

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juin 2014

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Bruno KAUFMANN,  
avocat à Fribourg,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 et 28a al. 1 LAI.**

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

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1965, au bénéfice d'une formation professionnelle commerciale, a été engagée en tant que responsable de projet informatique à plein temps dès le 1<sup>er</sup> juin 1993 par L. \_\_\_\_\_ à [...]. A compter de l'année 2001, elle a diminué son temps de travail à 60% et poursuivi une formation complète de web developer dès 2002 pour obtenir le diplôme correspondant en juillet 2004.

Dès le 21 octobre 2004, elle a présenté une incapacité totale de travail au motif de maladie, dont les suites financières ont été indemnisées par L. \_\_\_\_\_.

Vu la persistance de cette incapacité de travail, l'assurée a déposé une requête formelle de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 2 août 2006, en vue de l'octroi d'une rente, de mesures professionnelles et médicales, ainsi que de moyens auxiliaires. Elle a invoqué, au titre d'atteintes à la santé, des douleurs des bras, de l'épaule, de la hanche, du genou droit et du tendon d'Achille gauche. Elle a notamment annexé nombre d'extraits internet illustrant sa symptomatologie, ainsi que le rapport établi le 7 juin 2005 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, médecin-chef auprès de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, lequel a retenu les diagnostics de « syndrome myofascial douloureux du MSD (réd. : membre supérieur droit), tendance à la fibromyalgie et hypermobilité », tout en exposant ce qui suit :

« [...] Je me suis permis de compléter le bilan par une scintigraphie osseuse afin d'exclure un éventuel syndrome épaule-main (algodystrophie) du MSD. Cette scintigraphie osseuse s'est révélée normale, sans aucun signe pour une atteinte osseuse, articulaire, ni insertionite massive.

Rappelons que cette patiente a déjà bénéficié de nombreux examens chez des spécialistes, notamment à la Clinique W. \_\_\_\_\_,

en neurologie avec un EMG et chez un spécialiste de la médecine du travail.

La pathologie actuelle correspond le plus vraisemblablement à un syndrome myofascial douloureux du MSD, se caractérisant par une douleur régionale et la présence de trigger points. Un facteur favorisant pourrait être la présence d'une hypermobilité associée. [...] D'autres terminologies sont également retenues telles que troubles musculo-squelettiques (TMS) qui eux également reflètent simplement un syndrome au départ de surcharge qui dégénérera par la suite par une atteinte plus diffuse et invalidante. Ainsi, aujourd'hui, il est très difficile de savoir si toutes ces entités n'ont finalement pas un dénominateur commun de syndrome somatoforme douloureux persistant que l'on parle de fibromyalgie, de syndrome de fatigue chronique, de certains types de migraines, de colon irritable, de douleurs ou dysfonctions temporo-mandibulaires... [...] »

Sur question de l'OAI, l'assurée a précisé le 30 août 2006 qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à plein temps en tant qu'informaticienne ou employée de commerce, par nécessité financière et vu son état civil (célibataire).

Selon le rapport de l'employeur, complété par L. \_\_\_\_\_ le 14 septembre 2006, il est apparu que l'assurée avait été licenciée pour le mois d'octobre 2010, soit au terme de son droit aux indemnités journalières compensant sa perte de gain, et que son salaire se monterait à 4'000 fr. pour une activité de web developer à 60%.

Le Dr A. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'intéressée, a complété un rapport médical initial à l'attention de l'OAI le 2 octobre 2006. Il a diagnostiqué une « très probable fibromyalgie » et un « état subdépressif réactionnel », lesquels limitaient totalement la capacité de travail de sa patiente depuis le 21 octobre 2004 et étaient présents depuis respectivement le printemps et l'automne 2004. Il a signalé les diagnostics de « lithiases du bassin gauche » et de « kyste ovarien gauche » dès 2006 sans influence sur ladite capacité, ainsi que mis en exergue les éléments ci-dessous :

« La patiente est suivie ponctuellement depuis 2000. Le 21 octobre 2004, elle se présente avec une douleur du poignet droit attribuée à la manipulation de la souris d'ordinateur, diagnostiquée initialement comme tendinite ou syndrome de la souris. Alors que je pensais pouvoir régler le problème assez rapidement et simplement, j'ai vu

s'installer une polysymptomatologie douloureuse fortement évocatrice d'une fibromyalgie. La patiente a vu plusieurs spécialistes et entrepris une multitude de thérapies physiques (physiothérapies de plusieurs orientations, ostéopathie, homéopathie...) Elle multiplie les recherches sur internet pour expliciter ses symptômes. Une psychopathie non diagnostiquée est possible. Elle n'a jamais pu reprendre le travail, essentiellement à cause de l'utilisation de l'ordinateur.

Le pronostic me semble réservé. Un travail sans utilisation d'ordinateur devrait être possible. »

Ce praticien a joint à l'adresse de l'OAI copie des rapports établis par les spécialistes ayant examiné ou pris en charge l'assurée dès 2004, à savoir :

- un rapport du 8 décembre 2004 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgien de la main au sein de la Clinique W.\_\_\_\_\_, lequel a fait état d'un « status pratiquement normal » ;
- un rapport du 4 janvier 2005 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ancienne chef de clinique auprès du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, laquelle relate un examen clinique et électrophysiologique normal ;
- un rapport du 8 février 2005 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, relevant la « bénignité [d'une] élévation tensionnelle » ;
- un rapport de la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin inspectrice du travail, établi le 20 avril 2005, faisant mention d'un examen clinique sans particularités ;
- le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ susmentionné, daté du 7 juin 2005, déjà connu de l'administration ;
- un rapport d'imagerie médicale du 13 février 2006, relevant de « discrets troubles statiques » et une « petite instabilité de C4 sur C5 » ;
- les rapports des 28 juillet 2006 et 29 septembre 2006, établis par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire auprès de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, se prononçant sur des radiographies de la colonne lombo-sacrée,

respectivement mettant en exergue une lithiase rénale gauche et un kyste ovarien gauche.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a également fourni un rapport initial à l'attention de l'OAI le 9 octobre 2006, reprenant les diagnostics précédemment observés et prononçant une incapacité de travail totale et définitive dès le 21 octobre 2004. Il a précisé que les différentes pathologies de sa patiente restreignaient les positions statiques à un maximum d'une demi-heure et excluaient toute réinsertion professionnelle dans l'activité habituelle d'informaticienne. Il a préconisé une activité permettant un très fréquent changement de position, telle qu'une activité de réception et de secrétariat sans travaux à l'ordinateur, à hauteur de 50% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

En date du 18 mai 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et homéopathe, a communiqué son rapport initial, reprenant pour l'essentiel les diagnostics évoqués par ses confrères, tels que rapportés supra, et confirmé une incapacité totale et définitive de travail depuis le 21 octobre 2004.

Fondé sur l'ensemble de ces éléments médicaux, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a considéré, dans une note manuscrite du 11 juin 2007 que « [...] les affections rapportées [n'entraînaient] aucune incapacité de travail à la charge de l'AI. »

**B.** L'OAI a dès lors adressé un projet de décision à l'assurée le 19 juillet 2007, lui niant le droit à des prestations AI, du fait qu'elle ne présentait pas de maladie invalidante, le trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffrait ne remplissant pas les critères jurisprudentiels déterminants pour avoir valeur d'invalidité.

L'assurée a communiqué son objection audit projet dans un courrier du 30 août 2007, où elle a souligné l'amélioration progressive de

son état de santé, du fait des traitements interdisciplinaires dont elle bénéficiait. Elle a contesté le qualificatif de « persistant » utilisé par l'OAI à l'égard de sa symptomatologie et enjoint ce dernier à requérir de nouveaux renseignements auprès du Dr. A.\_\_\_\_\_.

Le mandataire de l'intéressée, Me Bruno Kaufmann, a complété l'écriture ci-dessus le 23 mars 2009, après avoir bénéficié de plusieurs délais de la part de l'OAI, et fait valoir que le dossier de sa mandante était incomplet sur les aspects tant médical que professionnel. Il a rappelé qu'une expertise psychiatrique s'imposait dans l'hypothèse d'une fibromyalgie et considéré que des examens « sur le plan neuropsychologique », ainsi qu'au sein d'une « clinique spécialisée en sophrologie », étaient indispensables en l'espèce. Il a par ailleurs expressément requis la réorientation professionnelle de sa cliente. Enfin, il a joint à son écriture un tirage du rapport établi le 22 décembre 2008 par le Dr N.\_\_\_\_\_. Ce dernier y a retenu les diagnostics suivants :

- syndrome cervical en décours sur troubles statiques et dégénératifs (discarthrose C5-C6) avec tendomyose cervico-scapulaire et DIM C3-C4 D et C4-C5 G ;
- troubles statiques du rachis avec hypercyphose dorsale haute et spondylose et hyperlordose L5-S1 (inégalité de longueur des MI + 4mm à D) ;
- syndrome d'hypermobilité ;
- syndrome myofacial du MSD en décours ;
- kyste ovarien G.

Il a conclu son rapport en ces termes :

« [...] On retiendra toujours chez cette patiente des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis accompagnés de troubles fonctionnels étagés avec DIM et trigger points de la ceinture scapulaire. Comme facteurs de risques, on note un syndrome d'hypermobilité mais la tendance à la fibromyalgie a nettement régressé.

[...] Il est clair que le but ultime serait dans un 2<sup>ème</sup> temps de remettre cette patiente au travail de manière progressive avec l'aide de l'Al. »

A également été versé au dossier de l'OAI un nouveau rapport d'imagerie médicale de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, où le Dr R.\_\_\_\_\_ a conclu le 20 novembre 2008 que « le status radiologique [était] pratiquement inchangé par rapport au dernier contrôle du 14 novembre 2007, les lésions dégénératives prédominant au niveau dorsal supérieur et au niveau C5-C6 à l'étage cervical. »

**C.** Après nouvelle étude du cas, le SMR a proposé de procéder à un examen bidisciplinaire, soit rhumatologique et psychiatrique, de l'assurée, lequel a été effectué le 21 juillet 2009 par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine interne et rhumatologie et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du SMR.

A l'issue d'une anamnèse personnelle, professionnelle, somatique et psychiatrique, ainsi qu'après examen minutieux de l'assurée, ces médecins ont retenu le diagnostic de « status après repetitive strain injury syndrom du membre supérieur droit dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité articulaire (M 25.2) » comme seul susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'intéressée, au terme de leur rapport rédigé le 13 août 2009. Ils ont précisé que des « rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis (M.54) » restaient sans incidence sur ladite capacité, mettant au demeurant en exergue l'absence de tout diagnostic du registre psychiatrique.

Ils ont communiqué leur appréciation en ces termes :

« [...] Au status actuel, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est satisfaisante. La mobilité cervicale est également satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Il existe même un syndrome d'hypermobilité articulaire avec présence de 6 critères de Beighton sur 9. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Actuellement, on ne note aucune

douleur à la palpation des masses musculaires des 4 membres ou des points typiques de la fibromyalgie. On ne peut donc pas poser le diagnostic de fibromyalgie, ni celui de syndrome myofascial du membre supérieur D, en tout cas actuellement.

Le status neurologique est par ailleurs [sans particularités], mis à part une hypoesthésie de la face externe de la cuisse D.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés et retenons notamment le diagnostic de status après *repetitive strain injury syndrom* dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité articulaire. Actuellement, nous ne notons aucun signe de syndrome myofascial du membre supérieur D ou de *repetitive strain injury syndrom*, mais l'assurée est au repos depuis plusieurs années.

Au début de la symptomatologie, le Dr N. \_\_\_\_\_ avait pu cependant noter la présence d'un syndrome myofascial D que nous préférons cependant appeler *repetitive strain injury syndrom*, vu que le syndrome douloureux du membre supérieur D présenté par l'assurée a été favorisé par son travail répétitif à l'ordinateur. Il faut relever que le syndrome d'hypermobilité articulaire a probablement également favorisé la survenue de ce syndrome.

Si, actuellement, l'assurée ne présente pas de syndrome myofascial du membre supérieur D ou de *repetitive strain injury syndrom* du membre supérieur D, on peut cependant craindre qu'un tel syndrome ne réapparaisse à la reprise d'un travail répétitif du membre supérieur D.

Dans cette situation, nous définissons des limitations fonctionnelles pour le membre supérieur D qui contre-indiquent la reprise d'un travail répétitif avec le membre supérieur D. Par contre, les troubles statiques et dégénératifs du rachis étant modérés, nous ne définissons pas de limitations fonctionnelles pour le rachis. Ainsi, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie du membre supérieur D, la capacité de travail est complète. Nous nous éloignons ainsi de l'évaluation faite par le Dr N. \_\_\_\_\_, qui atteste une incapacité de travail de 50%, même dans une activité adaptée, sans cependant donner de raisons biomécaniques valables. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique valable pour considérer qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire ne peut être effectuée à temps complet.

**L'anamnèse psychiatrique** ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensée à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas constatés.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis du Trouble Somatoforme Douloureux, dont le syndrome myofascial est un équivalent, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée. D'après la description donnée par l'assurée elle-même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas réunis.

**Les limitations fonctionnelles**

Membre supérieur D pas de mouvement répétitif, pas de déploiement de force et notamment pas de port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur D. [...] »

Sur la base de ces éléments, les spécialistes du SMR ont considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler comme employée de commerce sur ordinateur ou informaticienne, mais qu'elle était en revanche dotée d'une pleine capacité de travail depuis le 21 octobre 2004, dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles décrites.

**D.** Partant, l'OAI a décidé d'octroyer des mesures d'ordre professionnel à l'assurée, à savoir une orientation professionnelle sous forme d'un bilan de compétences auprès du Bureau O. \_\_\_\_\_ à [...] du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 28 février 2010, selon communication du 9 décembre 2009.

Ce prestataire a observé, dans son rapport du 17 février 2010, que l'assurée était dotée de compétences exploitables dans le domaine administratif, vu ses connaissances du notariat, ses capacités d'organisation et de gestion de l'information. Il a conclu au potentiel bénéfique d'un stage permettant une mise en situation professionnelle concrète. L'assurée a toutefois manifesté sa réticence face à cette démarche, se déclarant en revanche prête à poursuivre des cours de langues, ce d'entente avec l'OAI.

Par communication du 25 mars 2010, elle s'est ainsi vu octroyer des cours privés d'anglais et d'allemand du 19 mars 2010 au 11 juin 2010 à hauteur de quatre heures par semaine auprès de Y. \_\_\_\_\_ à [...].

L'assurée a toutefois contacté l'OAI le 12 avril 2010, faisant part de ses difficultés à suivre les deux cours en parallèle et de son souhait de ne suivre que les cours d'allemand. Un courrier du Dr A. \_\_\_\_\_, confirmant le bien-fondé médical des intentions de sa patiente, a été adressé à l'OAI en date du 16 avril 2010.

Par avis des 20 avril 2010 et 30 août 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a maintenu l'exigibilité d'un temps de travail de 100% en l'absence d'élément médical nouveau.

**E.** Le Dr A.\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'OAI le 21 septembre 2010, où il a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie probable, de syndrome myofascial et de troubles statiques vertébraux, soulignant que l'assurée était « une patiente polyalgique qui [faisait] beaucoup de traitements de physiothérapie, subjectivement avec une amélioration. Objectivement la situation [était] sensiblement la même qu'en 2006 ». Il a en outre annexé les rapports de ses confrères, soit :

- un rapport d'imagerie médicale du 31 août 2007, relatif au kyste ovarien gauche ;
- les rapports du Dr R.\_\_\_\_\_ des 16 novembre 2007, 25 avril 2008 et 20 novembre 2008, déjà cités (let. A et B ci-dessus) et connus de l'administration, ainsi que celui établi par ce spécialiste le 9 juillet 2010, faisant état d'un « début de discopathie au niveau C5-C6 » et d'une « arthrose postérieure modérée au niveau C2-C3 » en sus d'une « légère scoliose en S de la colonne cervico-dorsale » ;
- le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2008, déjà cité (let. B ci-dessus) et connu de l'administration ;
- un rapport du Dr AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique auprès du Centre médical BB.\_\_\_\_\_, daté du 10 novembre 2008, préconisant une prise en charge stationnaire avec approche interdisciplinaire (physiothérapeutique, ergothérapeutique et psychologique) ;
- un rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste spécialisé en médecine manuelle, du 9 décembre 2008, préconisant un traitement manuel et myofascial des « trigger points »

découverts dans les « trapèzes supérieurs et inférieurs, ainsi qu'au niveau du sous-épineux gauche ».

**F.** En l'absence d'évolution de la situation médicale de l'assurée et vu son ambivalence à l'égard de la mise en œuvre d'un projet professionnel à 100%, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de son invalidité, fondé sur les conclusions médicales du SMR.

La conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI a retenu que sans invalidité, l'intéressée aurait vraisemblablement poursuivi une activité lucrative de web developer à plein temps auprès de L. \_\_\_\_\_ pour un revenu de 86'667 fr. en 2005 après actualisation des chiffres communiqués par cet employeur le 14 septembre 2006. S'agissant du revenu d'invalidé, elle a estimé que l'assurée pourrait exercer une activité à plein temps dans le domaine administratif, soit une activité de réceptionniste-téléphoniste avec peu de travail sur ordinateur, pour laquelle la Société suisse des employés de commerce (SSEC) recommandait en 2005 le versement d'un salaire annuel de 51'787 fr. Après comparaison des deux revenus précités, l'OAI a mis à jour une perte de gain de 40%, soit  $(86'667 \text{ fr.} - 51'787 \text{ fr.}) \times 100 / 86'667 \text{ fr.} = 40,26\%$ , arrondi à 40%.

Partant, un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 19 juillet 2007, a été établi le 12 octobre 2010, aux termes duquel l'assurée s'est vu reconnaître un degré d'invalidité de 40% ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005. L'assurée, par le biais de son mandataire, a alors requis de l'OAI la transmission des pièces ajoutées à son dossier depuis sa dernière consultation en novembre 2008. L'avocat de l'assurée n'a cependant pas formulé d'objections ultérieures. Les décisions correspondant au projet précitée n'ont été émises par l'intermédiaire de la Caisse cantonale vaudoise de compensation que les 31 janvier 2013 et 11 avril 2013, faute de collaboration de l'assurée consécutivement aux demandes de renseignements de ladite caisse.

**G.** Par acte de son mandataire du 6 mars 2013, l'assurée a déféré la décision du 31 janvier 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, requérant préalablement la conduite de débats publics et concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de son dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a souligné que les répercussions de ses nombreuses atteintes à la santé physique sur sa capacité de travail résiduelle n'auraient pas été correctement évaluées par le SMR, dont les avis seraient au demeurant contradictoires et tendancieux. En outre, le caractère invalidant de la fibromyalgie n'aurait pas été examiné, alors que cette affection - qui serait favorisée par une prédisposition génétique - justifierait des investigations supplémentaires. Partant, une expertise pluridisciplinaire s'imposerait afin que soit évaluée la capacité de travail de l'assurée en fonction de chacune de ses atteintes à la santé séparément. Sur le plan professionnel, l'OAI devrait procéder à des mesures de réinsertion professionnelle adéquates, au contraire des cours de langue mis en œuvre précédemment. Du point de vue économique, la recourante s'est étonnée de la précision du taux d'invalidité mis à jour par l'OAI, soit 40%, craignant que ce résultat n'eût été envisagé dès la reprise d'instruction de son dossier. Elle a considéré que l'activité de réceptionniste-téléphoniste sans travail sur ordinateur, jugée adaptée par l'OAI, n'existait pas et serait de toute façon inadéquate au vu de son état de santé global. Quant à la comparaison des gains effectuée, elle a souligné ne pas avoir exercé l'activité de web developer auprès de L.\_\_\_\_\_ et a reproché à l'OAI d'avoir fixé le revenu d'invalidité sur la base de données statistiques, compte tenu d'une exigibilité à plein temps, formellement contestée, tandis que le revenu sans invalidité serait dérisoirement bas, soit celui d'une personne en cours de formation complémentaire.

Dans sa réponse du 4 juin 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, se bornant à mettre en exergue les conclusions du rapport d'examen SMR du 19 août 2009 et l'activité adaptée prise en compte par son service de réadaptation professionnelle.

Invitée à répliquer, la recourante ne s'est pas déterminée malgré deux requêtes de prolongation du délai initialement imparti.

Vu la requête de débats publics formulée dans l'acte de recours, une audience, appointée par la Cour de céans, a eu lieu le 17 juin 2014. Le mandataire de la recourante a plaidé en sa faveur. Il a insisté en premier lieu sur la notion de fibromyalgie, devant être distinguée de celle de trouble somatoforme douloureux au regard de récentes études, et en second lieu sur la teneur de l'examen psychiatrique au SMR, évoquant un état de stress post-traumatique suite à mobbing sur le lieu de travail. Il a constaté l'absence de réinsertion professionnelle mise en œuvre par l'intimé et sollicité à titre subsidiaire une instruction médicale approfondie par des spécialistes. Il a persisté au surplus dans sa conclusion principale tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

Les déclarations de la recourante ont été consignées comme suit dans le procès-verbal corrélatif :

« En 2001, j'ai réduit mon temps de travail pour pouvoir faire une formation de web developer à Lausanne avec des cours en journée pendant trois mois les jeudis et vendredis. Ensuite, vu que cette formation à Lausanne n'était pas suffisante, j'ai cherché et trouvé des cours du soir à Genève pendant une année. J'ai financé moi-même ces formations et acquis une indépendance dans la programmation avec base de données. Le mobbing que j'ai vécu à ma place de travail a commencé pendant ma formation. Vu que je ne travaillais que trois jours, j'ai supporté cette situation. Par la suite, je suis tombée en incapacité de travail ne pouvant plus exercer avec mon bras la tâche que l'on m'avait confiée. Actuellement, je suis suivie par un ostéopathe sur recommandation du Dr T.\_\_\_\_\_ et du Dr N.\_\_\_\_\_ (désormais retraité). Mon médecin traitant généraliste est toujours le Dr A.\_\_\_\_\_. »

A la question relative à son état de santé actuel, la recourante a déclaré ne pas être guérie et toujours avoir des problèmes avec les bras, ne pas pouvoir porter des charges de plus d'un kilo et demi de manière répétitive.

Elle a déclaré également n'utiliser l'ordinateur que pour envoyer des messages, « sur des petites demi-heures par jour et encore... »

A la question de l'exercice d'une activité, la recourante a indiqué avoir envisagé de pratiquer les langues, mais cela n'a pas été possible à cause de l'usage de l'ordinateur et de l'écrit. Elle aurait souhaité pratiquer oralement en atelier, par exemple. Les professeurs ne voulaient pas en entendre parler.

Sur question, la recourante a confirmé ne pas avoir consulté de psychiatre, faute d'en avoir ressenti le besoin.

Elle a indiqué faire des petits trajets en voiture, mais un déplacement jusqu'à Lausanne n'était pas agréable et ne pouvait être que ponctuel.

**H.** L'assurée avait requis le bénéfice de l'assistance judiciaire aux termes de son recours, tout en annonçant produire ultérieurement les pièces justificatives de son budget. Elle a finalement acquitté l'avance de frais et, à l'occasion de l'audience du 17 juin 2014, retiré formellement sa requête d'assistance judiciaire.

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

### **1.**

1.1 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

1.3 Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let, b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

1.4 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, *L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral*, in *Mélanges en l'honneur de Pierre Moor*, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, *op. cit.*, p. 443 ss.).

Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie des rentes d'invalidité, il règle de ce fait un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente comprenant le calcul de la prestation corrélative. Il n'en demeure pas moins que c'est le droit à la rente qui forme l'objet du litige dans cette situation.

Si l'assuré ne conteste dans son recours que certains aspects d'un tel prononcé, cela ne signifie pas pour autant que les autres éléments non contestés acquièrent force de chose jugée et sont soustraits à l'examen du juge (ATF 122 V 351 consid. 4).

En l'espèce, dans le projet de décision du 12 octobre 2010, l'intimé a annoncé à l'assurée son intention de lui verser un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005, fondé sur un taux d'invalidité de 40%. L'OAI a toutefois rendu deux décisions séparées pour allouer cette prestation à l'assurée, soit une décision du 31 janvier 2013 octroyant un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2013 et une décision du 11 avril 2013 octroyant un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 janvier 2013. L'assurée n'a formellement recouru que contre la première de ces décisions.

Il convient néanmoins d'admettre que l'OAI ne pouvait pas statuer, dans la première décision du 31 janvier 2013, sur le droit à la rente pour la période dès le 1<sup>er</sup> février 2013 sans avoir préalablement fixé le droit aux prestations pour la période antérieure. Le fait qu'il n'ait formellement statué sur ce droit, pour la période courant du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 janvier 2013, que le 11 avril 2013 ne constitue qu'une circonstance liée au délai de calcul des montants concrètement versés à titre rétroactif. Il n'en demeure pas moins que l'intimé était au clair, lorsqu'il a alloué un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2013, sur le fait qu'il servirait une même prestation pour la période antérieure, en l'absence de toute modification des circonstances justifiant l'octroi de prestations différentes. Cela ressort d'ailleurs du projet de décision communiqué à l'assurée le 12 octobre 2010. Dans ces circonstances, l'absence de recours formel contre la décision du 11 avril 2013 ne dispense pas le tribunal d'examiner le droit aux prestations pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> février 2013, étant toutefois admis, en l'absence de grief soulevé par la recourante, que le tribunal peut limiter son examen aux aspects qui

paraissent poser clairement problème au regard du dossier et des allégations des parties.

En revanche, la Cour de céans ne saurait se prononcer sur les conclusions de la recourante en ce qu'elle sollicite un « examen complémentaire » des mesures de réadaptation, les décisions des 31 janvier 2013 et 11 avril 2013 ne statuant pas sur ces prestations.

**2.** Est litigieux le taux d'invalidité de la recourante, fixé à 40% par l'intimé des suites de la comparaison des revenus, singulièrement la capacité de travail de 100% qui a été admise médicalement dans une activité adaptée, ainsi que les revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI.

Il y a lieu préalablement d'observer que l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, qui prévoit le versement de la rente au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations n'est pas applicable en l'espèce (cf. ATF 138 V 475 ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4 et références citées), puisque le délai d'attente a commencé in casu à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, soit dès le 21 octobre 2004 (date du début de l'incapacité de travail de longue durée). Vu que la recourante a formulé sa demande de prestations AI en août 2006, l'intimé a donc à bon droit procédé au versement du quart de rente querellé à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2005, conformément à la situation juridique prévalant avant l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision AI au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (cf. art. 48 al. 2 aLAI).

**3.**

3.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.2 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en 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). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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).

3.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état

psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon cette jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 139 V 547 consid. 9). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et

l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

3.4 En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI formulée par la recourante, l'OAI a sollicité les rapports circonstanciés de ses médecins traitants, les Drs A.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, lesquels ont produit également les résultats des examens conduits par les différents spécialistes consultés par l'assurée.

Il ressort de ces documents que les principaux diagnostics posés, susceptibles de justifier une incapacité de travail dans l'activité habituelle, sont ceux de syndrome cervical sur discrets troubles dégénératifs, troubles statiques du rachis, syndrome d'hypermobilité et syndrome myofascial du membre supérieur droit, les problématiques rénale et ovarienne restant sans incidence sur ladite capacité.

Par ailleurs, au vu de l'importante symptomatologie douloureuse alléguée par la recourante, sans substrat organique mis à jour par les différentes analyses et examens, les praticiens précités ont envisagé le diagnostic de fibromyalgie pour justifier l'ensemble des plaintes formulées par leur patiente.

La recourante fait de plus valoir que la fibromyalgie serait due à une prédisposition génétique et que, contrairement à l'avis du Tribunal fédéral (ATF 132 V 65 ; 139 V 547 consid. 2.2 et 6-9), on ne pourrait pas y appliquer les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'en apprécier le caractère invalidant.

Dans ce contexte, force est de constater que le rapport d'examen établi le 19 août 2009 par les spécialistes du SMR prend en considération la totalité des plaintes et des atteintes à la santé évoquées par les médecins traitants susmentionnés.

Ce rapport, établi à l'issue d'une analyse fouillée des pièces du dossier et après auscultation de la recourante, remplit les conditions posées par la jurisprudence fédérale rappelée supra (consid. 3.2) pour se voir accorder pleine valeur probante, dans la mesure où les médecins du SMR ont exposé de manière détaillée les raisons les conduisant à écarter ces diagnostics au profit d'un « status après repetitive strain injury syndrom du membre supérieur droit dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité articulaire ». Tout en discutant les points litigieux, ce document fait état de conclusions convaincantes eu égard aux observations cliniques consignées par les spécialistes.

L'on relèvera au surplus que le Dr A.\_\_\_\_\_, sollicité une nouvelle fois par l'OAI, a lui-même observé à l'issue du rapport intermédiaire du 21 septembre 2010 que l'état de santé de sa patiente était strictement superposable à celui investigué en 2006.

En outre, il convient de noter que la recourante n'a produit aucun document médical nouveau qui ferait état d'une symptomatologie ou de diagnostics inconnus de l'administration à ce stade de la procédure, ce en dépit des délais sollicités à cette fin. De même, il faut remarquer que la recourante, qui a consulté différents spécialistes et produit les documents établis par ces derniers - alors qu'ils lui étaient favorables - n'a au demeurant jamais cité le nom d'un psychiatre, ni produit quelconque document émanant d'un tel spécialiste. Lors des débats publics, elle a finalement confirmé ne jamais avoir consulté de psychiatre, ni en avoir ressenti le besoin ; elle n'a par ailleurs, pas fait grief aux experts du SMR de ne pas avoir retenu d'atteinte psychique. Elle n'a pas davantage fait valoir une détérioration de son état de santé depuis l'examen réalisé par les médecins du SMR en 2009. Personnellement, elle

a prioritairement insisté sur ses problèmes aux membres supérieurs qui l'empêchaient d'utiliser régulièrement et pendant plus d'une demi-heure le clavier d'ordinateur ou de porter des charges de plus d'un kilo et demi.

De ce fait, l'on ne saurait donner suite à sa requête d'instruction médicale complémentaire, en l'absence de tout point à élucider ou à investiguer qui n'aurait pas fait l'objet d'une analyse spécifique de la part de l'intimé avant de rendre la décision litigieuse. Le rapport d'examen du SMR du 13 août 2009 ne laisse en effet subsister aucun doute qui légitimerait une telle mesure d'instruction.

3.5 S'agissant en particulier du diagnostic de fibromyalgie évoqué à répétées reprises dans le cas de la recourante, l'on ne peut que constater que l'examen clinique conduit par le SMR le 21 juillet 2009 - comprenant un volet psychiatrique en sus de l'aspect rhumatologique - ne met en évidence aucune pathologie du registre psychique. Il s'ensuit à l'évidence qu'aucune comorbidité psychiatrique grave, telle qu'imposée par la jurisprudence fédérale citée supra pour accorder une valeur d'invalidité à la symptomatologie douloureuse, ne peut être retenue. En outre, ainsi qu'il ressort du descriptif de vie quotidienne communiqué par l'assurée elle-même, l'on ne saurait prendre en considération un quelconque retrait social ou l'échec des traitements accomplis dans les règles de l'art, la recourante soulignant d'ailleurs les bienfaits des diverses mesures thérapeutiques préconisées par ses médecins. Partant, il ne fait pas de doute que le diagnostic de fibromyalgie évoqué in casu ne réunit pas les conditions jurisprudentielles pour être qualifié d'invalidant. Aussi, l'on ne voit pas qu'une expertise psychiatrique ou pluridisciplinaire, telle que requise par la recourante au titre d'instruction complémentaire, parvienne à un éclairage nouveau ou différent de cette problématique.

En définitive, il convient de retenir les diagnostics et conclusions communiqués par le SMR, à l'instar de l'intimé, ainsi que son appréciation de la capacité de travail de la recourante, soit 100% dans une activité évitant les mouvements répétitifs, les travaux de force et le port

de lourdes charges avec le membre supérieur droit depuis le 21 octobre 2004.

#### 4.

4.1 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Aux termes de l'art. 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

En ce qui concerne le point de départ du droit à la rente, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et au terme de cette année être invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126; cf. ch. 2010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

4.2 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la

manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1) Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V consid. 5.1.2 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2.). C'est pourquoi par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait par contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser - au degré de la vraisemblance prépondérante - s'il n'était pas devenu invalide. Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS] ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246).

4.3 Le revenu d'invalide 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. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, la mesure dans laquelle le salaire ressortant des statistiques doit être réduit dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

4.4 En l'espèce, l'année déterminante pour procéder à la comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGa, est celle du début du droit à la rente, soit 2005, vu que la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans son activité habituelle sans interruption depuis le 21 octobre 2004.

S'agissant préalablement du statut de l'assurée, l'on notera qu'elle a exercé une activité lucrative à plein temps auprès de L. \_\_\_\_\_ dans le domaine informatique depuis le 1<sup>er</sup> juin 1993. Son temps de travail a toutefois été réduit dès l'année 2001, au vu des montants inscrits sur le

compte individuel tenu par la Caisse de compensation L.\_\_\_\_\_. Selon les allégations de la recourante, au demeurant non corroborées expressément par le rapport de l'employeur du 14 septembre 2006, son temps de travail aurait été limité à 60% afin de mener à bien une formation de web developer, débutée en 2002. L'on peut toutefois considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée aurait effectivement revêtu un statut d'active à plein temps du fait de son état civil et de son parcours professionnel global.

En revanche, rien n'indique qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle aurait recherché une activité auprès d'un employeur tiers, ce même au terme de sa formation en juillet 2004. Selon le rapport du 14 septembre 2006, L.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée occuperait un poste de web developer et qu'elle réaliserait un salaire mensuel de 4'000 fr. pour un taux d'activité de 60%, soit 25,12 heures par semaines. Ce montant, majoré pour représenter un salaire à 100%, peut ainsi être retenu au titre de revenu hypothétique sans invalidité, ainsi que l'a d'ailleurs pris en compte l'intimé dans son évaluation théorique du 5 octobre 2010. Le montant annuel de 86'667 fr., soit  $4'000 \text{ fr} \times 13 \times 100 / 60$ , ne prête donc pas flanc à la critique. Au demeurant, s'il s'agissait de s'écarter de ces données concrètes selon la jurisprudence fédérale citée supra, l'on devrait tenir compte d'un salaire statistique tel que ressortant des données publiées par l'OFS. En l'occurrence, le salaire de référence auquel pourrait prétendre une femme dotée de connaissances techniques spécialisées dans le domaine de l'organisation et la programmation informatique, pour un poste du secteur privé et public, serait en 2004 de 6'188 fr (ESS 2004, TA7, ligne 29, niveau de qualification 3). Majoré à 41,7 heures pour tenir compte de l'horaire usuel de travail dans les entreprises en 2005 (cf. OFS / La Vie économique, n° 1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu hypothétique mensuel serait de 6'451 fr., soit un salaire annuel de 77'412 fr. Après actualisation à l'année 2005 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux, soit 0.2386, (cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3), l'on obtient un revenu hypothétique sans invalidité déterminant de 78'265 fr. Ce montant s'avérant défavorable à la recourante, l'on

retiendra à l'instar de l'intimé la somme de 86'667 fr., obtenue sur la base du rapport de l'employeur du 14 septembre 2006.

A l'occasion des débats publics, la recourante a évoqué un salaire de personne valide de 10'000 fr. à 12'000 fr. par mois actuellement ou de plus de 100'000 fr. par année en 2005. Cela ne correspond toutefois pas à sa situation professionnelle effective, car elle ne dispose pas d'une formation universitaire de base dans le domaine informatique. Elle est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de secrétariat suite à un apprentissage auprès d'une étude de notaires. Elle a acquis un diplôme de web developer par le biais d'une formation en cours du soir pendant une année.

4.5 Quant au revenu d'invalidé, en l'absence de revenu effectivement réalisé, l'on ne saurait se fonder sur les données fournies par la Société suisse des employés de commerce (SSEC), comme l'a fait l'intimé, mais bien plutôt sur les statistiques salariales préconisées par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2004, soit 3'893 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2004, 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 2005 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'058 fr. fr (3'893 fr. x 41,7 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 48'701 fr., contre 51'787 fr. retenu par l'OAI.

La recourante étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 21 octobre 2004, son salaire d'invalidé s'élèverait à 49'238 fr. après actualisation à l'année 2005 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3). Il se justifie en outre de procéder au maximum à une réduction de 10% pour tenir compte du fait que seule une activité légère reste à sa portée et de ses nombreuses

années de services auprès d'un même employeur (cf. supra consid. 4.3 in fine). Déduction faite, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève ainsi à 44'314 fr.

4.6 L'incapacité de gain se monte en définitive au maximum à 48,9% ([86'667 fr. - 49'238 fr.] x 100 / 86'667 fr.), arrondi à 49% (ATF 130 V 121 consid. 3.2) ouvrant de facto le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005.

**5.** Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est entré en matière, et les décisions attaquées confirmées.

Il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur le droit à des mesures professionnelles. L'OAI en avait proposé à la recourante (cf. ci-dessus let. D) et n'a pas rendu de décision de refus à ce sujet qui ferait l'objet de la présente procédure. Par ailleurs, contrairement à ce que laisse entendre le mandataire de l'assurée, c'était bien cette dernière qui avait préféré suivre des cours de langues en lieu et place d'autres mesures.

**6.**

6.1 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires à charge de la recourante sont arrêtés à 400 fr.

6.2 Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).



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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** Les décisions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud des 31 janvier 2013 et 11 avril 2013 sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents 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 Bruno Kaufmann à Fribourg (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :