

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 avril 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bidiville et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Véronique Fontana,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) F._____, née en 1955, sans formation professionnelle, travaillait depuis le 1^{er} avril 1977 à 100 % en qualité d'employée de bureau (gestion des commandes de pièces détachées et facturation) auprès du Garage J._____ SA à [...].

En raison de douleurs au pied droit, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (excision du névrome de Morton) en date du 5 juin 2000 réalisée par le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie (rapport médical du 18 juillet 2000). Ressentant des douleurs au niveau de la cicatrice, l'intéressée a notamment bénéficié d'injections de corticoïde et de révisions de cicatrice, toutefois sans succès. Dans un rapport médical du 10 juillet 2006, le Dr B._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a évoqué un possible enclavement d'un nerf, voire une lésion des nerfs interdigitaux, se montrant toutefois réticent face à une nouvelle intervention par voie plantaire. La Caisse H._____, assureur perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières maladie dès le 9 juin 2004, l'assurée présentant des incapacités de travail successives variant entre 50 % et 100 %.

La prénommée a déposé le 6 octobre 2006 une demande de prestations AI en vue de l'octroi d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) en raison de "*plante de pied, névrome de Morton*". Le 1^{er} novembre 2006, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % en qualité d'employée de bureau par nécessité financière depuis 1970 (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 14 novembre 2006, le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de névrome de Morton inter-métatarsien droit, existant depuis 2000. Il a estimé que l'activité habituelle était encore

exigible, mais avec une diminution de rendement de 50 %. Dans une activité adaptée, soit en position assise uniquement, la patiente était en mesure de travailler 6 heures par jour avec une diminution de rendement de 20 %.

Dans un rapport médical du 10 novembre 2006, le Dr W._____, chef de clinique adjoint à la Permanence de M._____ où l'assurée avait été soignée, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée :

- Status post-cure chirurgicale d'une maladie de Morton du pied droit en 2001.
- Status post-excision de cicatrice douloureuse et resection d'un petit névrome plantaire du pied droit le 10.5.2004.
- Status post-traitement au laser CO2 et infiltration de Diprophos à deux reprises en 2004.
- Status post-excision d'une cicatrice plantaire douloureuse du pied droit le 4.2.2005.
- Status post-ré-excision et fermeture secondaire d'une cicatrice plantaire douloureuse du pied droit le 8.4.2005. Cicatrice douloureuse de la plante du pied droit.

Le Dr W._____ a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 4 février 2005 et à 50 % dès le 4 juillet 2005, l'assurée ayant recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2005.

Dans un rapport médical du 19 janvier 2007, le Dr Q._____, médecin chef du département de chirurgie plastique et reconstructive de l'hôpital S._____, a indiqué que la patiente présentait des douleurs au pied droit, précisant qu'elle avait été examinée par le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à l'hôpital S._____, lequel avait préconisé un traitement conservateur (confection d'un support STC dans les chaussures orthopédiques, pédicure et physiothérapie d'étirement des chaînes postérieures et exercices).

Suite à un courrier du 20 mars 2007 de l'OAI, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage (lettre du 12 avril 2007).

Dans un rapport médical du 5 mai 2007, le Dr D._____ a notamment exposé que la confection de supports plantaires n'avait pas apporté d'amélioration. S'agissant du pronostic, il a indiqué ce qui suit :

"Autant la patiente que moi-même sommes extrêmement réticents à l'idée d'une sanction chirurgicale tout en sachant que le traitement conservateur arrive plus ou moins au maximum de ses possibilités. Ceci dit, la patiente souhaite poursuivre un travail à 50 % en tant qu'employée de bureau et nous pouvons tout à fait aller dans ce sens et proposer une rente AI de l'ordre de 50 % en plus des moyens auxiliaires sous forme de chaussures orthopédiques de série avec lit plantaire incorporé. J'ai donc automatiquement prolongé l'arrêt de travail à 50 % débuté le 22.11.2006 pour une durée indéterminée en mentionnant qu'une procédure AI était en cours".

Le Dr D._____ a attesté une capacité de travail à 50 % dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

Dans un courrier du 20 août 2007 faisant suite à une demande de l'OAI, le Dr D._____ a apporté les explications complémentaires suivantes :

" Quelles sont les plaintes exactes de votre patiente en décharge/charge du pied ?

La patiente souffre de très importantes douleurs lors de l'appui sur la zone intercapitale M3-M4 à droite. Elle souffre également de douleurs sur le trajet des extenseurs et des douleurs d'hyper-appui pulpaire des orteils. De plus, en décharge, le ponçage de la zone d'hyperkératose est presque irréalisable par la patiente en raison des douleurs qu'il provoque.

Quelles sont les limitations fonctionnelles exactes ?

La déambulation est limitée à quelques centaines de mètres sous couvert d'une protection plantaire par des supports adéquats. Même avec ce moyen des douleurs importantes sont présentes à chaque pas lors de la mise en charge de la plante de l'avant-pied.

Pour quelles raisons la capacité de travail dans une activité sédentaire est-elle limitée à 50 % ?

Comme chaque pas est douloureux, comme il existe également des douleurs au repos, l'ensemble entraîne une fatigabilité accrue. Ceci est naturellement associé à la difficulté des déplacements dans ces conditions pour se rendre au travail ».

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 23 octobre 2007, le Dr G._____, médecin-chef adjoint du SMR, a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre un examen orthopédique, les éléments médicaux étant insuffisants pour permettre de déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée dans une activité adaptée, de type sédentaire, et d'apprécier au mieux sa capacité de travail résiduelle dans ce type d'activité.

Dans un rapport du 25 janvier 2008, faisant suite à un examen clinique orthopédique du 7 janvier 2008 de l'assurée, le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, du SMR, a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était de 80 % dans l'activité habituelle, cette dernière ayant signalé qu'elle travaillait le 80 % de son temps assise et le 20 % restant debout. Dans une activité adaptée, soit sédentaire avec des déplacements à plat très limités, excluant le port de charges supérieures à 15 kg et la station debout statique durant plus de 10 minutes, la capacité de travail était de 100 %. Le Dr L._____ a ainsi retenu qu'il n'y avait pas d'argument pour que cette assurée ne puisse pas travailler en position assise.

Par avis médical du 14 février 2008, le Dr G._____ a retenu que le début de l'aptitude à la réadaptation correspondait à la date de reprise du travail à 100 %, soit le 5 juillet 2004 après l'intervention chirurgicale du 10 mai 2004 pour excision de la cicatrice plantaire et résection d'un petit névrome plantaire de la 3^{ème} commissure de l'avant-pied droit. Toutefois, il convenait de retenir de nouvelles périodes d'incapacité de travail suite aux deux interventions chirurgicales réalisées à la Permanence de M._____ soit en définitive à 100 % du 10 mai au 4 juillet 2004, à 20 % du 5 juillet 2004 au 3 février 2005, à 100 % du 4 février au 3 juillet 2005, à 50 % du 4 au 31 juillet 2005 et à 20 % dès le 1^{er} août 2005.

b) Par communication du 11 mars 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Dans un rapport initial et final du 5 juin 2008 faisant suite à un entretien avec l'assurée en date du 27 mai 2008, le Service de réadaptation de l'OAI a estimé qu'aucune intervention n'était nécessaire dans son cas sur la base des éléments suivants :

"Selon le SMR, la capacité de travail de Mme F. _____ dans son activité est de 80 %; à notre avis, cette capacité est exigible dans toute activité, car les déplacements sont limités dans son activité actuelle, ses collègues lui amènent souvent du travail pour lui éviter un déplacement. Il n'y a pas de possibilités d'adapter encore plus le poste de travail, toutes les mesures pour la soutenir sont prises. Elle ne peut exercer que des activités sédentaires, étant sans formation professionnelle, si elle quitte son poste, seule une activité non qualifiée dans un atelier par exemple lui est accessible, activité où elle touchera un salaire plus bas que dans son activité actuelle. Aucune mesure professionnelle ne permet de réduire le préjudice économique.

De plus, notre assurée n'a pas de CFC et travaille depuis 30 ans chez le même employeur où elle a appris le métier d'employée de bureau. Il est peu probable de trouver un poste d'employée de bureau dans une autre entreprise sans être en possession d'une qualification.

Mme F. _____ a fait un remplacement de deux jours à 100 % et dit avoir ressenti trop de douleurs les jours suivants, peine à marcher. Elle estime ne pas pouvoir travailler à plus de 50 %, or son poste est adapté à sa problématique de santé, il est exigible qu'elle l'occupe à 80 %".

En date du 19 juin 2008, l'OAI a adressé à F. _____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente. Considérant que la capacité de travail de l'assurée était de 80 % dans une activité adaptée dès juillet 2004, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée compte tenu d'une exigibilité de 80 % dans une activité adaptée, tout en précisant que l'activité habituelle exercée était un travail sédentaire prenant en compte les limitations fonctionnelles décrites. L'OAI a ainsi constaté que sans atteinte à la santé, l'assurée pourrait prétendre à un revenu annuel brut de 56'755 fr. en exerçant son activité habituelle à 100 %. A un taux de 80 %, ce revenu s'élevait à 45'404 fr. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 56'755 fr, mettait en évidence une perte de

gain de 11'351 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 20 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée a contesté le projet de décision précitée.

Dans le cadre d'un entretien avec l'employeur en date du 6 mai 2009, le Service de réadaptation de l'OAI, procédant à une visite du poste de travail de l'assurée, a constaté que cette dernière disposait d'un bureau avec une petite table et préparait face à l'ordinateur des commandes de matériel. Elle devait se déplacer pour donner les bons de commande aux magasiniers plusieurs fois par jour, environ 10 mètres. Elle pouvait toutefois rester assise durant une heure puis devoir se déplacer toutes les cinq minutes ensuite. Dans un rapport final du 4 juin 2009, le Service de réadaptation a confirmé que dans l'activité actuelle de l'assurée, la part "debout" avec des déplacements très courts était en moyenne de 20 % (environ 45 minutes sur une demi-journée). Cependant, tout poste d'employé de bureau comportait une partie de déplacements (faire des photocopies, amener un dossier à un collègue,...). Il n'existait donc pas d'activité mieux adaptée, puisque l'assurée rencontrerait les mêmes conditions de travail ailleurs. Le Service de réadaptation a dès lors maintenu les conclusions de son rapport du 5 juin 2008.

c) Par décision du 24 juin 2009, dont la motivation figure dans une lettre séparée de la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 juin 2008.

B. Par acte de son mandataire du 31 août 2009, F. _____ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante soutient que la décision attaquée est arbitraire, dans la mesure où elle n'indique pas les motifs pour lesquels l'OAI a recueilli l'avis d'un expert neutre, alors qu'il précise dans la décision attaquée que "*les éléments médicaux [étaient] suffisants pour [se] déterminer*". Elle ajoute

enfin qu'elle a consulté plus de six médecins qui ont conclu à une capacité résiduelle de travail à 50 %. A cet égard elle se réfère aux avis des Drs D._____ (rapport médical intermédiaire du 3 mai 2007 adressé à l'OAI), Q._____ (lettre du 23 février 2006 adressée au Dr B._____), Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (courrier du 25 octobre 2005, adressé au Dr X._____) et R._____, médecin-chef de la Permanence de M._____ (rapport médical du 29 avril 2005 adressé à la Caisse H._____).

Dans sa réponse du 28 octobre 2009, l'Office AI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il constate que la phrase querellée de la décision comporte manifestement une erreur de plume et qu'il faut la lire en ce sens qu'un examen clinique orthopédique au SMR était nécessaire précisément en raison de l'absence d'éléments médicaux suffisants pour statuer en l'état. Ladite erreur n'exerce aucune influence sur le résultat. Elle est par ailleurs si insignifiante qu'il n'y a manifestement aucun intérêt à la corriger. L'Office AI rappelle avoir recueilli les divers rapports des médecins traitants de l'assurée et qu'à l'examen de ces pièces, le SMR a estimé nécessaire de procéder à un examen clinique orthopédique (avis du 23 octobre 2007).

Dans sa réplique du 11 janvier 2010, la recourante confirme les conclusions prises dans le cadre de son recours.

Dans sa duplique du 8 février 2010, l'intimé confirme ses conclusions.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 31 août 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité (demi-rente), singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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 (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).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

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; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} 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).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

3. D'une manière générale, la recourante reproche à l'intimé d'avoir fondé sa décision sur le rapport du Dr L. _____ dont l'avis est en contradiction avec l'appréciation de l'ensemble des médecins qu'elle a consultés et qui ont conclu à une capacité de travail de 50 %. Selon elle, l'intimé n'a pas expliqué pourquoi il s'écartait de ces avis médicaux, alors

qu'il a admis dans la décision attaquée que leur appréciation était suffisante pour se déterminer.

a) Il n'est pas contesté que la recourante présente une atteinte au pied droit sous forme de douleurs résiduelles de l'avant-pied droit status après résection d'un névrome de Morton par voie plantaire longitudinale inter-métatarsienne 3-4 entraînant une cicatrice plantaire hypertrophique et douloureuse. Dans son rapport d'examen clinique, le Dr L._____ a retenu une capacité résiduelle de travail de 80 % dans l'activité habituelle d'employée de bureau au Garage J._____ SA. Par contre, dans une activité adaptée, à savoir sédentaire avec des déplacements à plat très limités, excluant le port de charges supérieures à 15 kg et la station debout statique durant plus de 10 minutes, la capacité de travail de travail de la recourante était entière.

b) Pour s'opposer aux conclusions du Dr L._____, la recourante a principalement renvoyé au contenu des pièces médicales qu'elle a produites au cours de la procédure. Ce faisant, elle n'a toutefois pas expliqué en quoi les points de vue consignés dans ces différents documents seraient objectivement mieux fondés que celui du Dr L._____. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; TF I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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. La recourante n'a toutefois pas établi que cela serait le cas en l'espèce. En particulier, on ne saurait la suivre lorsqu'elle soutient que l'ensemble des médecins qu'il a consultés aurait conclu à une incapacité de travail à 50 %. En effet, seul le Dr D._____ parmi les praticiens précités s'est prononcé sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Les Drs Z._____ (courrier du 25 octobre 2005), Q._____ (courrier du 23

février 2006 et rapport médical du 19 janvier 2007) et B._____ (rapport du 10 juillet 2006) ont uniquement été sollicités pour un avis médical quant à la suite éventuelle du traitement à administrer. Certes, la Dresse R._____ de la Permanence de M._____ (courrier du 29 avril 2005) a confirmé une incapacité de travail suite à la demande de l'assureur perte de gain (réponse à la question 4), sans toutefois donner de précisions quant au taux à retenir et quant à sa durée. Il convient cependant de se référer, sur ce point, à l'avis du Dr W._____ de la Permanence de M._____ qui a confirmé une capacité totale de travail dès le 1^{er} août 2005 (rapport médical du 10 novembre 2006).

La principale divergence entre l'expert et le Dr D._____ réside dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Dans son rapport médical du 3 mai 2007, le Dr D._____ a indiqué que sa patiente souffrait d'une hyperkératose centrale d'au moins 5 mm d'épaisseur entre les têtes métatarsiennes 3 et 4, réfractaire au traitement conservateur et que la recourante souhaitant poursuivre son activité d'employée de bureau à 50 %, il pouvait tout à fait aller dans ce sens, si bien qu'il a préconisé une activité sédentaire ou semi-sédentaire à 50 %. Invité à fournir des explications complémentaires quant à la capacité résiduelle de travail de l'assurée, le Dr D._____ a, par courrier du 20 août 2007, confirmé que sa patiente décrivait d'importantes douleurs lors de l'appui sur la zone inter-capitale M3-M4 à droite, sur le trajet des extenseurs et au niveau de l'hyper-appui pulpaire des orteils, alors qu'en décharge le ponçage de la zone d'hyperkératose était irréalisable en raison des douleurs qu'il provoquait. Pour justifier, une capacité résiduelle de travail à 50 %, le Dr D._____ a finalement fait état de douleurs lors des déplacements et au repos entraînant une fatigabilité accrue. Il a en outre limité la déambulation à quelques centaines de mètres.

Outre le fait que le Dr D._____ a pu donner l'impression, dans son rapport médical du 3 mai 2007, d'avoir évalué la capacité de travail en fonction du souhait de sa patiente compte tenu de son taux réel d'activité ("*la patiente souhaite poursuivre un travail à 50 % en tant qu'employée de bureau...*"), aucun des autres praticiens consultés n'a fait

état de douleurs au repos. Le Dr Z._____ a relevé que "*chaque pas déclenche des douleurs*" (rapport du 25 octobre 2005), le Dr B._____ a souligné que "*la douleur était provoquée par la pression directe sur le territoire douloureux*" (rapport du 10 juillet 2006) et le Dr W._____ a fait état de "*douleurs à la palpation et à la mise en charge*" (rapport du 10 novembre 2006). Dans son rapport d'examen clinique du 25 janvier 2008, le Dr L._____ a pris en compte l'avis du Dr D._____ dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail et a conclu qu'il n'y avait pas d'argument pour que cette assurée ne puisse pas travailler en position assise. L'assurée ayant elle-même informé l'expert qu'elle travaillait debout durant le 20 % de son temps de travail, le Dr L._____ a dès lors retenu une capacité de travail à 80 % dans l'activité habituelle d'employée de bureau au Garage J._____ SA. Par contre, dans une activité adaptée, soit sédentaire avec des déplacements à plat très limités, excluant le port de charges supérieures à 15 kg et la station debout statique durant plus de 10 minutes, la capacité de travail de la recourante était entière. La conclusion de l'expert concernant la capacité de travail, qui est formulée à la fin de l'expertise, a été rédigée par un spécialiste dont le métier consiste notamment à utiliser son expérience pour déduire d'exams cliniques ou radiologiques, d'observations ou de documents médicaux, les interactions entre certains troubles de la santé et la capacité de travail. L'expert a ainsi entendu et ausculté la recourante, analysé les documents mis à sa disposition, clairement mentionné les limitations fonctionnelles découlant des affections diagnostiquées, puis évalué le taux de capacité de travail. Il convient par conséquent de constater que l'expertise répond en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des documents médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Dans ce contexte, c'est à juste titre que suite à l'avis médical 23 octobre 2007 du Dr G._____, l'intimé a mis en oeuvre un examen clinique orthopédique afin de déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée dans une activité adaptée, de type sédentaire, et d'apprécier au mieux sa capacité de travail résiduelle dans ce type d'activité. En

définitive, les critiques de la recourante à l'égard de la mise en œuvre d'une expertise, ne sont pas fondées, les éléments médicaux contenus dans le dossier étant insuffisants comme l'a clairement précisé le SMR dans l'avis précité. Dès lors, il apparaît évident que la décision attaquée contient une erreur de plume, l'intimé ayant manifestement voulu se conformer à l'avis du SMR (réponse du 28 octobre 2009).

c) Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr L._____, qui a conclu à une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. La Cour de céans ne saurait en effet fonder son jugement sur le travail que l'intéressée s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tels qu'il ressort des avis médicaux ayant valeur probante. Les griefs de la recourante sont donc en tous points mal fondés.

4. Enfin, le calcul du préjudice économique n'est pas contesté par la recourante. Vérifié d'office, il ne porte pas flanc à la critique et peut être confirmé. Ainsi, le degré d'invalidité est-il inférieur au seuil de 40 % fixé par l'art. 28 LAI

Les griefs de la recourante sont donc en tous points mal fondés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

5. Vu le sort de la cause, la recourante supportera les frais de la procédure. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), la recourante succombant dans ses conclusions.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 450 francs (quatre cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.
- 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 Fontana, avocate à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :