de ménage n'est plus envisageable. Par contre, une activité légère adaptée est parfaitement exigible à 70%, en tenant compte de la diminution de rendement. L'atteinte psychique est légère et n'a pas d'impact supplémentaire sur la capacité de travail.

Les experts attirent l'attention sur le risque d'échec d'éventuelles mesures professionnelles en raison des bénéfices secondaires présents.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Il existe des limitations qualitatives et quantitatives chez cette assurée, en relation d'une part avec les lombalgies chroniques sur troubles disco-dégénératifs, et d'autre part avec sa polyarthrite psoriasique.

On retiendra, du point de vue rhumatologique, une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle de femme de ménage. Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout, excluant les travaux de force et répétitifs impliquant les mains, sa capacité de travail est de 70%, ceci en tenant compte de la diminution de rendement.

Sur le plan purement psychiatrique, les limitations sont modérées. En effet, bon nombre de symptômes rapportés pouvant se référer à la sphère psychique peuvent également être liés au syndrome d'apnées du sommeil, actuellement toujours non traité. De surcroît, il existe des facteurs d'amplification des plaintes, avec la présence de bénéfices secondaires qui influencent également la capacité de travail. Sur le plan du diagnostic psychiatrique, l'experte ne retient donc qu'un abattement réactionnel pouvant être à l'origine d'une légère baisse de rendement lors des pics symptomatiques.

2. DEGRE D'INCAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ANCIEN EMPLOI

En raison de ses douleurs lombaires dans le cadre de troubles disco-dégénératifs et de sa polyarthrite psoriasique avec atteinte inflammatoire intéressant particulièrement les mains, son ancienne activité professionnelle de femme de ménage n'est plus exigible.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas réellement d'incapacité de travail dans l'ancien emploi.

3. RENDEMENT DANS L'ANCIEN EMPLOI

Le rendement dans l'ancienne activité de femme de ménage est nul pour raisons rhumatologiques.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI OUI, PRIERE D'INDIQUER UN PLAN DE READAPTATION QUI TIENNE COMPTE DU RYTHME DE TRAVAIL, DU TISSU SOCIAL ET DES RESSOURCES EXISTANTES.

Il n'y a pas, du point de vue rhumatologique, de contre-indication particulière à des mesures de réadaptation professionnelle tenant compte des limitations fonctionnelles décrites. Cependant, dans cette situation, la présence de bénéfices secondaires importants tels que décrits dans cette expertise est un facteur de mise en échec d'une telle réadaptation.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT? SI OUI, PAR QUELLES MESURES?

Le rhumatisme psoriasique reste une affection inflammatoire capricieuse. Celui de l'assurée, même si l'atteinte inflammatoire des mains est manifeste, reste de pronostic relativement favorable puisqu'on ne note pas de déformation ou de destruction articulaire. Le rhumatisme reste limité aux mains et il n'atteint pas le squelette axial ni les articulations sacro-iliaques. L'assurée est HLA B27 négative, les auto-anticorps anti-DNA sont négatifs et il n'y a pas de syndrome inflammatoire sanguin au long cours mis en exergue par le Docteur Q._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.

La prise en charge demeure toutefois difficile compte tenu du syndrome douloureux dans un cadre de trouble anxieux et dépressif réactionnel associé à une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques.

La compliance de l'examinée au traitement proposé étant susceptible de poser problème, une prise en charge psychiatrique contrôlée est exigible avec poursuite du traitement antidépresseur en association avec une psychothérapie. Une modification du traitement rhumatologique [(remplacement du méthotrexate par la Salazopyrin®(sulfasalazine)] est également recommandée.

3. TAUX DE CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITE ADAPTEE EN TENANT COMPTE DE CES MESURES?

Le taux de capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites, quand bien même le rhumatisme psoriasique de l'assurée n'est pas entièrement contrôlé, est de 70%, ceci en tenant compte de la diminution de rendement."

b) D'un avis du 20 août 2008 du SMR, on retient ce qui suit:

"[...]

Le complément d'expertise de J._____ confirme le diagnostic d'arthrite psoriasique affectant en priorité les articulations des mains. Il existe également un certain degré de limitation rachidienne

dans un contexte disco-dégénératif étagé. L'expert remarque cependant qu'il n'y a pas d'aggravation démontrée sur le plan somatique depuis l'expertise précédente.

Au surplus, l'atteinte objective n'explique pas la totalité des symptômes, ni leur localisation, ni leur intensité et leur retentissement sur le fonctionnement de l'assurée. L'expert rhumatologue note la présence de 18 points de fibromyalgie, mais ne retient pas ce diagnostic en l'absence d'un tableau spécifique.

Au plan strictement rhumatologique, l'atteinte justifie une incapacité de travail totale comme femme de ménage, ce que nous avons déjà reconnu dans le rapport SMR de juin 2007. Les limitations fonctionnelles sont détaillées en page 36 de l'expertise. Si elles sont respectées, l'exigibilité serait de l'ordre de 70%. La baisse de rendement est essentiellement due aux conséquences du syndrome d'apnées du sommeil (20%). Les 10% restant se rapportent à la nécessité d'alterner les positions.

L'examen psychiatrique montre un trouble anxieux et dépressif mixte depuis février 2007, et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans impact sur la capacité de travail.

Il faut relever que l'assurée ne porte pas régulièrement le masque de CPAP pour le syndrome d'apnées du sommeil, se privant ainsi du bénéfice prévisible d'un tel traitement (diminution de la fatigue et des troubles de la concentration et de l'attention, amélioration de la thymie). Un tel traitement est médicalement exigible.

Dès lors, nous admettons l'incapacité de travail de 100% comme femme de ménage. Nous admettons également une baisse de rendement de 10% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

En résumé, l'aggravation n'est pas démontrée.

Les incapacités de travail sont inchangées."

H. a) Par décision du 18 décembre 2008, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante. Il a repris le projet de décision du 17 janvier 2008 et a en substance retenu que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à plein temps et que, sur la base de l'enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) et d'un abattement de 20% – compte tenu d'une baisse de rendement et des limitations fonctionnelles –, son revenu annuel d'invalidité s'élevait à 39'727 fr. 47. S'agissant du revenu annuel sans invalidité, il a considéré que celui-ci pouvait être fixé à 48'630 fr. 30. Dans ces circonstances, le degré d'invalidité de la recourante était de 18,39%, soit insuffisant pour prétendre à une rente d'invalidité.

b) P._____ a interjeté recours contre cette décision par acte du 30 janvier 2009. Elle soutient en substance que l'OAI a fait preuve d'arbitraire en ne se fondant que sur les avis du SMR et non sur les expertises ordonnées, qu'en référence à un courrier du 19 janvier 2009 du médecin traitant, il y a lieu de retenir qu'aucun traitement n'a permis d'améliorer l'état de santé de la recourante et qu'il est contradictoire de constater une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante tout en considérant que cette aggravation n'a aucune incidence sur la capacité de travail. Elle a en outre reproché à l'OAI de ne pas tenir compte de l'ensemble de ses affections, notamment de son apnée du sommeil. La recourante a conclu à l'annulation de la décision entreprise au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité.

Par courrier du 19 janvier 2009, le médecin traitant a annoncé que la recourante serait vue par des médecins du CHUV le jour suivant. Ces médecins ont établi un rapport médical le 9 février 2009, dont il ressort ce qui suit:

"[...] P._____ présente une arthrite psoriasique avec atteinte axiale et périphérique, actuellement mal contrôlée. Il nous paraît dès lors difficile de mettre toutes ses douleurs sur le compte d'une simple fibromyalgie. En effet, les points de fibromyalgie représentent également des points d'enthésopathie que l'on retrouve dans les maladies de type arthrite psoriasique.

La maladie de P._____ n'est actuellement pas destructrice, sans signe de lésion osseuse au niveau des radiographies, et il ne s'agit heureusement pas d'une arthrite mutilante. Toutefois, comme démontré dans de récentes études menées dans le cadre de la spondylarthrite ankylosante, la présente d'une atteinte radiologique, n'influence pas l'atteinte fonctionnelle et les douleurs ressenties qui sont identiques et indépendantes de l'image radiologique. On ne peut donc pas argumenter que l'arthrite psoriasique de P._____ est de faible degré, en se basant sur l'absence de lésion érosive. De même, des examens comme la recherche d'un syndrome inflammatoire ou d'anomalies à l'IRM ont une très faible sensibilité et pas peu [sic] de corrélation avec l'activité de la maladie.

La symptomatologie touchant actuellement les membres supérieurs, les membres inférieurs ainsi que le rachis, l'incapacité de travail est complète en ce qui nous concerne.

