

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 décembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Moyard et M. Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

R. _____, à Cottens, recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après: l'assurée), née le 1^{er} juin 1949, secrétaire médicale de formation, a déposé le 10 décembre 2007 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente.

S'agissant de l'instruction de cette demande sur le plan économique, l'OAI a obtenu de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS un extrait du compte individuel de l'assurée, indiquant depuis 2001 des revenus provenant de différentes activités, entrecoupées de périodes de chômage. Les décomptes de prestations de chômage versées à l'assurée ont également été joints au dossier.

Sur le plan médical, l'OAI a requis l'avis du Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Genolier et médecin traitant de l'assuré. Le 8 janvier 2008, ce praticien a posé les diagnostics d'état dépressif/trouble de la personnalité probable, de lombalgies non déficitaires et d'arthrose rachidienne puis retenu une incapacité de travail de 100% du 25 janvier au 31 mai 2007 et de 50% depuis le 1^{er} juin 2007. Il a indiqué que l'assurée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, pouvait travailler à 50% dans une activité adaptée de réceptionniste/secrétaire.

Le dossier de l'assurée auprès de son assureur perte de gain en cas de maladie a été produit; y figure notamment les documents suivants:

- Un rapport du 18 janvier 2008 de la Dresse S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie à Morges, attestant de consultations à cinq reprises et excluant la présence d'un trouble psychiatrique sévère influençant de manière significative la capacité de gain de l'assuré.

- Un rapport du 27 novembre 2007 du Dr K. _____ faisant état notamment d'une prolongation de l'incapacité de travail au 31 décembre 2007, d'une cure de hernie cervicale C4-C5 opérée le 25 janvier 2007, d'un état dépressif avec un syndrome polyalgique diffus et d'une arthrose rachidienne et périphérique. Ce médecin a retenu un pronostic à long terme réservé.

- Des certificats des 27 février, 24 mai et 10 novembre 2007 du Dr P. _____, neurochirurgien à Genolier, posant respectivement les diagnostics de discopathie C4-C5 avec instabilité et arthrodèse antérieure le 25 janvier 2007, puis de névralgie cervico-brachiale avec hernie discale C4-C5 opérée le 25 janvier 2007, l'incapacité de travail étant de 50% du 1^{er} juin 2007 au 30 septembre 2007.

- Un protocole opératoire du 25 janvier 2007 du Dr N. _____, chirurgien orthopédiste FMH à Genolier, posant le diagnostic de conflit sous acromial sur acromion de stade III à l'épaule droite.

- Un rapport du 13 novembre 2007 de la Dresse F. _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales à Genolier, signalant suite à l'opération d'arthrodèse C4-C5, une évolution très favorable pour l'épaule droite mais la persistance de cervicalgies chroniques et de céphalées tensionnelles postérieures; les plaintes actuelles consistant surtout en lombalgies basses avec une sciatgie gauche et un sentiment de lourdeur et de brûlure dans les membres inférieurs. Cette spécialiste a par ailleurs retenu ce qui suit:

"En conclusion, il s'agit d'une patiente de 58 ans souffrant d'une arthrose rachidienne et périphérique un peu trop marquée pour son âge. Il semble en effet qu'elle soit issue d'une famille "d'arthrosique". Anamnestiquement et cliniquement, il n'y a toutefois pas d'argument pour une endocrinopathie (hémochromatose, dysthyroïdie). Par ailleurs, je ne constate aucun signe ou symptôme permettant d'évoquer un rhumatisme inflammatoire. Quant à votre question d'une fibromyalgie sous-jacente, il me semble qu'elle n'en présente pas le tableau clinique classique. Elle a certes présenté à une certaine époque un état dépressif avec un syndrome polyalgique diffus mais actuellement elle ne présente pas le cortège habituel des plaintes des

fibromyalgiques (photophobie, sonophobie, troubles digestifs et génito-urinaires, etc..).

[...]

A votre question de l'estimation de la capacité de travail, j'ai le sentiment qu'elle peut assumer une activité adaptée à 50% ne nécessitant pas le port de lourdes charges ou des mouvements répétitifs. Le pronostic à long terme me paraît réservé puisque cette femme à 58 ans a présenté déjà plusieurs problèmes ostéo-articulaires".

- Une expertise du 21 juin 2008 des Drs C._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et B._____, spécialiste FMH en psychiatrie, retenant les diagnostics suivants:

Trouble dépressif et anxieux mixte chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques décompensés.

Spondylosdiscarthrose cervico-lombaire sévère, évolutive, sans myélopathie ni radiculopathie, status post-arthrodèse et prothèse discale.

Gonarthrose fémoro-rotulienne droite débutante, symptomatique.

Synovite trapézo-métacarpienne droite sur rhizarthrose débutante.

Métatarsalgies sur troubles statiques et dégénératifs de l'avant-pied.

Dans leur appréciation du cas, ces experts ont retenu que, dans le respect des limitations fonctionnelles, au plan strictement somatique, la capacité médico-théorique était entière. Sur le plan psychique, ils ont indiqué que les limitations fonctionnelles liées à la pathologie de trouble dépressif et anxieux mixte consistaient en une perte de l'élan vital, une irritabilité, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité marquée et un retrait social relatif, entraînant une capacité de travail exigible réduite de 50% dans toute activité.

Répondant à un questionnaire de l'assureur perte de gain, les experts ont retenu que la capacité de travail était de 50% dans la profession de secrétaire ou de secrétaire médicale, étant précisé qu'il n'y avait pas d'activité mieux adaptée. L'activité de secrétaire médicale leur a paru adaptée aux limitations fonctionnelles - alterner les positions, éviter de soulever des charges répétitives supérieures à 5 kilos et au-dessus de

l'horizontale pour le membre supérieur droit, éviter la station à genoux prolongée - et exigible à 100%, la pathologie psychiatrique réduisant cette exigibilité à 50% pour une durée indéterminée dans toute activité.

B. Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: SMR), qui a, dans un rapport du 21 juillet 2008 établi par le Dr V._____, posé les diagnostics de trouble dépressif et anxieux mixte chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques décompensés, de spondyloarthrose cervico-lombaire sévère, de gonarthrose fémoro-trotulienne droite débutante, symptomatique, et de synovite trapézo-métacarpienne droite sur rhizarthrose débutante. Ce médecin a retenu une incapacité de travail durable depuis le 25 janvier 2007 et une capacité de travail exigible de 50% dans une activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Dans une fiche d'examen du dossier du 17 octobre 2008 (document interne), faisant suite à une conversation par téléphone, l'OAI a indiqué que l'assurée avait retrouvé elle-même une activité comme secrétaire à 60% dès le 16 juin 2008.

Dans un projet d'acceptation de rente du 23 octobre 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2008. Il a retenu que la capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 25 janvier 2007 et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, l'intéressée présentait une incapacité de travail et de gain de 40%.

Le 18 novembre 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision, se prévalant de sa situation professionnelle et personnelle, d'une incapacité de travail de 50% et faisant part de son incompréhension quant à l'octroi d'une rente fondée sur une incapacité de gain de 40%.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 28 janvier 2009, l'Hôpital de Morges a indiqué que l'assurée travaillait depuis le 16 juin 2008 en qualité d'employée administrative au service des urgences,

pour un horaire de travail de 25h30 par semaine, sur 41h30 pour un plein temps, avec un rendement normal. Des décomptes de salaire ont été joints à ce questionnaire, se référant à un taux de 60% et indiquant pour 2008 un salaire de base de 5'009 fr. 10 et un salaire mensuel de 3'005 fr. 45 (en tenant compte du taux d'occupation de 60%).

Dans un courrier du 12 mars 2009, l'OAI a indiqué à l'assuré que son état de santé ne s'était pas amélioré en juin 2008, soit au moment de sa reprise d'activité, et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit en janvier 2008, une capacité de travail de 60% pouvait déjà être exigée même si les médecins attestaient une incapacité de travail de 50%.

Par décision du 8 avril 2009, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2008. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressée était considérablement restreinte depuis le 25 janvier 2007, et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, l'incapacité de travail et de gain de cette dernière était de 40%.

C. Par acte du 15 mai 2009, l'assurée a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal et a conclu implicitement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Se sentant pénalisée d'avoir accepté un emploi, elle soutient que sa volonté était de reprendre un travail à 50% mais que le service des urgences de l'Hôpital de Morges avait besoin de ses services à 60%, raison pour laquelle elle a décidé de travailler à ce taux.

L'intéressée a joint à son envoi un certificat médical du 8 mai 2009 du Dr K._____, attestant une spondylarthrose cervico-lombaire sévère évolutive et une infiltration lombaire sous contrôle scannographique effectuée le 23 janvier 2009 en raison d'une hernie paramédiane gauche en L5-S1, n'ayant que peu amélioré la situation de l'assurée en raison de douleurs de type sciatique invalidantes. Ce médecin a ajouté que sa patiente, malgré les douleurs, s'épanouissait totalement dans sa nouvelle activité professionnelle.

Dans sa réponse du 23 juillet 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant au courrier du 12 mars 2009 adressé à l'assurée.

Par réplique du 31 août 2009, l'assurée ajoute que, ayant été reconnue apte à travailler à 50% suite à l'expertise du 21 juin 2008 des Drs C. _____ et B. _____, elle a basé ses recherches d'emploi sur des postes à 50%, ce qui a aussi été le cas d'une postulation auprès de l'Hôpital de Morges, lequel lui a cependant proposé un poste à un taux de 60%, qu'elle a accepté.

Le 17 septembre 2009, l'OAI a maintenu ses arguments.

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 a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} 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, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause (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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

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 (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). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). 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 ces revenus 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. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1).

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (TFA I 790/05 du 5 septembre 2006 consid. 3; ATF 110 V 275 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises, selon la jurisprudence, que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_439/2009 du 30 décembre 2009 consid. 5.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en

valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_532/2007 du 28 mars 2008 consid. 2.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

3. En l'espèce, est litigieux le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, l'OAI ayant dans la décision attaquée du 8 avril 2009 reconnu le droit à un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2008 alors que la recourante conclut implicitement à l'octroi d'une demi-rente.

a) Du point de vue médical, conformément à l'expertise du 21 juin 2008 des Drs C._____ et B._____, il n'est pas contesté que la recourante présente en raison de ses problèmes de santé les diagnostics de trouble dépressif et anxieux mixte chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques décompensés, de spondylosdiscarthrose cervico-lombaire sévère, évolutive, sans myélopathie ni radiculopathie, status post-arthrodèse et prothèse discale, de gonarthrose fémoro-rotulienne droite débutante, symptomatique, de synovite trapézo-métacarpienne droite sur rhizarthrose débutante et de métatarsalgies sur troubles statiques et dégénératifs de l'avant-pied. Ces diagnostics correspondent aux autres pièces médicales versées au dossier et ont été repris en substance par le SMR dans son rapport du 21 juillet 2008 établi par le Dr V._____. On retiendra également, notamment selon les indications du Dr K._____ (rapport du 8 janvier 2008) et du SMR (rapport du 21 juillet 2008 du Dr V._____), que l'assurée présente une incapacité de travail durable depuis le 25 janvier 2007, soit depuis son opération de hernie cervicale C4-C5.

b) Concernant la capacité de travail, dans leur expertise du 21 juin 2008, les Drs C._____ et B._____ ont retenu que la capacité de travail était de 50% dans la profession de secrétaire ou de secrétaire médicale, étant précisé qu'il n'y avait pas d'activité mieux adaptée. Le Dr V._____ s'est pour sa part référé à une capacité de travail de 50% dans

l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Quant au Dr K._____, il a indiqué que l'assurée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, pouvait travailler à 50% dans une activité adaptée de réceptionniste/secrétaire (rapport du 8 janvier 2008). Dans ces conditions, et dès lors que les revenus réalisés par l'assurée avant son atteinte à la santé, auprès de différents employeurs, ont été variables et souvent entrecoupés de périodes de chômage (extrait du compte individuel de l'assurée), on se basera pour déterminer le taux d'invalidité sur une comparaison des revenus dans la même activité, soit celle de secrétaire médicale, réputée adaptée.

Il ressort du dossier que l'assurée a retrouvé du travail le 16 juin 2008 auprès de l'Hôpital de Morges, en qualité d'employée administrative au service des urgences au taux de 60% et avec un rendement normal (fiche d'examen du dossier du 17 octobre 2008 et questionnaire pour l'employeur rempli le 28 janvier 2009). Cette activité, de par la description qu'en donne l'employeur, peut être assimilée à celle de secrétaire médicale. Les décomptes de salaire joints au questionnaire pour l'employeur indiquent, pour 2008, un salaire de base de 5'009 fr. 10 et un salaire mensuel de 3005 fr. 45 (en tenant compte du taux d'occupation de 60%), ce qui aboutit à une perte de revenu de 40%. Une amélioration de l'état de santé de l'intéressée n'étant pas attestée en juin 2008, soit lorsqu'elle a débuté son activité auprès de l'Hôpital de Morges, on peut donc retenir que l'assurée présente un taux d'invalidité de 40% à l'échéance du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), soit en janvier 2008.

Ce faisant, on s'écarte certes du taux d'incapacité de travail de 50% retenu par les Drs C._____ et B._____ (expertise du 21 juin 2008) ainsi que par le SMR (rapport du 21 juillet 2008), mais il s'agit là d'une évaluation médico-théorique ne correspondant en l'occurrence pas à la situation effective de l'assurée du point de vue économique. Du reste, dans la mesure où l'avis du Dr K._____ se rapporte à la situation de fait antérieure à la date déterminante de la décision attaquée, auquel cas il peut en être tenu compte dans la présente procédure de recours (ATF 129

V 1 consid. 1.2; TF 9C_561/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3), on relèvera que l'assurée s'épanouit totalement dans sa nouvelle activité professionnelle malgré ses douleurs, de sorte que cette dernière semble parfaitement adéquate avec un taux de travail de 60%.

c) Quant aux arguments présentés par la recourante, ils ne sont pas de nature à modifier l'issue de ce qui précède. En effet, si l'assurée affirme avoir tenté de retrouver une activité au taux de 50% sur la base de sa capacité de travail de même taux reconnue du point de vue médical, on ne saurait dire que l'OAI lui ait donné l'assurance selon laquelle le droit à une demi-rente d'invalidité pouvait sans autre lui être reconnu. On rappellera par ailleurs que l'invalidité est une notion économique et non médicale, de sorte qu'elle dépend des répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain et qu'elle ne doit pas être confondue avec l'incapacité de travail (TFA I 790/05 du 5 septembre 2006 consid. 3; ATF 110 V 275 consid. 4a), contrairement à ce que semble penser la recourante.

Si la volonté de la recourante de retrouver une activité professionnelle et d'accepter un poste à 60% - alors que son intention était de retravailler à 50% conformément à son taux d'incapacité de travail de 50% médicalement attesté - est louable, on relèvera qu'il n'appartient pas à la collectivité publique (en l'occurrence aux organes de l'assurance-invalidité) de soutenir l'assurée dans la mesure où celle-ci parvient à satisfaire justement par elle-même ses propres besoins économiques. En outre, le fait que l'intéressée donne visiblement satisfaction à son employeur (lequel a attesté d'un rendement normal) et qu'elle semble pleinement épanouie dans son travail (selon l'avis du Dr K._____) démontre que l'assurée, pour le compte de l'Hôpital de Morges, exerce une activité répondant pleinement à ses limitations fonctionnelles et à ses capacités psychiques. Enfin, lorsque l'assurée se prévaut dans son acte de recours d'une amélioration de son état de santé psychique, on ne peut qu'en déduire que son incapacité de travail médicalement attestée de 50%, qui résulte selon l'avis des Drs C.____ et B.____ uniquement de ses troubles psychiques (expertise du 21 juin 2008), doit

être relativisée en ce qui concerne la détermination de son degré d'invalidité.

d) C'est donc à bon droit que l'OAI a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2008. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

4. a) 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ceux-ci doivent être fixés à 200 fr., vu la procédure relativement simple et compte tenu du dossier.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et n'étant au demeurant pas représentée par un avocat.

**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 8 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 200 fr. (deux cents francs) est mis à la charge de la recourante R._____.

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 :

- R. _____
- 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 :