

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Monod et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Trachsel

Cause pendante entre :

D._____, à Payerne, recourante, représentée par Me Charles Guerry,
avocat à Fribourg

et

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

Art. 7, 8, 16 LPGA et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. D._____, née au Portugal en 1976, en Suisse depuis 1993, mariée depuis 1997 et mère de deux enfants nés en 2000 et 2005 (ci-après : l'assurée), a travaillé jusqu'à la fin de l'année 1997 principalement comme ouvrière d'usine ; elle a également été temporairement au chômage, en 1996 et 1997. Elle a acquis une formation (d'une année) d'esthéticienne, dans une école privée, mais n'a jamais obtenu de diplôme ni pratiqué ce métier. Elle n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis 1998.

B. L'assurée a déposé en septembre 1998 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) (demande de rente). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a rendu le 5 avril 2001 une décision rejetant la demande de prestations, en retenant que les renseignements médicaux obtenus ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé invalidante, de sorte qu'aucun élément objectif n'indiquait une limitation de la capacité de travail comme ouvrière ou esthéticienne. L'assurée n'a pas contesté cette décision.

C. Le 18 juillet 2001, l'assurée a requis la « réouverture » de son dossier. L'OAI a traité cette requête comme une nouvelle demande de prestations présentée à la suite d'une décision de refus. Cet office a rendu le 13 mai 2002 une décision de refus d'entrer en matière, en retenant qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été établie.

D. Le 9 mai 2003, l'assurée a renouvelé sa demande de prestations. Elle a indiqué qu'elle était en traitement auprès d'un psychiatre de l'Unité de psychiatrie ambulatoire (ci-après : l'UPA) de Payerne, le Dr G._____. Ce médecin a adressé à l'OAI un rapport du 24 octobre 2003, dont la conclusion (« Discussion ») est la suivante :

"Depuis l'âge de 18 ans, Mme D._____ souffre de Lupus érythémateux disséminé, une maladie systémique grave et invalidante à évolution chronique. Dans de nombreuses situations, cette maladie s'accompagne de manifestations psychiques tels que troubles de l'humeur associés à des états d'anxiété comme c'est le cas de notre patiente. De surcroît,

cette maladie systémique nécessite un traitement médicamenteux lourd comprenant des médicaments connus pour leurs effets secondaires sur le plan psychique tels que les corticoïdes, la chloroquine ou la LTiroxine. Au contexte morbide actuel s'ajoute un passé parsemé d'événements traumatiques : départ des parents à l'étranger, effort d'adaptation à une nouvelle culture depuis l'adolescence, travaux lourds et pénibles depuis l'âge de 15 ans. Actuellement, Mme D._____ rencontre des difficultés croissantes dans la prise en charge de sa fille qui présente des symptômes d'hyperactivité. Mme D._____ arrive cependant à avoir une activité occupationnelle à raison de quelques heures par semaine : travaux légers de conciergerie ou manœuvres ponctuelles d'esthéticienne. A notre avis, une activité lucrative régulière est exclue dans le cas de Mme D._____ en raison de l'évolution imprévisible de sa maladie physique associée à des troubles psychologiques, et ceci à long terme".

Le 30 juin 2005, l'OAI a chargé le Dr P._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, de réaliser une expertise psychiatrique. Ce spécialiste a déposé son rapport le 13 décembre 2005. Le chapitre "diagnostic" est libellé de la manière suivante :

"4. Diagnostic : Dysthymie.

Boulimie nerveuse.

Personnalité histrionique à traits obsessionnels.

érythémateux
Douleurs chroniques dans le cadre d'un lupus

disséminé actuellement sans activité inflammatoire.

CIM 10 : F34.1, F50.2, F60.4

La dysthymie est présente depuis 2001 environ. Le trouble de la personnalité existe depuis le début de l'âge adulte. Les douleurs chroniques existent depuis le début de son L.E.D. soit depuis 1994. Ces affections restreignent la capacité de travail. La boulimie est apparue dans le courant de l'année 2005 et n'a pas d'incidence sur la capacité de travail".

L'expert emploie l'abréviation L.E.D. pour "lupus érythémateux disséminé".

A la question concernant l'influence des troubles sur la capacité de travail, l'expert répond comme il suit :

"1. Limitation (qualitative et quantitative en relation avec les troubles constatés) au plan physique au plan psychique et mental au plan social.

Réponse : l'expertisée présente une dysthymie qui occasionne des troubles du sommeil, une fatigue chronique et une fluctuation de son humeur le plus souvent légèrement déprimée. Le traitement de son affection somatique est constitué de médications lourdes pouvant perturber l'état psychique de l'expertisée (insomnie, instabilité de l'humeur, accentuation des traits de la personnalité). Son trouble de la personnalité favorise des crises émotionnelles et les manifestations somatiques de l'angoisse, occasionne une faible tolérance au stress, à la fatigue et aux douleurs. On note également des douleurs chroniques dans le cadre d'un lupus érythémateux disséminé actuellement sans activité inflammatoire.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici. 2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Réponse : les troubles évoqués ci-dessus sont de nature à limiter le rendement professionnel de l'expertisée en tant qu'ouvrière.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail.

Réponse : à mon avis, d'un point de vue strictement psychiatrique, en considérant une phase où le L.E.D. n'est pas en poussée inflammatoire, il y a une incapacité de travail de 50 % du point de vue psychiatrique.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Réponse : oui, du point de vue strictement psychiatrique, l'expertisée est encore en mesure de travailler à 50 % comme ouvrière.

2.4. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Réponse : la diminution de rendement en tant qu'ouvrière est de 50 %.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Réponse : dans le courant 2001, une incapacité de travail psychiatrique d'au moins 20 % a commencé à se manifester.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Réponse : actuellement incapacité de travail psychiatrique de 50 %.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Réponse : oui, dans la mesure où elle peut compter d'un support social suffisant pour la prise en charge de ses enfants en son absence.

L'expert a été invité à donner quelques précisions et dans une lettre du 30 mars 2006, il a notamment confirmé que le taux d'incapacité de travail retenu de 50 % ne se basait pas exclusivement sur la dysthymie, mais tenait également compte du trouble de la personnalité, des complications somato-psychiques du L.E.D., de l'impact des effets secondaires liés au traitement et de la faible capacité d'adaptation psychologique à l'affection rhumatologique.

L'expert psychiatre s'est par ailleurs entretenu avec la Dresse M. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, consultée par l'intéressée en septembre 2005. Cette dernière retenait alors que le Lupus érythémateux disséminé était tout à fait inactif sur le plan biologique et clinique, mais que, comme tant de patientes avec Lupus, Mme D. _____ évoquait une fatigue importante avec arthralgies et myalgies persistant malgré tous les traitements médicamenteux.

Se fondant sur l'expertise psychiatrique ainsi que sur des rapports du Prof. B. _____ du service d'immunologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), médecin ayant suivi l'assurée au moment des premières demandes de prestations, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a établi le 29 juin 2006 un rapport d'examen. Il fixe le début de l'incapacité de travail durable à l'année 2000 et à un taux de 30 %, puis à un taux de 50 % dès le mois de juillet 2002. Dès lors, cette dernière capacité de travail est exigible aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigue chronique, troubles du sommeil, peu de résistance au stress, pas de sollicitation trop importante des mains).

L'OAI a en outre fait procéder, par l'un de ses services, à une enquête économique sur le ménage. Du rapport de l'enquête du 13 novembre 2006, il ressort que l'assurée maintient son statut d'active à 100 % et qu'elle présente un taux de 58,1 % d'empêchements dans ses tâches ménagères.

L'OAI a adressé à l'assurée un préavis du 21 juin 2007 (projet d'acceptation de rente) rendant compte d'une incapacité de travail et de gain de 30 % dans toute activité professionnelle depuis l'année 2000. A l'échéance du délai d'attente, en 2001, ce degré de 30 % n'ouvre ainsi pas le droit à une rente d'invalidité. L'OAI constate en outre qu'en raison d'une aggravation de l'état de santé, une incapacité de travail de 50 % dans toute activité professionnelle existe depuis le mois de juillet 2002 et que des mesures professionnelles ne permettraient pas d'améliorer de façon notable la capacité de gain. Pour évaluer le préjudice économique, l'OAI

tient compte du salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en l'occurrence un revenu annuel de 46'905 fr. en 2001, et du salaire hypothétique pour une activité légère de substitution à 50 % (salaire avec invalidité), compte tenu d'un abattement de 10 % (selon les empêchements propres à la personne), soit un revenu d'invalidé de 21'107 francs. La perte de gain se monte dès lors à 25'798 fr. et correspond à un degré d'invalidité de 55 %. Obtenant un degré d'invalidité de 40 % en moyenne sur une année, au 1er décembre 2002, l'OAI lui reconnaît le droit à un quart de rente depuis cette date, puis, le 1er mars 2003, à l'échéance du délai d'attente, soit après trois mois d'invalidité à ce taux, l'invalidité de 55 % lui donne droit à une demi-rente.

Par l'intermédiaire de son avocat, l'assurée a présenté diverses objections.

L'OAI a complété le dossier en demandant notamment un rapport au médecin généraliste traitant, le Dr C._____ (lequel a notamment produit des rapports radiologiques concernant le rachis), ainsi qu'à l'UPA (dépendant du secteur psychiatrique nord). Dans un rapport du 21 février 2008, le Dr N._____ et la psychologue H._____, de ce centre, ont posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F 41.1), de phobies spécifiques (F 40.2), de traits dépendants et histrioniques et d'accès boulimiques. Sous la rubrique "thérapie / pronostic", ces médecins concluent dans le sens suivant :

"La famille se mobilise beaucoup pour aider Mme D._____, le mari fait les grosses choses, la sœur et la mère donne des coups de main et une aide au repassage vient régulièrement : la patiente donne l'impression que tout est organisé autour d'elle pour lui faciliter les choses au maximum "on est très organisé, la veille tout est préparé" avec le mari pour que Mme ait le moins possible d'activités, voire d'activités tout court... "A la maison, j'ai le temps de faire comme je veux, à mon rythme", elle s'estime incapable de travailler à l'extérieur, et se décrit comme très peu apte dans les tâches quotidiennes. Au vu du dossier et de quelques entretiens avec la patiente, il nous est difficile de parler d'une aggravation de la symptomatologie depuis 2005, cependant, Mme D._____ semble s'être encore plus organisée autour de son identité de malade, avec l'étayage de sa famille. La situation paraît rigidifiée et le pronostic médiocre.

Mme D._____ a été suivie de juin 2002 à septembre 2005 dans notre unité. Elle a stoppé au départ du Dr G._____, car elle ne voit pas ce que

la psychiatrie peut lui apporter : cela ne peut "ôter" son lupus, de surcroît sortir de chez elle est un gros effort pour elle et elle est stressée par la perspective de parler. Pour notre part, nous ne pensons pas que la patiente est actuellement accessible à une approche psychothérapeutique, compte tenu de son fonctionnement, de ses résistances, mais aussi des gains secondaires dont elle bénéficie dans cette organisation, depuis plusieurs années.

Cependant, la patiente est bien soutenue par son médecin traitant, le Dr C. _____, et l'accompagnement social se poursuit par le soutien de Mme [...], assistante sociale à l'UPA. La médication, sur le plan psychique, apparaît bien adaptée et bien tolérée.

L'évaluation de la capacité de travail est difficile et complexe : il paraît clair que la patiente ne peut assumer un travail à l'extérieur de la maison, faute d'une réelle stabilité de son état psychique et physique. Pour ce qui est des tâches ménagères, la patiente semble pouvoir par moments s'occuper de ses enfants et des activités légères du ménage, mais là aussi avec un aspect discontinu et peu fiable sur la durée".

Le Dr J. _____ du SMR a rédigé un avis médical le 11 août 2008. Il constate que :

"Le tableau clinique décrit par les médecins de l'UPA Yverdon est similaire à celui de l'expertise psychiatrique de décembre 2005, ils estiment que l'état de santé est stationnaire, même si de façon surprenante il nous informe n'avoir traité l'assurée que de juin 2002 à septembre 2005 et l'avoir examinée la dernière fois en février 2008. Quant à l'information que l'assurée suivrait une contraception orale elle nous laisse bien songeur.

L'imagerie médicale du rachis est non seulement non-contributive mais aussi rassurante quant à l'absence de problèmes somatiques ostéoarticulaires.

Le Dr M. _____ après un examen fouillé ne relève aucun argument clinique ou biologique pour qualifier d'actif le lupus. La capacité de travail demeure inchangée depuis le rapport d'examen SMR de mars 2006".

Le 19 septembre 2008, l'OAI a écrit à l'avocat de l'assurée pour l'informer qu'il maintenait la position exprimée dans son préavis du 21 juin 2007, compte tenu notamment des derniers avis médicaux, et qu'il rendrait prochainement une décision formelle d'octroi de rente - soit un quart de rente pour la période du 1er décembre 2002 au 28 février 2003, puis une demi-rente dès le 1er mars 2003. Par décision prise le 16 janvier 2009, le montant de la rente ordinaire d'invalidité et des rentes pour enfant avec effet dès le 1er novembre 2008 a été fixé.

Une décision ultérieure du 30 novembre 2009 a été prise par l'OAI pour fixer le montant des rentes pour la période du 1er décembre 2002 au 31 octobre 2008.

E. Agissant par la voie du recours de droit administratif (l'acte de recours datant du 13 février 2009), D._____demande au Tribunal cantonal d'annuler la décision de l'OAI du 16 janvier 2009, d'ordonner des investigations médicales complémentaires sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique), subsidiairement de lui allouer une rente entière à partir du 1er décembre 2002, très subsidiairement de lui allouer trois quarts de rente à partir de la même date.

Par réponse du 15 mai 2009, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 9 décembre 2009, la recourante a précisé qu'elle concluait également à l'annulation de la décision du 30 novembre 2009, une rente d'invalidité entière devant lui être accordée.

E n d r o i t :

1. Le recours est dirigé contre la décision de l'OAI octroyant un quart de rente pour la période du 1er décembre 2002 au 28 février 2003, puis une demi-rente dès le 1er mars 2003. Cette décision, annoncée par une lettre motivée de l'OAI du 19 septembre 2008, a été formellement communiquée par deux actes, respectivement du 16 janvier et du 30 novembre 2009. Ces deux actes ont le même contenu, à l'exception des périodes déterminantes.

Le recours a été formé dans le délai légal à partir de la communication de la première décision ; ainsi, de ce point de vue, interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, il l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

La contestation portant sur le montant de la rente due à partir du 1er décembre 2002, la recourante prétendant principalement avoir droit à une rente entière depuis cette date, et non pas à une fraction de rente (la date du début des prestations n'étant elle-même pas contestée), il suffisait d'attaquer la première décision formelle de l'OAI, du 16 janvier 2009. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Il ressort de l'argumentation de la recourante qu'elle ne conteste pas le refus d'autres prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles en particulier) car seul l'octroi d'une rente est litigieux.

Cela étant, cette dernière critique le rapport de l'expert psychiatre P._____ en lui reprochant de ne pas avoir motivé ses conclusions relatives à la capacité de travail et en n'expliquant pas comment il a finalement retenu une incapacité de travail de 50 % alors que dans les réponses aux questions posées, il mentionnait une capacité de travail comme ouvrière à 50 % (ad question 2.3) et une diminution du rendement en tant qu'ouvrière de 50 % (ad question 2.4). Elle soutient par ailleurs que l'expertise n'est plus probante en raison de la longue durée entre le moment des entretiens qu'elle a eus avec cet expert et la date de la décision attaquée. Elle fait également valoir que le Dr P._____ n'aurait pas tenu compte de l'impact de ses problèmes rhumatologiques, et n'aurait donc pas apprécié sa situation de manière globale. Aussi requiert-elle la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

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 in fine 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.

L'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, prévoyait que l'assuré avait droit à une rente entière si son taux d'invalidité était de 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il était de 50 % au moins et à un quart de rente s'il était de 40 % au moins, sous réserve du cas pénible (al. 1bis). Selon la nouvelle teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Cela étant, dans le cas particulier, les seuils décisifs (40 % - 50 %) sont identiques que l'on applique l'ancien ou le nouveau droit, razione temporis (ATF 130 V 445).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré 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.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité et prendre position, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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. 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, TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

Au vu de la divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées), on ne saurait remettre en cause

une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_204/2007 du 16 avril 2008 consid. 2.3).

b) Les critiques de la recourante ne concernent pas la date à partir de laquelle, selon l'OAI, l'aggravation de l'état de santé (psychiatrique) justifie l'octroi d'une rente, après deux premières décisions de refus. La recourante ne prétend pas non plus que les éléments économiques pris en considération pour la comparaison des revenus – s'agissant d'une assurée censée être active à 100 % – seraient en soi inexacts (sous réserve de la question du taux d'abattement – cf. infra, consid. 3). En revanche, elle se plaint d'une violation des règles sur l'appréciation des preuves parce que l'OAI aurait reconnu à tort, selon elle, une pleine valeur probante à l'expertise du Dr P._____.

L'expert expose clairement que la capacité de travail résiduelle comme ouvrière (réponse à la question 2.3) ou l'incapacité de travail (réponse aux questions 2.2 et 2.6) est de 50 %. Certes, à la question 2.4, « y a-t-il une diminution de rendement, si oui dans quelle mesure », il répond « la diminution de rendement en tant qu'ouvrière est de 50 % ». L'OAI a expliqué, dans sa lettre du 19 septembre 2008 à l'avocat de la recourante, comment il convenait selon lui d'interpréter ces différentes réponses : « Il ne ressort toutefois nullement des conclusions de l'expertise que la baisse de rendement de 50 % notée sous ch. 2.4 devrait s'ajouter à l'incapacité de travail du même taux retenue sous ch. 2.2, 2.3 et 2.6 pour aboutir à une capacité résiduelle négligeable, ce qu'aurait immanquablement souligné l'expert ; ces deux indications doivent bien plutôt être comprises comme l'expression d'une même réduction de la force de travail de notre assurée, et ne peuvent donc être additionnées ». Cette argumentation est convaincante. Dès lors que plusieurs questions posées à l'expert concernaient la mesure dans laquelle la recourante pouvait encore exercer la profession d'ouvrière, on peut concevoir qu'il a répété à plusieurs reprises que le

taux d'incapacité était selon lui de 50 %, et qu'il a omis de faire une distinction entre la capacité de travail et le rendement. Du reste, dans son complément du 30 mars 2006, l'expert s'est borné à mentionner un taux d'incapacité de travail de 50 %, sans laisser entendre que même à mi-temps, la recourante aurait un rendement très faible. Il convient ainsi d'interpréter les réponses données par l'expert dans le même sens que l'OAI. La valeur probante de l'expertise n'est donc pas, de ce point de vue, affaiblie.

c) La recourante prétend ensuite que l'expertise du Dr P._____ n'est plus actuelle. Or ce rapport, réalisé par un expert indépendant (cf. art. 44 LPGA), a été réexaminé par les médecins du SMR peu avant la date de la décision attaquée. Le SMR, sur la base d'un avis récents des spécialistes assurant le traitement psychiatrique ou psychothérapeutique de la recourante (UPA Payerne), a retenu qu'il n'y avait pas d'évolution significative (tableau clinique similaire, état de santé stationnaire). En fonction de ces renseignements médicaux, on ne voit donc pas en quoi les constatations de l'expert P._____ auraient perdu de leur force probante.

Or, s'il est vrai que les médecin et psychologue traitants de l'UPA Payerne se prononcent dans le sens d'une impossibilité d'assumer un travail à l'extérieur de la maison, faute d'une réelle stabilité, ils admettent toutefois d'emblée la difficulté d'évaluer la capacité de travail. Leur appréciation, qui n'est donc pas catégorique, ne saurait l'emporter sur celle de l'expert indépendant, reprise par le SMR.

d) La recourante critique encore l'absence d'évaluation sérieuse (par un expert) de son état de santé du point de vue rhumatologique. Or, les médecins du SMR se sont prononcés à ce sujet, sur la base de documents médicaux produits notamment par le médecin généraliste traitant (résultats d'examen radiologiques du dos, avis de la rhumatologue Dresse M._____). Par ailleurs, l'expert P._____ n'a pas ignoré les complications liées au lupus érythémateux disséminé dans son évaluation psychiatrique. La recourante ne fait aucun grief concret à l'OAI

à propos de la description, dans les éléments déterminants du dossier, de son état de santé sur le plan somatique.

Il s'ensuit que les griefs dirigés contre l'appréciation des preuves médicales sont mal fondés.

3. En dernier lieu, la recourante critique la décision attaquée en tant qu'elle applique, pour le calcul du degré d'invalidité, un taux d'abattement sur le revenu statistique de 10 % seulement ; ce taux devrait selon elle être porté à 20 %.

Conformément à la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.1 ; TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2).

En l'espèce, la recourante est une jeune femme, arrivée avant l'âge adulte en Suisse romande, maîtrisant bien le français, et n'ayant pas de limitations fonctionnelles physiques spéciales. En l'absence d'éléments particuliers, on ne voit pas en quoi l'OAI aurait fait un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation en fixant le taux d'abattement à 10 %. Le recours est ainsi également mal fondé à cet égard.

4. Le recours, entièrement mal fondé, doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La décision ultérieure du 30 novembre 2009 n'a pas été remise en cause (cf. consid. 1 supra).

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 500 fr. et mis à la charge de l'assurée, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Elle n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de la recourante D._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Guerry, avocat (pour D._____)
- 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 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).

La greffière :