

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 février 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

T. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 et 28 LAI; art. 8 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée) née en 1959, sans qualification professionnelle, travaillait en qualité de spécialiste en logistique à G.\_\_\_\_\_ de 1990 à septembre 2005 puis de gérante d'une boutique de mode d'octobre 2005 à juin 2006. Le 4 avril 2008, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente.

Plusieurs rapports médicaux ont été produits lors de l'instruction de cette demande. Dans un rapport du 18 décembre 2002, le Dr X.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH à Lausanne, a relevé que l'assurée présentait des lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas avancés et a signalé des douleurs de type cervico-brachialgies, aux deux poignets et dans les deux membres supérieurs. Dans un rapport du 23 décembre 2002, le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH à Lausanne, a notamment indiqué que l'assurée souffrait de lombo-sciatalgies droites non déficitaires, d'épicondylite droite, d'état dépressif réactionnel suite à une mammographie et de mastopathie fibrokystique bénigne. L'état dépressif réactionnel ayant bien évolué sous traitement médicamenteux, ce praticien a proposé une reprise du travail à 100% dans un avenir proche.

L'OAI a également requis l'avis du Dr E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH à Lausanne et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 23 mai 2008, ce praticien a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur discopathie L4-S1, de cervico-brachialgies chroniques, d'état anxio-dépressif chronique et d'obésité; il a retenu une incapacité de travail totale depuis mai 2006 et a mentionné des douleurs chroniques en tant que restrictions physiques.

Dans un avis médical du 3 juin 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a préconisé

un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. A la suite de cet examen, qui s'est déroulé le 23 juin 2008, dans un rapport du 26 juin 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au SMR, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques persistantes dans le cadre d'importants troubles dégénératifs lombaires bas avec probable micro instabilité - discopathie L4-L5 et L5-S1 sévère, de conflit sous acromial des deux épaules, plus marqué à G qu'à D, de rhizarthrose des deux pouces - status après simulacre d'arthrodèse entre le 1<sup>er</sup> métacarpien et l'os pyramidal à D - arthrose nodulaire des doigts et de syndrome rotulien bilatéral. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis mai 2006.

L'OAI a examiné la possibilité d'allouer à l'assurée des mesures de réadaptation. Le 31 juillet 2008, l'OAI a pris en charge les frais d'un cours de formation dans le cadre de mesures d'intervention précoce. Le 7 novembre 2008, l'OAI a pris en charge les coûts d'une formation dans le domaine du secrétariat du 4 novembre au 3 juillet 2009 dans le cadre d'un reclassement professionnel. Ultérieurement, le 5 janvier 2009, l'assurée a fait part à l'OAI de son intention d'interrompre ce reclassement en raison de ses douleurs. Par décision du 16 mars 2009, l'OAI a interrompu les mesures professionnelles avec effet au 5 janvier 2009.

Dans un projet de décision du 17 novembre 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui nier le droit à une rente. Le 26 novembre 2008, l'intéressée a contesté ce point de vue et a déposé un certificat médical du 17 novembre 2008 du Dr E.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail du 17 au 21 novembre 2008. Dans un avis médical du 6 janvier 2009, le Dr S.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu qu'il n'y avait aucun élément médical permettant de modifier l'appréciation résultant de l'examen rhumatologique du SMR et qu'il se justifiait, vu le nombre important de limitations fonctionnelles, de retenir une diminution de rendement de 10% dans une activité telle que celle d'employée de bureau.

Par décision du 3 février 2009, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail entière depuis mai 2006 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'elle pouvait réaliser en 2006, dans une activité simple et répétitive selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), un salaire annuel de 50'277.69 fr., en déduction d'un abattement de 15%, soit un revenu d'invalidé de 42'736.04 fr. En comparant ce montant avec le revenu de 55'188 fr. que l'assuré aurait pu prétendre si elle avait pu poursuivre son activité à G.\_\_\_\_\_, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 22.56% ne donnant pas droit à l'octroi d'une rente.

**B.** Par acte du 26 février 2009, T.\_\_\_\_\_ fait recours contre cette décision. En substance, elle indique avoir suivi une formation dans le cadre d'une réadaptation professionnelle, qu'elle a dû interrompre du 17 au 21 novembre 2008 en raison de douleurs au niveau des lombaires du nerf sciatique et des cervicales en plus de ses douleurs quotidiennes aux bras et aux mains, malgré ses efforts pour s'adapter. Malgré une reprise des cours le 25 novembre 2008, elle précise qu'elle a dû cesser cette formation, ne se sentant plus capable de continuer. Se référant à un courrier du 7 novembre 2008 de l'OAI, elle soutient qu'une éventuelle rente partielle était envisagée en cas d'échec d'une réadaptation.

Dans sa réponse du 27 mai 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il fait valoir que l'assurée n'a pas rempli à satisfaction son obligation de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail puisqu'elle a interrompu sa formation après quelques jours et que, selon l'examen clinique effectué par le SMR, l'intéressée a une capacité de travail de 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Dans ses déterminations du 29 juin 2009, l'assurée relève que les Drs W.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH à Lausanne, et E.\_\_\_\_\_ ont retenu une incapacité de travail et conteste ne pas avoir fourni d'efforts en vue d'une réinsertion professionnelle. Elle a déposé un rapport du 2 juillet

2008 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics d'altérations dégénératives du rachis lombaire - importante discopathie L4-L5, L5-S1 et spondylarthrose, de rhizarthrose bilatérale, de conflit sous-acromial bilatéral avec périarthrite calcifiante à gauche, d'obésité et de fibromyalgie.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, 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 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à

accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où ce dernier est généralement enclin, en raison du rapport de confiance avec son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF I 216/06 du 28 février 2008 consid. 5.1.2 in fine).

**3.** En l'espèce, la recourante conteste le refus d'une rente d'invalidité, par l'OAI, selon sa décision du 3 février 2009. Le droit à des mesures professionnelles n'est pas litigieux dans le cas présent étant donné que l'assurée n'a pas contesté la décision de l'OAI du 16 mars 2009.

**a)** Au vu du dossier, on retiendra que l'assurée souffre de plusieurs affections, en particulier de lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas (rapports des Drs X.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_), respectivement de cervico-brachialgies (rapport des Drs E.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_), de conflit sous acromial, de rhizarthrose (rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_), d'épicondylite droite, de mastopathie fibrokystique bénigne, d'état dépressif réactionnel (rapport des Drs E.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_), d'arthrose nodulaire des doigts et de syndrome rotulien bilatéral (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_). Il n'est pas contesté que la recourante présente une incapacité de travail totale dans ses anciennes activités de gérante d'une boutique de mode et d'employée auprès de G.\_\_\_\_\_, ainsi que l'a retenu le Dr H.\_\_\_\_\_ dans le rapport SMR du 26 juin 2008.

**b)** De l'avis du SMR, la recourante présente depuis mai 2006 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses problèmes de santé tenant compte de ses limitations fonctionnelles, précisées au niveau du rachis, des épaules, des mains et des genoux (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ et du 09.07.2008 du Dr F.\_\_\_\_\_).

Pour sa part, le Dr E.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 mai 2008 et son certificat du 17 novembre 2008, retient une incapacité de travail totale dès mai 2006, respectivement du 17 au 21 novembre 2008. On relèvera que ce praticien n'a pas précisé si l'incapacité de travail qu'il

retenait concernait les anciennes activités de l'assurée - soit d'employée auprès de G. \_\_\_\_\_ puis de gérante d'une boutique de mode - ou si elle se rapportait également à l'exercice d'une activité plus légère, de sorte qu'il n'est pas certain que les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assurée s'écartent de celles du SMR. Quoi qu'il en soit, on ne saurait suivre l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ et retenir que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité, étant donné que l'avis de ce médecin manque de consistance, se base sur des examens et une anamnèse pour le moins sommaires et se fonde sur une argumentation peu étayée, de sorte qu'on ne saurait accorder valeur probante à ses différents rapports. A cela s'ajoute que, en tant que médecin traitant de l'assurée, l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ doit être apprécié avec les réserves habituelles s'agissant de la capacité de travail.

La recourante se prévaut de l'avis de la Dresse W. \_\_\_\_\_, laquelle ne s'est cependant pas prononcée au sujet de l'incapacité de travail, de sorte que l'avis de cette praticienne ne saurait entrer en contradiction à ce sujet avec l'avis du SMR. Le Dr S. \_\_\_\_\_, dans son rapport SMR du 6 janvier 2009, a du reste précisé qu'il n'y avait aucun élément médical permettant de modifier l'appréciation résultant de l'examen rhumatologique du SMR. Dans son rapport du 2 juillet 2008, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a au demeurant relevé l'inefficacité des traitements de physiothérapie, d'ostéopathie, d'aquagymn, d'anti-inflammatoires (AINS), des antalgiques et des myorelaxants, avant d'évoquer la possibilité d'effectuer une infiltration par voie sous-acromiale de l'épaule gauche, ce que l'assurée ne souhaitait pas, et a affirmé ne pas avoir d'autre proposition thérapeutique. Dès lors, il est permis de se demander si l'assurée, en refusant un traitement susceptible d'améliorer son état de santé, respecte son obligation de diminuer le dommage et d'entreprendre tout ce qu'on peut attendre d'elle pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4a; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1 et les références citées).

Enfin, on relèvera que l'avis du SMR, en particulier le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, se base sur une anamnèse (en particulier familiale,

professionnelle et psychosociale) détaillée, les rapports (notamment radiologiques) figurant au dossier, les plaintes de l'assurée, des examens somatiques approfondis, la prise en compte de l'aspect psychique, qu'il se fonde sur une appréciation médicale claire et qu'il retient des conclusions étayées et dûment motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. Dès lors, on retiendra l'avis du SMR selon lequel l'assurée présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis mai 2006.

**c)** La recourante fait valoir qu'elle a suivi une formation, en l'occurrence dans le cadre de mesures professionnelles, qu'elle a dû interrompre en raison de douleurs; elle soutient avoir fourni tous les efforts possibles en vue de cette réadaptation. Ce faisant, la recourante semble contester que la formation qu'elle suivait dans le cadre de la réadaptation était exigible au vu de son état de santé. Toutefois, elle ne prétend pas que l'exercice d'une activité légère, simple et répétitive, n'était pas exigible de sa part. De plus, le fait que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait vraisemblablement pas (selon elle) de suivre ces cours de formation ne signifie pas encore que l'exercice d'une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles n'était pas exigible. Par ailleurs, il appartient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités un assuré est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées); or les avis médicaux sur lesquels la recourante fonde son argumentation ne sont pas de nature à remettre en cause l'avis, en l'occurrence probant, du SMR (consid. 3c ci-dessus).

**4.** Il sied également d'aborder la question d'une éventuelle invalidité en raison de fibromyalgie, ce diagnostic étant retenu par la Dresse W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 juillet 2008.

**a)** Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe

une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; ATF 131 V 50).

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2

et les arrêts cités; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2)

**b)** Préalablement, on peut se demander si le diagnostic de fibromyalgie doit être retenu au degré de vraisemblance prépondérante, dès lors qu'il n'a pas été posé notamment par le Dr H.\_\_\_\_\_, suite à son examen rhumatologique du 23 mai 2008 - au demeurant fourni, détaillé et dûment motivé - ni par les Drs I.\_\_\_\_\_, et E.\_\_\_\_\_. Cela étant, au cas où ce diagnostic, posé uniquement par la Dresse W.\_\_\_\_\_, devait être retenu, il ne permettrait pas l'octroi à la recourante d'une rente d'invalidité, et ce pour les raisons suivantes.

Dans son rapport du 2 juillet 2008, la Dresse W.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique et n'a pas évoqué de trouble psychique. Elle a indiqué que l'assurée prenait des anti-dépresseurs, qui n'avaient jamais eu d'effet sur ses douleurs somatiques. Dans son rapport du 23 décembre 2002, le Dr I.\_\_\_\_\_ a retenu l'apparition d'un état dépressif réactionnel suite à une mammographie, ayant bien évolué sous un traitement médicamenteux. Pour sa part, dans son rapport du 23 mai 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'état anxio-dépressif chronique, depuis 2000, sans donner plus d'explications. Enfin, dans son rapport du 23 juin 2008, suite à son examen rhumatologique, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit:

"Cliniquement on est en présence d'une assurée à la thymie tout à fait équilibrée, qui évoque clairement une baisse de moral qu'elle a eue en 2005-2006 mais affirme, dans le même temps, avant même qu'elle n'ait été interrogée à ce propos, qu'elle n'est pas déprimée".

Dès lors, et quand bien même ne figure pas au dossier d'examen psychiatrique, alors que tel avait été requis par le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis médical du 3 juin 2008, la présence d'une comorbidité psychiatrique n'est clairement pas démontrée au vu des pièces médicales figurant au dossier. La simple présence d'un état dépressif ne saurait suffire à cet effet, ce d'autant plus que le Dr I.\_\_\_\_\_ a relevé que celui-ci avait bien évolué sous traitement médicamenteux. Au demeurant, dans son recours du 26 février 2009 comme dans ses

déterminations du 29 juin 2009, la recourante met en exergue ses douleurs somatiques (notamment lombaires et cervicales); si elle soutient qu'elle a été déstabilisée moralement, indiquant une perte de volonté, un découragement et un certain mal-être, elle n'affirme pas qu'elle souffre de troubles psychiques.

Par ailleurs, dans son rapport du 23 juin 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée se faisait aider par une tierce personne pour son ménage ainsi que ses courses et qu'elle avait de bons contacts avec des amis, dont la générosité allait lui permettre peut-être d'avoir des vacances cet été (p. 4). Dans ces conditions, on ne saurait parler de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En outre, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ne sont pas mis en évidence. Enfin, la recourante n'a pas fait part d'une éventuelle intention de consulter un psychiatre ou un psychologue.

**5.** Par soucis de complétude et pour les raisons qui précèdent, même si une expertise psychiatrique n'a pas été effectuée contrairement aux propositions du Dr F.\_\_\_\_\_, on relèvera que les pièces médicales figurant au dossier permettent de dire - selon le critère de la vraisemblance prépondérante - que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. L'assurée présente donc une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et respectant ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique.

**6. a)** Il reste à déterminer l'incapacité de gain de la recourante, compte tenu de son revenu avec et sans invalidité.

L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale,

considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a; 109 V 28). Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les arrêts cités).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative, ou aucune activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut alors être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. On réduira toutefois les montants des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé est nécessaire, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25%, sous réserve d'une diminution du rendement de l'assuré dans les activités raisonnablement exigibles de sa part (ATF 129 V 475 consid. 4.2; 126 V 75 consid. 3b/bb, 78 ss consid. 5; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les arrêts cités).

**b)** En l'espèce, le Dr E.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale depuis mai 2006 (rapport du 23.05.2008), ce qui a été repris par le SMR (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_). Il convient donc de procéder à la comparaison des revenus pour l'année 2007, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI).

S'agissant du revenu sans invalidité, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu que les activités exercées par l'assurée d'employée à G.\_\_\_\_\_ et de gérante d'une boutique de mode étaient excessives au vu de son état de santé (rapport du 26.06.2008, p. 8). Cela étant, même en se fondant sur le revenu que l'assurée réalisait auprès de G.\_\_\_\_\_, soit en considérant la situation qui lui est la plus favorable - dès lors que le revenu de cette

activité est supérieur à celui qu'elle pouvait réaliser dans son activité indépendante, qui n'était pas économiquement rentable - le droit à une rente d'invalidité doit lui être nié. En effet, selon le questionnaire pour l'employeur du 8 août 2008, l'assuré réalisait un salaire de 53'994 fr. en 2004, de sorte qu'elle aurait pu prétendre à un revenu de 56'127 fr. en 2007 compte tenu de l'évolution des salaires de 2004 à 2007 (+1.1%, +1.3%, +1.5%).

Pour le revenu d'invalidé, selon l'ESS 2006, dans une activité simple et répétitive et en l'absence de qualifications, les femmes pouvaient prétendre à un salaire mensuel de 4'019 fr. Compte tenu d'un montant annuel, de l'évolution des salaires de 2006 à 2007 (+1.5%) et de la durée hebdomadaire de l'horaire de travail en 2007 (41.7h), on retiendra un salaire de 51'031 fr. Même si l'on tenait compte d'un abattement maximal de 25% - quand bien même l'OAI a retenu un taux de 15% qui paraît équitable au vu des circonstances - et d'une diminution de rendement de 10% attestée par le Dr S. \_\_\_\_\_ (rapport SMR du 06.01.2009), on aboutirait à un revenu d'invalidé de 34'446 fr. La comparaison d'avec le revenu sans invalidité de 56'127 fr. met en exergue un degré d'invalidité de 38.62% ne donnant pas droit à une rente étant donné qu'il est inférieur au taux minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**7.** Dans un second motif, se référant à un courrier du 7 novembre 2008 que lui a adressé l'OAI, la recourante soutient qu'une éventuelle rente partielle était envisagée en cas d'échec d'une réadaptation. Ce faisant, elle invoque implicitement la protection de sa bonne foi.

**a)** Selon la jurisprudence, le droit à la protection de la bonne foi (déduit de l'art. 9 Cst. féd. [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101]) permet au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire; un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si cinq conditions cumulatives sont réunies, la première étant que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard

de personnes déterminées. En d'autres termes, le droit à la protection de la bonne foi donne au citoyen le droit d'être protégé dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités. Il le protège donc lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Entre autres conditions - cumulatives - auxquelles la jurisprudence subordonne le recours à cette protection, il faut que l'administré ait eu de sérieuses raisons de croire à la validité des assurances dont il se prévaut et qu'il ait pris sur cette base des dispositions qu'il ne pourrait modifier sans subir de préjudice (ATF 127 I 36 consid. 3a; 121 V 66 consid. 2a; 119 V 306 consid. 3a; TF I 148/03 du 10 juillet 2003 consid. 4.2).

**b)** Dans le courrier du 7 novembre 2008, l'OAI a indiqué que "[c]e n'est qu'après avoir tenté tous les efforts en vue d'une réadaptation que nous pourrions examiner la question d'une éventuelle rente partielle". Une telle assertion ne saurait être assimilée à une assurance donnée par l'OAI selon laquelle le droit à l'octroi d'une rente d'invalidité est reconnu à l'assurée en cas d'échec d'une mesure de réadaptation. Cela signifie au contraire que, le cas échéant, les conditions du droit à l'octroi d'une rente d'invalidité doivent être examinées, ce qui ne garantit nullement que celle-ci sera effectivement versée. L'OAI a du reste précisé qu'il s'agissait d'une "éventuelle" rente partielle.

Dès lors, c'est à juste titre et sans violation des garanties déduites de l'art. 9 Cst. féd. que le droit à une rente d'invalidité lui a été nié. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**8.** 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 (art. 69 al. 1 bis LAI; ATF 133 V 402 consid. 4.1). Selon le message du Conseil fédéral (FF 2005 p. 2899, 2905), l'objectif est de soumettre les procédures cantonale et fédérale en matière d'octroi et de refus de prestations de l'AI à des frais de justice (ATF 133 V 402 consid. 4.2). La jurisprudence considère qu'en tant qu'il déroge au principe de la

gratuité de la procédure de recours pour les parties, l'art. 69 al. 1bis LAI impose l'obligation de supporter des frais de justice aux parties, et non exclusivement à la partie recourante (TF 8C\_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 3.1; TF 9C\_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 5). Succombe la partie dont les conclusions ont été écartées ou rejetées (TF 8C\_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 3.1 et 3.2).

En l'espèce, les frais de justice doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause et qu'elle n'est pas représentée par un avocat dans la présente procédure (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de T.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- T. \_\_\_\_\_
- 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).

Le greffier :