Si nous concordons sur le diagnostic d'arthrite psoriasique, nous ne pouvons adhérer aux conclusions du rapport AI sur le pronostic et la capacité de travail. Compte tenu du type d'atteinte et de la sévérité de l'atteinte, le pronostic à long terme quant à la reprise du travail est mauvais et plus que réservé.

[...]"

c) Par courrier du 23 juillet 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a exposé qu'il était justifié de ne pas tenir compte de l'incidence de l'apnée du sommeil sur la capacité de travail de la recourante, dans la mesure où celle-ci n'entreprenait pas tout ce qui était exigible pour diminuer les conséquences de cette atteinte. Il a souligné que, même avec un taux d'activité à 70%, le degré d'invalidité de la recourante serait insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente.

d) Le 4 décembre 2009, la recourante a produit divers rapports médicaux établis en août, octobre et novembre 2009, selon lesquels l'état de santé de la recourante se serait aggravée au fil du temps et son incapacité de travail serait totale et durable.

Pour l'OAI, ces documents ne doivent pas être pris en compte, dans la mesure où il concerne l'état de santé de la recourante à partir d'août 2009, soit pour une période de plus de huit mois postérieure à la date à laquelle la décision entreprise a été rendue.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale

vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Il est, en outre, recevable en la forme.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b; 116 V 246, consid. 1a, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1).

En l'espèce, est litigieuse la question du degré d'invalidité de la recourante, celle-ci contestant le degré retenu par l'OAI dans la décision entreprise. S'agissant des rapports médicaux du 7 août 2009 ainsi que des 13 et 20 octobre 2009 - joints au courrier du médecin traitant du 27 novembre 2009 -, sur lesquels la recourante se fonde, ils doivent être

écartés. En effet, ces pièces concernant des faits postérieurs à la date à laquelle la décision entreprise a été rendue, ils doivent faire l'objet d'une nouvelle décision.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 i.f. LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b; TF 9C_298/2007 du 5 juin 2008, consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de

tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc; Pratique VSI 2002 p. 64, consid. 4b, p. 70 s.). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6).

Un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. L'assuré a droit à une rente s'il a notamment présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

c) J. _____, chargée d'un complément d'expertise, a, dans les faits, réalisé une nouvelle expertise. Celle-ci sera préférée à la première ne serait-ce parce qu'elle est plus récente et tient ainsi compte de la situation à jour. Les experts ont pris en compte l'entier des problèmes somatiques et psychiques de l'expertisée. Ils ont établi leurs rapports en tenant compte des avis des praticiens consultés avant eux. Ils ont

examiné les critères de Mosimann et motivent leur appréciation de manière convaincante.

S'agissant du rapport du CHUV du 9 février 2009, il ne satisfait pas les réquisits légaux. En particulier, il se limite à affirmer que la recourante présenterait une incapacité de travail totale, sans préciser s'il se prononce là uniquement pour l'activité habituelle ou également pour une activité adaptée. Il n'explique par ailleurs pas pour quelle raison les atteintes à la santé de la recourante empêcheraient celle-ci d'exercer une activité lucrative. Ce rapport soutient uniquement que, dans le cas de la recourante, l'on ne peut se baser sur une image radiologique ou sur une IRM pour dire que l'atteinte psoriasique de la recourante serait de faible degré. Cependant, ces médecins n'expliquent pas pour quelle raison un degré plus élevé devrait être retenu. Enfin, à la différence de J._____, ils n'examinent pas la situation de la recourante sous l'angle des critères jurisprudentiels relatifs à la fibromyalgie. Il convient encore de retenir que ces médecins ont vu la recourante après la date à laquelle la décision entreprise a été rendue et qu'ils n'ont dès lors pas une connaissance directe, personnelle et immédiate de la situation médicale de la recourante pour la période antérieure à la date de la décision entreprise. Dans ces circonstances, la seconde expertise de J._____ l'emporte sur le rapport du CHUV.

En ce qui concerne l'avis du SMR du 20 août 2008, il ne remplit pas non plus les réquisits légaux, de sorte que sa valeur probante apparaît moindre que celle des expertises de J._____. En ce qui concerne en particulier la seconde expertise de J._____, il estime que les experts auraient retenu que la baisse de rendement serait essentiellement due aux conséquences d'apnées du sommeil. Or, la recourante ne porterait pas son masque CPAP, se privant ainsi du bénéfice d'un tel traitement, qui peut être exigé d'elle. Dans ces circonstances, elle ne ferait pas tout ce que l'on serait en droit d'attendre d'elle pour diminuer son dommage, de sorte que la baisse de rendement, d'un taux de 20%, retenue par les experts de J._____ ne se justifierait pas. Au sens du SMR, seul un taux de 10%, qu'il déduit en soustrayant 20% (apnées du sommeil) au taux de

30% de baisse de rendement retenu par les experts, doit être reconnu. Néanmoins, à la différence de ce que soutient le SMR, il ressort clairement de la seconde expertise de J._____ que la baisse de rendement de 30% est due à la seule atteinte rhumatologique. Sur le plan purement psychiatrique, les limitations sont à leur sens modérées et sans impact supplémentaire sur la capacité de travail. Les premiers experts estiment que la diminution de rendement de 30% qu'ils ont reconnue est en grande partie due à la fatigue résultant de l'existence d'un syndrome d'apnée du sommeil non traitée puisque la recourante ne s'appareille pas la nuit.

Les seconds experts constatent aussi que la recourante ne s'équipe pas la nuit mais ils mettent les conséquences de ce comportement en relation avec les limitations d'ordre psychiatrique, limitations qu'ils estiment modérées et sans influence sur la capacité de travail.

De surcroît, on ne voit pas quel est le fondement de l'avis des médecins du SMR selon lequel, sur la diminution du rendement de 30%, une part de 20% est due au syndrome d'apnée du sommeil.

Au vu de ce qui précède, la seconde expertise de J._____ ne prête pas le flanc à la critique. Il convient dès lors de retenir que la recourante présente une capacité de travail de 70%, compte tenu de la diminution de rendement.

d) Dans sa réponse, l'OAI affirme qu'avec une capacité de travail de 70%, le degré d'invalidité de la recourante n'atteint pas le seuil lui permettant d'obtenir une rente. Il convient cependant de constater que dans son calcul, l'OAI omet de tenir compte d'un abattement de 20% qu'il a lui-même retenu dans la décision entreprise. L'OAI n'ayant pas contesté cet abattement, ni invoqué de raisons pertinentes de s'en écarter, il convient d'en tenir compte dans le calcul du degré d'invalidité de la recourante.

En l'espèce, il ressort de l'instruction que la recourante a présenté une incapacité de travail dans son activité habituelle à partir du courant du mois d'octobre 2005, de sorte qu'un éventuel droit à la rente pourrait lui être reconnu dès le 1^{er} novembre 2006 (art. 28 al. 1 let. b LAI). Il ressort encore de l'instruction qu'en 2004, la recourante touchait 1'831 fr. 80, treize fois par année, pour un taux d'activité de 50%. Ce qui correspond à un salaire annuel en 2006 de 48'680 fr. 30 pour une activité à plein temps ($[13 \times 1'831 \text{ fr. } 80 \times 2] + 1\% \text{ d'indexation pour } 2005 + 1,2\% \text{ d'indexation pour } 2006$).

Selon l'ESS 2006, le salaire déterminant pour des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé est de 4'019 fr. par mois (tableau A1). Pour un horaire hebdomadaire de 41,7, et non de 41,6 comme retenu à tort dans la décision, le salaire annuel en 2006 est de 50'227 fr. 69 pour une activité à plein temps. Afin d'obtenir le revenu d'invalidé, il convient encore de tenir compte de la baisse de rendement de 30% et de l'abattement de 20%. Ce qui nous donne un revenu annuel d'invalidé en 2006 de 28'155 fr. 51 ($[50'227 \text{ fr. } 69 - 30\%] - 20\%$).

La perte de gain s'élève ainsi à 20'524 fr. 80 ($48'680 \text{ fr. } 30 - 28'155 \text{ francs } 51$). Ce qui représente un degré d'invalidité de 42,16% ($20'524 \text{ fr. } 80 : 48'680 \text{ francs } 30$). Conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, la recourante a dès lors droit à un quart de rente à partir du 1^{er} novembre 2006.

4. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} novembre 2006.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit

se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Obtenant gain de cause, aucun frais de justice ne sera mis à la charge de la recourante (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante a droit de la part de l'OAI à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 55 LPA-VD; 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours déposé le 30 janvier 2009 par P._____ est admis.

- II. La décision rendue le 18 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} novembre 2006.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. L'intimé Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante P._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Irène Wettstein (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :