

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 juin 2012

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : M. Métral et M. Perdrix, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.Q.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

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

---

**Art. 6 ss, 16 et 65 LPG; 4 al. 1, 28 al. 2 et 28 a LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** A.Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), d'origine kosovare née le 28 juillet 1953, est arrivée en Suisse en 1987. Elle est mariée et mère de quatre enfants (nés en 1978, 1980, 1981 et 1983), tous aujourd'hui adultes. Elle a travaillé dès 1987 en tant que concierge — avec son mari B.Q. \_\_\_\_\_ — pour une caisse de pensions représentée par la gérance V. \_\_\_\_\_ et depuis janvier 2009 par la régie G. \_\_\_\_\_, dans un immeuble sis à [...] au chemin de la [...] où l'assurée avait comme logement de service un appartement pour sa famille. Son mari est actuellement rentier AI.

Dès le 27 mars 2009 l'assurée a été en incapacité de travail. Elle a perçu des prestations au titre de l'assurance indemnités journalières maladie.

Le 31 août 2009 l'assurée a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sans préciser si elle requiert des mesures de réadaptation professionnelle ou une rente. Elle invoquait une atteinte à sa santé causée par une maladie et ressentie depuis début 2009, ses précisions étant les suivantes:

"Cervicale, nuque, genou droit, douleur, vertige, fourmis des bras".

Dans un complément à la demande, signé le 23 octobre 2009 par l'assurée, celle-ci a précisé qu'elle travaillerait, si elle était en bonne santé, à un taux d'activité de 50 % afin de "pouvoir vivre correctement".

Cependant, vu ses problèmes de santé, elle ne pense pas pouvoir le faire.

**B.** Suite à un entretien avec l'assurée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a retenu dans un rapport du 26 octobre 2009 ce qui suit:

"Mme était accompagnée de sa future belle-fille pour la traduction, elle comprend un peu le français mais a des difficultés à le parler, elle ne lit pas. Toutes les questions et réponses ont été traduites par l'accompagnatrice.

Au niveau professionnel, elle s'occupe d'un immeuble de 8 étages, doit faire les cages d'escaliers, sortir les containers (les tirer sur env. 100m, c'est vallonné), entretenir les extérieurs.

Elle ne se sent plus capable de faire ce travail, actuellement elle ne le fait plus, elle a été remplacée. Elle est toujours en IT [incapacité de travail].

Actuellement elle ressent des douleurs au genou, aux cervicales, aux coudes aux avant bras, au bas du dos, il lui arrive d'avoir des crampes aux deux mains, elle a des vertiges en se levant ou en regardant le plafond. Elle ne peut pas marcher longtemps, ni rester assise (durant l'entretien elle n'a pas montré d'inconfort particulier en position assise durant 35 minutes, elle s'est levé et s'est mise à marcher normalement mais lentement). Elle fait de la physio 2 x/ semaine.

Elle a tellement de problèmes de santé qu'elle ne se sent pas capable de reprendre une activité, même si celle-ci pourrait être en position assise ou varier les positions, légère...(activité qui tient compte des limitations, actuellement nous ne connaissons pas l'avis du SMR [Service médical régional de l'AI]). Elle dit privilégier la santé à la recherche de solution professionnelle car elle a déjà beaucoup travaillé.

Je l'informe des possibilités de notre assurance, et le rôle du SMR. En relation avec les douleurs ressenties ainsi que les difficultés linguistiques la mise en place d'une MIP ou d'une mesure simple et adéquate ne nous semble pas envisageable.

Je l'ai informé sur les possibilités de l'aide au placement mais actuellement elle ne pense pas pouvoir retravailler, elle veut attendre les conclusions du SMR pour se prononcer."

Dans un rapport sur un formulaire de l'OAI, sans date et remis à celui-ci le 26 octobre 2009, le médecin traitant de l'assurée, le Dr S. \_\_\_\_\_ du Centre de médecine du sport à [...] a répondu par la négative à toutes les catégories de travaux respectivement d'activités qui pouvaient encore être exigés de sa patiente, sauf au sujet des "activités dans différentes positions". Dans cette dernière catégorie il a reconnu la possibilité d'une activité à temps partiel de 3 à 4 heures par jour avec une performance de 70 %.

Une enquête économique sur le ménage effectuée le 2 novembre 2009 par l'OAI a retenu un statut de l'assurée de 50 % active et

50 % ménagère. Après examen et prise en compte de l'ensemble des empêchements affectant l'assurée, le rapport d'enquête a pris en compte un taux d'invalidité de 34 % dans l'activité ménagère.

Par la suite, le SMR a relevé dans un rapport du 3 novembre 2009, les limitations fonctionnelles suivantes: "Pas de marche prolongée ni de station debout prolongée; pas d'agenouillement ni d'accroupissement; pas d'escaliers; pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Travaux légers".

Selon ce rapport, l'assurée de 56 ans "n'a pas de formation et travaillait comme concierge environ 12h/semaine. Elle est en IT [incapacité de travail] depuis mars 2009 en raison de douleurs des genoux et de cervicalgies. Elle présente en effet une gonarthrose fémoropatellaire et du compartiment interne, bilatérale, et une discopathie C4-C5 avec petite hernie discale. L'activité habituelle de concierge n'est plus adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée, le médecin traitant retient une CT [capacité de travail] de 70 %, ce que nous pouvons suivre."

**C.** Se référant à la capacité de travail restante constatée par les médecins ainsi qu'à un manque de préjudice économique suffisant, l'OAI s'est prononcé dans un projet de décision du 3 février 2010 dans le sens du refus de la demande de prestations. L'assurée a contesté ce projet de décision. Selon son courrier du 25 février 2010, elle fait valoir que le problème de son genou droit serait toujours en traitement. En outre, elle aurait eu un accident le 26 janvier 2010 avec des séquelles à son autre genou et elle devrait peut-être subir une opération. Elle a joint les copies de deux rapports médicaux de la Dresse H.\_\_\_\_\_, radiologue — non datés et adressés au Dr S.\_\_\_\_\_ — concernant des IRM qui auraient eu lieu le 23 février 2010 pour le genou gauche et le 4 juin 2009 pour le genou droit. Son médecin traitant, le Dr S.\_\_\_\_\_, a aussi adressé le 15 février 2010 une lettre à l'OAI, selon laquelle la situation de l'assurée se serait "péjorée depuis le premier bilan". Il poursuit:

"Tout d'abord, suite à son problème de genou droit non réglé, la patiente a présenté un épisode d'instabilité le 26 janvier [2010] qui s'est conclu par une entorse sévère du genou gauche dont l'investigation est en cours.

D'une manière générale, je ne vois pas bien Mme A.Q.\_\_\_\_\_ recommencer à travailler à temps complet et cela quelque soit le travail car:

- suite à son AVC [accident vasculaire cérébral] de juin 2009, sa capacité cérébrale est diminuée et sa capacité d'adaptation aussi
- au niveau locomoteur, son genou droit n'est pas stable (cause de l'accident du 26.1.10)
- son genou gauche présente un traumatisme important (évolution non connue)
- les troubles dégénératifs de sa colonne cervicale et lombaire risquent de péjorer lentement
- l'obésité de la patiente ne va pas s'améliorer avec la période de repos forcée liée à ses genoux
- le déconditionnement global va de même aller en s'aggravant

Si l'évolution devait être favorable, il faudrait probablement plusieurs mois voir deux à trois ans pour stabiliser et rendre Mme A.Q.\_\_\_\_\_ opérationnelle pour un travail."

**D.** Par la suite, le SMR a procédé le 13 août 2010 à un examen de l'assurée dans ses locaux. Il a rédigé le 13 septembre 2010 un rapport, reproduit en partie ci-après:

"Anamnèse actuelle

Colonne vertébrale: depuis 2004 environ, douleurs cervicales irradiant aux trapèzes. Elle a consulté le Dr S.\_\_\_\_\_ qui lui prescrit de la physiothérapie et des médicaments. Elle développe des vertiges qui apparaissent lorsqu'elle fait un mouvement de flexion de sa tête de façon brusque. Elle a été vue au [...] probablement par les [...] qui lui ont dit qu'il ne s'agissait pas de vertige d'origine [...].

Apparition de brachialgies le long de la face externe des bras et des avant-bras qui apparaissent durant la nuit. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a demandé une IRM qui a montré une hernie discale cervicale. Depuis la même époque, elle souffre de lombalgies basses. Elles sont présentes pratiquement tous les jours. Elles sont plus intenses lorsqu'elle se relève après avoir été en position assise durant plus de deux heures. En position debout, elle a moins de douleurs lombaires, mais ses genoux lui font mal.

En ce qui concerne la nuque, elle a des douleurs qui apparaissent pratiquement tous les jours. Elles augmentent lorsqu'elle garde une position statique ou lorsqu'elle fait des mouvements de rotation de sa nuque.

En ce qui concerne les genoux, depuis 2004 apparition de gonalgies à D. Ces douleurs ont augmenté progressivement d'intensité. En

2007 environ, elle a consulté son médecin traitant le Dr S. \_\_\_\_\_ qui lui a fait des radiographies et prescrit des médicaments. Il a prescrit aussi des séances de physiothérapie qu'elle continue à faire à raison d'une à deux fois par semaine.

Le 04.06.2009 une IRM du genou D a été effectuée au CIP, le Dr H. \_\_\_\_\_ radiologue FMH décrit dans son rapport: chondropathie fémoro-tibiale de grade III du compartiment interne, de grade II du compartiment externe, lésion mucoïde grade I avec déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne. Lésion mucoïde grade III des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe. Chondropathie fémoro-patellaire grade III à IV. Epanchement intra-articulaire, tendinite et insertionite quadricipitale distale. Signes de déchirure partielle du segment distal du LCA.

L'assurée a continué son traitement conservateur prescrit par le Dr S. \_\_\_\_\_. Elle a eu plusieurs épisodes d'épanchements intra-articulaires. Elle a eu plusieurs lâchages de son genou D.

Progressivement, apparition de gonalgies à G. Initialement, il s'agissait de douleurs à l'effort. Le 26 janvier 2010, suite à un lâchage du genou D, elle fait une chute et heurte la face antérieure de son genou D. Elle consulte le Dr S. \_\_\_\_\_ qui demande des radiographies, prescrit des médicaments et de la physiothérapie. Une IRM a été effectuée le 23 février 2010. Le Dr H. \_\_\_\_\_ décrit dans son rapport: chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne. Déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne. Status après déchirure du LLI. Lésion mucoïde de grade II des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe. Signes de tendinopathie du poplité. Tendinite rotulienne proximale et bursite pré-patellaire. Chondropathie fémoro-patellaire de grade II. Epanchement intra-articulaire. Plica synoviale et suspicion de déchirure partielle du LCA.

Malgré les séances de physiothérapie et les médicaments prescrits par le Dr S. \_\_\_\_\_, les gonalgies persistent.

#### Plaintes actuelles

Actuellement, lorsque l'assurée est assise durant plus de 2h, ses jambes deviennent tuméfiées et ses genoux deviennent douloureux. Elle arrive à marcher 30 à 40 minutes à plat. Lorsqu'elle monte ou descend des escaliers ou des pentes, les gonalgies sont plus intenses, ainsi que les douleurs lombaires. Après 10 minutes de position statique debout, elle a des douleurs lombaires et des gonalgies bilatérales.

#### Anamnèse par système

Cardio-pulmonaire: elle se plaint d'une dyspnée d'effort et d'oppression thoracique liées à l'effort. Occasionnellement, elle a des épisodes de palpitations de courte durée.

En août 2009, elle a été vue à la Policlinique Médicale Universitaire en urgence pour des céphalées vertiges, douleurs thoraciques et dyspnée. Après avoir fait une multitude d'examen y compris un CT-thoracique, un CT des vaisseaux du coude, du cerveau et un avis

neurologique, ils ont mis en évidence de petits nodules pulmonaires à contrôler 6 mois après. Ils ont proposé que l'assurée soit vue par un cardiologue. Le 4 septembre 2009, elle a été vue par le Dr F. \_\_\_\_\_ cardiologue FMH à [...]. Après avoir fait une multitude d'examen y compris une scintigraphie cardiaque, il a pu rassurer la patiente et lui a prescrit de l'Aspirine® cardio à titre préventif.

Neurologique: elle souffre de céphalées occasionnelles.

Allergies: Nihil.

Habitudes

[...]

Vie quotidienne et contexte psychosocial

Elle habite avec son mari dans un appartement avec 3 chambres à coucher. Elle se lève vers 7h30, elle s'assied et regarde la télévision. Par la suite elle prend son petit-déjeuner. Durant la matinée, elle fait quelques tâches ménagères légères en se reposant fréquemment. Elle prépare un repas de midi rapidement pour elle et son mari. Durant l'après-midi, le couple fait une promenade avec des repos réguliers. Durant la soirée, elle regarde la télévision et se couche vers 22h30-23h00.

STATUS

Status général

Taille 1m75, poids 101 kg, BMI à 33.5. TA 140/90 mmHg. Pulsations régulières à 72/minute.

Status cardiovasculaire: rythme cardiaque régulier, pas de souffle, toutes les artères périphériques sont bien palpables. Il n'y a pas d'oedème.

Status respiratoire: auscultation physiologique.

Status gastro-intestinal: abdomen souple, indolore, sans masse pathologique palpable.

Status neurologique: réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques. Pas de déficit sensitivomoteur objectivable.

Status ostéoarticulaire

Membres supérieurs: l'assurée est droitère. Avec sa main on observe qu'il n'y a pas d'atrophie musculaire des loges des sus ou sous épineux. En ce qui concerne les épaules, elles sont stables dans tous les plans. La mobilité est complète et symétrique. Absence de signe clinique de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Examen des coudes: mobilité complète et symétrique, absence de douleur à la palpation des insertions tendineuses. Examen des poignets et mains: dans la limite de la norme.

Colonne vertébrale: il n'y a pas de trouble majeur de la statique vertébrale. Les flèches de Forestier sont de 7 cm en regard de C7, 0 cm en regard de D7, 6 cm en regard de L3, 0 cm en regard du sacrum. L'index dorsal selon Ott est de 30 à 33 cm. L'index lombaire selon Schober est de 10 à 15 cm. La distance doigts-sol est de 25 cm. Les inclinaisons latérales de la colonne dorsolombaire sont de 25/0/25°. Elles ne sont pas harmonieuses car elles s'effectuent de façon prédominante sur les segments dorsaux de la colonne. Les rotations de la colonne dorsolombaire sont de 20/0/20°.

En ce qui concerne la colonne cervicale, les rotations sont à 60° ddc, les inclinaisons latérales sont à 45° ddc, la flexion/extension est complète avec une distance menton-sternum max de 18cm, min de 3cm.

Membres inférieurs: il n'y a pas d'inégalité de longueur. Il n'y a pas de trouble majeur du morphotype visible. Le périmètre des cuisses mesuré à 15 cm du pôle supérieur des rotules est de 62,5cm à D et 61.5 à G. Le périmètre des mollets mesuré à 15cm du pôle inférieur des rotules 41 cm à D, 40 cm à G. En ce qui concerne les hanches, le signe de Trendelenburg est négatif. La flexion/extension est à 130/0/0°. Rotation externe/interne 40/0/40°. Abduction-adduction 50/0/50°. En ce qui concerne les genoux, il n'y a pas d'épanchement, ni de signe de synovite. A droite, la flexion/extension est à 140/0/0° avec une distance talons-fesses de 13 à G, la flexion/extension est à 140/0/0° avec une distance talons-fesses de 11 cm. Les deux genoux sont stables dans tous les plans. Présence d'un rabet rotulien positif plus marqué à G qu'à D. Signes de Wiberg positifs. Les signes méniscaux sont négatifs. Examen des chevilles et des pieds dans la limite de la norme.

#### DOSSIER RADIOLOGIQUE

RX F/P genou G effectuées au cabinet du Dr S. \_\_\_\_\_ le 22 mars 2006: montrent un pincement de l'interligne fémoro-tibial interne d'environ 50% avec densification sous chondrale du plateau tibial interne.

IRM genou D effectuée le 4.06.2009 au CIP: montre une chondropathie fémoro-tibial grade III du compartiment fémoro-tibial interne et grade II du compartiment fémoro-tibial externe. Dégénérescence méniscale grade II de la corne postérieure du ménisque interne. Intégrité LCP. Signal hétérogène du LCA avec intégrité du ligament.

IRM genou G effectuée le 23 février 2010 au CIP montre un épanchement intra-articulaire modéré avec kyste poplité d'environ 3 cm x 2,5 x 1,5 cm. Méniscopathie grade II de la corne postérieure du ménisque interne avec suspicion de déchirure horizontale. Le LCP est sp. Le LCA est légèrement hétérogène mais on voit une intégrité des fibres. Amincissement et irrégularité du cartilage du conduit fémoral interne. Amincissement du cartilage du plateau tibial interne. Amincissement et irrégularité du cartilage de la rotule.

RX colonne cervicale F/P effectuées le 11 février 2009 au cabinet du Dr W. \_\_\_\_\_: montrent une discopathie débutante C4-C5. Bon alignement des vertèbres.

RX genou D F/P effectuées au cabinet du Dr W. \_\_\_\_\_ le 11 février 2009: montrent une gonarthrose débutante sous forme d'un pincement de 50% de l'interligne fémoro-tibial interne. Les épines tibiales sont proéminentes. Ebauche d'ostéophyte aux pôles supérieur et inférieur de la rotule.

#### DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
  - Gonarthrose primaire bilatérale M17.0
  - Cervicalgies chroniques M50.3
  - Lombalgies chroniques M54.5
- sans répercussion sur la capacité de travail
  - Obésité avec BMI à 33.5

#### APPRÉCIATION DU CAS

Assurée âgée de 57 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé en Suisse comme concierge à 50% de 1997 au 30 mars 2009, date de son arrêt de travail. Elle souffre depuis de nombreuses années de cervicalgies et lombalgies, ainsi que de gonalgies à D. Les divers examens ont mis en évidence des troubles dégénératifs du genou D. En janvier 2010, elle a fait une chute sur son genou G. Depuis les gonalgies à G ont augmenté d'intensité. L'IRM effectuée en février 2010 montre des troubles dégénératifs modérés. Les problèmes orthopédiques font que Mme A.Q. \_\_\_\_\_ n'est plus apte à travailler en tant que concierge car ce travail implique le port de charges et un travail accroupi. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles nous ne voyons aucune raison pour que cette assurée ne puisse pas travailler à 100%.

#### Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire. Elle doit pouvoir alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Elle doit éviter les travaux à genoux ou accroupie. Elle doit éviter la station debout prolongée. Elle doit éviter le port de charges et les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Un arrêt de travail est prescrit depuis le 30 mars 2009.

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

L'assurée n'est pas apte à exercer son travail de concierge. Elle garde une capacité complète de travail dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles.

#### CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle: 0 %

Dans une activité adaptée: 100% Depuis le 30 mars 2009."

Par avis médical du 29 septembre 2010, le SMR a confirmé par un second médecin les conclusions du rapport du 13 septembre 2010 en ajoutant que celles-ci remplaçaient le rapport du 3 novembre 2009.

**E.** Le 4 octobre 2010 l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité. Il invoque pour l'essentiel ce qui suit comme motifs de refus:

"Au vu des renseignements en notre possession, nous avons retenu que, sans atteinte à la santé, vous exerceriez une activité lucrative à un taux de 50 % et consacreriez le 50 % restant à la tenue de votre ménage. Nous vous avons dès lors considéré comme une personne active à 50 % et ménagère à 50 %. L'évaluation des empêchements ménagers s'élève à 34.10%.

Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence une incapacité de travail totale dans l'activité de concierge. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que: pouvoir alterner la position debout avec la position assise à votre guise; éviter les travaux à genoux ou accroupie; éviter la station debout prolongée; éviter le port de charges et les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, vous conservez une capacité de travail de 100 % depuis mars 2009.

Tel est le cas dans des activités industrielles légères.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4'116.00 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 1.35%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'061.14 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 26'030.57 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt

de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 22'125.99.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 30'134.75 à un taux de 50 % (revenu annuel CHF 17'219.- pour 12 h/semaine, soit un taux de 28.57%, selon questionnaire employeur).

Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 30'134.75

avec invalidité CHF 22'126.00

la perte de gain s'élève à CHF 8'008.75 = invalidité de 26.57 %

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50.00 %	26.57 %	13.29 %
Ménagère	50.00 %	34.10 %	17.05 %

Degré d'invalidité 30.34 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

**F.** L'assurée a recouru par courrier du 25 octobre 2010 contre la décision de l'OAI lui refusant une rente AI. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une "rente 80 % d'invalidité". Subsidiairement, elle demande de prononcer des mesures de réinsertion "afin de pouvoir plus facilement trouver un travail adapté à mes conditions" et d'ordonner un examen complet de son état de santé, à effectuer par les services médicaux cantonaux. Par courrier du 24 novembre 2010, l'assurée a retiré sa demande d'assistance judiciaire, qu'elle avait formulée dans son mémoire de recours.

Dans sa réponse du 3 janvier 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 4 octobre 2010.

Dans sa réplique du 31 janvier 2011, l'assurée confirme ses conclusions.

**G.** Le 3 avril 2012 l'assurée demande au tribunal de prendre une décision "dès que possible", son état de santé s'aggravant progressivement.

**H.** Suite au départ à la retraite fin 2011 d'un juge de la Cour des assurances sociales et des redistributions qui ont eu lieu par la suite, l'affaire a été reprise en 2012 par son successeur, ce dont l'assurée a été informée.

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

**1.** Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, [LPGA, RS 830.1]) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, art.

79 al. 1 et art. 99 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD, RSV 173.36]).

**2.** Objet du présent litige devant la Cour est l'octroi d'une rente ou subsidiairement de mesures de réinsertion afin de pouvoir trouver un emploi approprié. Selon les règles de coordination (art. 66 al. 2 LPGA), les rentes sont versées, selon les dispositions des lois spéciales, dans l'ordre suivant:

a. l'AVS ou l'AI;

b. l'assurance militaire ou l'assurance-accidents;

c. la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité au sens de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP, RS 831.40).

Les mesures de réadaptation sont prises en charge selon l'art. 65 LPGA d'abord par l'assurance militaire ou l'assurance-accidents, puis par l'AVS ou l'AI et en dernier par l'assurance-maladie.

**3. a)** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 art. 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). 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).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** Aux termes de l'article 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (cf. art. 28a al. 1 LAI). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts

respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI).

**4.** L'art. 61 let. c LPGA prévoit que le juge établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 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 soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44

LPGA (cf. ATF 137 V 210, consid. 1.2.1 in fine, avec les références). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5.** L'OAI procède, à juste titre, selon l'art. 28a al. 3 LAI (cf. consid. 3b supra) pour l'évaluation de l'invalidité, vu que l'assurée affirme vouloir travailler — comme auparavant — à temps partiel, si cela lui était possible. La recourante ne remet pas en cause, également à juste titre, les conclusions de l'enquête économique sur le ménage du 2 novembre 2009. En l'occurrence, la question qui se pose est de savoir s'il y a des motifs sérieux pour s'écarter de l'appréciation des médecins du SMR des 13 et 29 septembre 2010 qui ont conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

**a)** L'assurée fait valoir qu'elle avait de grands problèmes de santé à cause de son travail de concierge pendant lequel elle a dû monter, descendre et déplacer les containers avec les déchets ménagers sur plus de 100 mètres de distance. L'OAI n'en aurait pas tenu compte. Elle renvoie au courrier de son médecin traitant, le Dr S.\_\_\_\_\_, du 15 février 2010. En outre, l'OAI ne serait pas "réaliste". Vu sa situation personnelle (âge avancé, manque de formation, obésité, connaissance restreinte de la langue française), elle ne pourrait pas trouver d'activité adaptée. Pour ces raisons, l'assurée conteste les comparaisons de salaires et la détermination de son taux d'invalidité qui en résulte. Elle aurait tout entrepris afin d'exercer une activité adaptée à ses conditions. Pour le reste, elle fait valoir en invoquant des troubles somatoformes douloureux, que son état de santé ne s'améliorerait pas; les différents traitements n'auraient pas été couronnés de succès; les rapports de ses médecins mettraient en exergue une désocialisation; son atteinte psychique irait en s'accroissant en devenant déterminante.

**b)** Le rapport du SMR du 13 septembre 2010 répond aux critères définis par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à une expertise médicale. Il contient une anamnèse complète et un résumé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives de l'assurée ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique. Les conclusions auxquelles il aboutit sont motivées de manière convaincante. Quant à la lettre du Dr S. \_\_\_\_\_ du 15 février 2010, à laquelle renvoie l'assurée, celle-ci est succincte et ne répond pas aux critères pour accorder une pleine valeur probante. En plus, le SMR a tenu compte des problèmes de santé invoqués par le Dr S. \_\_\_\_\_ et a, dès lors, admis des limitations fonctionnelles. En outre, la tâche du médecin consiste à évaluer sur la base de critères objectifs et scientifiques l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. C'est en revanche à l'administration qu'il revient d'examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré compte tenu 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 (cf. TFA I 778/2005 du 11 janvier 2007, consid. 6.1 et 6.2). Cela étant, l'opinion du Dr S. \_\_\_\_\_ sur une problématique ne relevant pas de l'analyse médicale stricte ne saurait être suivie. Il apparaît en définitive que les constatations du Dr S. \_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles de mettre en doute l'appréciation de l'OAI et des médecins du SMR. D'ailleurs, le Dr S. \_\_\_\_\_ admet lui-même qu'à l'instant de son courrier du 15 février 2010 les investigations, du moins pour le genou gauche, étaient encore en cours et l'évolution pas encore connue. Le SMR a procédé plus d'une demi-année plus tard à ses examens. L'incident concernant le genou gauche venait d'avoir lieu il y a à peine trois semaines, lorsque le Dr S. \_\_\_\_\_ avait rédigé son courrier précité. Dans ses constatations plus d'une demi-année plus tard, le SMR a pu tenir compte de l'évolution. Ses constatations et conclusions sont donc plus précises.

L'assurée ne fait rien valoir qui mettrait en doute le rapport du SMR. Lorsqu'elle invoque des troubles somatoformes douloureux avec la

présence "manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité, d'une acuité et d'une durée importante" tout en citant des arrêts du Tribunal fédéral, elle ne se base pas sur des constatations de médecins qui l'ont traitée ou examinée. Il semble plutôt qu'elle a repris ce passage d'un mémoire dans une autre affaire ou d'un mémoire-type. Pour le reste, les problèmes cardiaques, que le docteur traitant Dr S.\_\_\_\_\_ avait soupçonnés, se sont avérés infondés (cf. le rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2009).

Il n'est dès lors pas nécessaire d'ordonner de nouvelles investigations médicales.

**c)** L'assurée n'a pas non plus démontré, dans quelle mesure elle aurait – sous l'angle de son obligation de diminuer le dommage (cf. art. 7 LAI) – entrepris de sérieuses démarches afin de pouvoir reprendre un travail. Ses allégations lors d'entretiens laissent au contraire entendre, qu'elle ne voit pas pourquoi elle devrait faire d'efforts pour la reprise d'un emploi. Cependant, ce n'est pas parce qu'elle ne peut plus travailler comme concierge, qui doit déplacer des containers, qu'elle est exclue de toutes obligations à la reprise d'une activité professionnelle. Contrairement à ce que prétend l'assurée et comme déjà évoqué, l'OAI a tenu compte de ses limitations fonctionnelles. Pour cette raison il a exclu la reprise du même travail de concierge et exige une activité de substitution adaptée aux problèmes de l'assurée.

Lorsque l'assurée prétend qu'elle ne pourrait pas trouver d'activité adaptée vu sa situation personnelle, elle fait allusion à la condition du marché du travail équilibré au sens de l'art. 7 LPGA.

Cette notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'assuré a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008 ; TFA I 175/2004 du 28 janvier 2005, consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées; cf. aussi Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2 éd. 2010, n. II 7 ad art. 28a LAI, p. 323 ss).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre de l'assurée qu'elle reprenne à temps partiel une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du

travail équilibré; elle y est d'ailleurs tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 88 consid. 4c). Plus particulièrement, on rappellera que l'assurée dispose d'une entière capacité de travail dans une activité industrielle légère adaptée aux limitations fonctionnelles.

De surcroît, elle ne saurait se prévaloir de la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en rapport avec les assurés proche de l'âge de la retraite (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.2; 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2, et, implicitement, 9C\_835/2009 du 27 mai 2010, consid. 4.2), dès lors qu'au vu de son âge au moment de la décision litigieuse (57 ans), respectivement de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (56 ans), il pouvait encore être exigé d'elle qu'elle trouve une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles, conformément à son obligation de diminuer le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées). Quant aux difficultés linguistiques invoquées par l'assurée, elles ne peuvent être qualifiées d'éléments susceptibles d'influencer le degré d'invalidité; de telles lacunes constituent certes un obstacle à la reprise d'une activité lucrative, mais ne sauraient signifier que l'intéressée n'est pas en mesure d'occuper un poste approprié à ses atteintes.

Vu le large éventail d'activités industrielles légères (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général — et le marché du travail équilibré en particulier — (cf. TFA 383/2006 du 5 avril 2005, consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de l'assurée, quand bien même cette dernière a travaillé de nombreuses années en tant que concierge sans acquérir d'expérience professionnelle dans d'autres secteurs. Au demeurant, ces activités sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de la personne intéressée sur le marché équilibré du travail (TF 9C\_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4 et 9C\_657/2010 du 19 novembre 2010, consid. 5.2.3).

C'est donc à tort que l'assurée allègue qu'il n'existe aucune activité adaptée à son état de santé sur le marché du travail, respectivement qu'elle prétend qu'il lui serait impossible de se réorienter professionnellement.

**d)** L'assurée ne conteste pas les montants retenus par l'OAI pour le calcul du degré d'invalidité. Conformément à la jurisprudence (ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce taux (de 30.34 %) doit être arrondi à 30 %. Inférieur à 40 %, il n'ouvre pas le droit à une rente AI (cf. consid. 3a supra).

Il en irait de même, si l'évaluation de l'invalidité aurait lieu selon l'art. 28a al. 2 LAI sans tenir compte d'une activité lucrative, vu que l'empêchement en tant que ménagère est — arrondi — de 34 %. C'est d'ailleurs à juste titre que la recourante ne remet pas en cause les conclusions de l'enquête économique sur le ménage réalisée en novembre 2009.

A noter que, finalement même en appliquant, vu les limitations fonctionnelles, un abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/cc), à la place des 15 % retenus par l'OAI, la comparaison du revenu avec et sans invalidité (de respectivement 19'522 fr. 93 et 30'134 fr. 75) aboutirait à une perte de gain de 10'611 fr. 82, correspondant à un degré d'invalidité de 35 % ( $10'611 \text{ fr. } 82 / 30'134 \text{ fr. } 75 \times 100 = 35.22 \%$ ) pour une activité à plein temps. Pour une activité lucrative à 50 %, cela reviendrait également à un degré d'invalidité de 35 % ( $35.22 \% / 2$  [activité lucrative à 50 %] +  $34.10 \% / 2$  [activité ménagère à 50 %] = 34.66 %). Toutes ces valeurs seraient toujours inférieures au seuil de 40% selon l'art. 28 al. 1 let. c LAI. Il convient de préciser qu'il n'y a en l'espèce, toutefois pas de motif pertinent pour s'écarter du taux d'abattement de 15 % concédé par l'OAI.

**6.** Au vu de ce qui précède, la Cour de céans doit constater, à l'instar de l'office intimé, que le degré d'invalidité de l'assurée est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 let. c

LAI). Dans la mesure où la recourante entendait faire valoir dans son courrier du 3 avril 2012 une aggravation de son état de santé depuis que l'intimé a rendu sa décision de refus le 4 octobre 2010, il est rappelé, vu les ATF 134 V 392 consid. 6 et 131 V 242 consid. 2.1, que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse de l'OAI a été rendue. Les changements de situation survenus postérieurement ne peuvent être retenus par le juge. Le cas échéant, c'est à l'assuré de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI en tenant compte des exigences de l'art. 87 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201).

**7.** L'assurée conclut subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles (cf. art. 15 ss LAI).

**a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision.

La décision attaquée ne traite pas la question des mesures professionnelles, mais uniquement la rente d'invalidité. Il est dès lors douteux que les mesures professionnelles fassent l'objet du litige. Cependant, l'OAI s'est prononcé, dans le cadre de l'instruction de la cause, à plusieurs reprises sur l'opportunité de telles mesures et y a répondu par la négative. Il en va de même dans sa réponse au recours de l'assurée devant le Tribunal de céans. Vu ce qui sera exposé ci-après, la question de savoir si l'assurée pouvait déposer des conclusions au sujet de mesures professionnelles dans son présent recours, peut rester indécise.

**b)** Le taux d'invalidité de 30 % pourrait théoriquement ouvrir à l'assurée le droit à des mesures professionnelles. Toutefois, ces dernières ne sont pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/2007 du 15 février 2008, consid. 4.3, I 938/2006 du 29 octobre 2007, consid. 4.1 et I 170/2006 du 16 février 2007, consid. 3.2) ou si elles ne sont pas proportionnelles (cf. Meyer, op. cit., n. IV ad art. 17

LAI, p. 200); en effet, le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_386/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, consid. 2.4 et 9C\_420/2009 du 24 novembre 2009, consid. 5.4; TFA I 268/2003 du 4 mai 2004, consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En l'occurrence, l'assurée avait à l'origine demandé uniquement une rente AI; elle n'envisageait pas de reclassement. De plus, elle a des difficultés linguistiques, un faible niveau scolaire et pas de formation professionnelle. Il apparaît que des mesures d'ordre professionnel ne permettraient pas de réduire le préjudice économique. Elles seraient vraisemblablement vouées à l'échec. De plus, elles ne seraient pas proportionnelles compte tenu des circonstances particulières chez l'assurée. Pour cette raison, elles n'ont pas lieu d'être.

Tout au plus sied-il de rappeler que l'assurée avait déjà lors d'un entretien du 26 octobre 2009 été informée sur l'aide au placement selon l'art. 18 LAI. L'OAI lui a rappelé ces possibilités dans un courrier du 3 février 2010.

**8.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté — dans la mesure où il est recevable (cf. consid. 7a) — et la décision attaquée confirmée, en ce sens que la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

**9.** 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. La partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice à la charge de l'assurée doivent être arrêtés à 400 francs.

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 4 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante.
- 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 :

- A.Q. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :