

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 mars 2015

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Berberat et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat  
à Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 17 et 28 LAI ; 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1959, sans formation professionnelle, a déposé le 4 juin 2012 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant une arthrose déformante aux mains, des douleurs et fourmillements aux bras et aux mains.

Dans un rapport du 18 juin 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'arthrose des mains et le diagnostic sans influence sur la capacité de travail d'état dépressif, ces atteintes existant depuis 2008. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait une déformation majeure des mains et émis un pronostic défavorable. Il a ajouté que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de nettoyeuse depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010, et qu'il ne pouvait être attendu une reprise de l'activité professionnelle respectivement une amélioration de la capacité de travail. Concernant les limitations fonctionnelles, il a mentionné dans l'annexe au rapport la position à genoux, les montées sur une échelle et le port de charges supérieures à 10 kg.

Un entretien faisant office d'orientation professionnelle en vue de déterminer les possibilités de réinsertion de l'assurée s'est déroulé le 16 juillet 2012 à l'OAI. Du rapport initial établi le 27 juillet suivant résultait notamment que l'assurée avait fait des petits mandats à temps partiel dans le secteur du nettoyage, le dernier s'étant déroulé d'avril à juillet 2011, qu'elle aimait boire son verre de rosé sans pour autant se déclarer alcoolique, qu'elle avait des dettes se montant à 60'000 fr. et était soutenue par le service social depuis environ deux ans. Sous « Observations », il était noté que l'assurée semblait être dépressive, très éloignée de la vie professionnelle, qu'elle souffrait de ses mains dont on voyait certaines déformations dues à l'arthrose déformante et qu'elle avait

eu une vie difficile, rencontrant des soucis avec le service de protection de la jeunesse et son fils.

Dans le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » compété le 28 novembre 2012, l'assurée a précisé qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait comme femme de ménage à 100%, depuis toujours, par nécessité financière.

Sur requête du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont été mandatés aux fins de réaliser une expertise bidisciplinaire (divisée en deux expertises monodisciplinaires).

**a)** L'expertise rhumatologique a été réalisée le 15 novembre 2012. Outre l'examen clinique du Dr Q.\_\_\_\_\_, il a été procédé à des radiographies des mains de face et profil, dont le résultat était le suivant :

« Pincement modéré radio-carpiens et carpo-métacarpiens surtout des 1<sup>ers</sup> rayons.

Pincement des articulations métacarpo-phalangiennes du 1<sup>er</sup> rayon et des articulations interphalangiennes distales du II, III, V à droite, II, IV et V à gauche avec ostéophytose marginale dans le cadre de lésions dégénératives.

Pas d'érosion osseuse.

Pas de calcification à la hauteur des ligaments triangulaires. »

Il a en outre été demandé l'avis d'un spécialiste en neurologie, le Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel a examiné l'assurée le 18 janvier 2013. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée se plaignait de paresthésies des membres supérieurs assez globales, c'est-à-dire prenant l'entièreté de l'avant-bras et des mains, particulièrement la nuit, éveillantes. Au cours de la journée, elle ne semblait pas avoir de gêne particulière dans les activités de tous les jours, mais elle se disait quelque peu maladroite. L'électroneuromyogramme (ENMG) a mis en évidence un allongement de la latence motrice sans diminution significative de la vitesse de conduction intracanalair, critère le plus sensible à la compression du nerf médian. S'agissant des extrémités très froides, il apparaissait un ralentissement

général des vitesses de conduction sensibles qui restaient néanmoins toutes d'amplitude normale. Dans son appréciation du cas, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a évoqué une situation difficile avec une incohérence marquée entre certaines parties du status. L'expertisée signalait avoir une sensibilité de 200 g au niveau des doigts (norme 0.2 g et moins) qui, en principe, s'accompagnait d'une impossibilité de manipulation par anesthésie des mains, alors que le neurologue a constaté qu'elle n'avait strictement aucun problème lorsqu'elle s'habillait. De même, les potentiels sensitifs au niveau des mains étaient beaucoup trop amples pour correspondre à une telle perte de sensibilité. Il apparaissait une dissociation marquée entre une pallesthésie effondrée aux membres inférieurs et des troubles de l'équilibre très modérés, inconstants et incohérents (épreuve de Romberg instable mais marche sur une ligne parfaitement stable). De plus, le test de la sensibilité arthrocinétique donnait des résultats à l'envers de ce qui était fait de façon continue, ce qui les rendait peu stables. Dans ce contexte, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne se voyait pas poser de diagnostic précis ni recommander une intervention chirurgicale.

Aux termes de son rapport rédigé le 11 mars 2013, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a retenu notamment ce qui suit :

« Main droite et gauche : Déformations (kystes et augmentation du cadre osseux) de toutes les IPP [articulations interphalangiennes proximales] et IPD [articulations interphalangiennes distales]. Distance pulpe-paume de 0.5 cm. Déformation de la 1<sup>ère</sup> MCP (ddc) avec déviation du pouce vers l'intérieur de la main.  
Présence d'une maladie de Dupuytren au niveau des tendons des 4<sup>èmes</sup> doigts des deux mains.  
Hypotrophie du Thénar au niveau des deux mains.  
Diminution de la force de préhension des deux mains.  
*Calcul de la force avec l'appareil de Jamar : 30 à droite et 20 à gauche (norme : 66 à droite et 57 à gauche) »*

L'expert a posé le diagnostic incapacitant d'arthrose sévère des IPD et rizarthrose des deux mains (M 19.0), en aggravation depuis 2010 sans que la date d'apparition puisse être donnée. Il a précisé que l'examen clinique et les radiographies demandées dans le cadre de l'expertise avaient confirmé la présence d'une arthrose sévère des pouces, des IPP et surtout des IPD des deux mains. L'assurée ne pouvait

fermer les mains, serrer des objets, ni faire de mouvements fins avec les pinces (pouce-index). Il a relevé que le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'avait pas retrouvé d'atteinte des nerfs médians et signalait une incohérence entre les plaintes et les résultats objectifs. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse était nulle dès le 1<sup>er</sup> mai 2010 ; elle était cependant totale, dès cette date, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas d'activité occasionnant un usage répété des mains et l'absence de gestes fins à effectuer avec les doigts. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables immédiatement.

**b)** Des entretiens cliniques de psychiatrie ont eu lieu les 18 décembre 2012, 3 et 15 janvier 2013, avant l'établissement du rapport d'expertise le 28 février 2013. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu les atteintes avec impact sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) évoluant progressivement depuis 2008 et de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, avec syndrome de dépendance primaire, actuellement en utilisation continue (F 10.25), dépendance éthylique depuis l'âge de 18 ans ; à titre de diagnostics n'affectant pas la capacité de travail étaient évoqués une accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés (Z 73.1), des antécédents d'épisodes dépressifs moyens, actuellement en rémission depuis au moins le début de l'année 2005 (F 33.4) et des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F 54).

Le Dr V. \_\_\_\_\_ a signalé des plaintes dans les activités de la vie quotidienne et du ménage, essentiellement d'un point de vue somatique, en lien avec une impossibilité à utiliser normalement ses mains ; l'assurée ne pouvait réaliser l'ensemble des tâches ménagères sans difficultés, notamment les tâches lourdes ou précises, nécessitant l'utilisation soutenue des mains, mais elle conservait toutefois une hygiène personnelle irréprochable. L'expert n'a pas retenu de limitations psychiatriques significatives en dehors des moments d'alcoolisation, durant une journée type, alors qu'elles étaient présentes en 2004

(ralentissement psychomoteur modéré). Il a exposé qu'il existait une anamnèse de consommation excessive d'alcool depuis l'âge de 18 ans, l'assurée décrivant boire « six à huit verres de rosé par jour », en plus d'autres types d'alcool ponctuellement. De l'examen psychométrique pour la consommation d'alcool et de l'anamnèse, l'expert a conclu à une dépendance éthylique primaire car préexistante aux troubles dépressifs et à l'installation des traits de personnalité émotionnellement labile, et affirmé que la consommation d'alcool avait interféré avec la santé psychique de l'intéressée. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué, eu égard à l'anamnèse, aux tests et mesures psychométriques réalisés, à l'examen clinique et au dossier médical de l'assurée, le diagnostic d'épisodes dépressifs moyens récurrents, actuellement en rémission, ayant évolué vers une dysthymie dès 2008, et précisé que le trouble thymique avait été largement favorisé par la dépendance éthylique primaire. Intégrant l'ensemble du tableau clinique au dossier asséculo-logique, au cas où un diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classées ailleurs serait retenu, l'expert a conclu à l'absence de facteurs jurisprudentiels remplis pour un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le tableau clinique se compliquait en outre avec une arthrose des mains, caractérisée par des déformations importantes, entraînant une difficulté progressive à utiliser les mains adéquatement depuis 2008.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr V.\_\_\_\_\_ s'est prononcé notamment comme suit :

« Le processus de guérison a été considérablement ralenti par l'absence d'un traitement antidépresseur et par l'absence d'un suivi psychothérapeutique centré sur la dépendance éthylique et sur les traits de la personnalité émotionnellement labile actuellement non décompensés.

La dépendance éthylique primaire, actuellement d'utilisation continue, limite également la capacité de travail de l'assurée qui ne peut pas travailler et se concentrer adéquatement lors des abus éthyliques qui sont quotidiens. Il existe une obligation asséculo-logique pour un sevrage éthylique total, étant donné qu'il [s']agit d'une dépendance éthylique primaire.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, la capacité de travail dans le dernier emploi d'un point de vue clinique purement

psychiatrique pourrait être considérée comme étant de 80% environ depuis 2008 jusqu'au présent.

Toutefois, tenant compte de l'absence d'un traitement antidépresseur pour la dysthymie, de l'absence d'un traitement psychothérapeutique hebdomadaire centré sur la dépendance éthylique, de la poursuite des abus éthyliques quotidiens dans le contexte d'une dépendance éthylique primaire, la capacité de travail médico-théorique peut être considérée comme étant de 100%, sans diminution de rendement, dans toute activité professionnelle adaptée au status somatique de l'assurée.

Le pronostic dépendra de la volonté de l'investiguée à s'inscrire dans un suivi psychiatrique hebdomadaire ciblant sa dépendance éthylique primaire, utilisation continue, la prise en charge des traits de personnalité émotionnellement labile et à suivre un traitement antidépresseur quotidien à des doses sanguines cliniquement efficaces durant 6 mois après la disparition somatique, pour diminuer le risque de rechute dépressive.

Nous proposons, après obtention d'un sevrage éthylique, l'introduction d'un traitement antidépresseur et d'un antalgique et anxiolytique de type Lyrica® (pregabalin), tenant compte des douleurs de l'assurée. Des analyses de sang devront vérifier régulièrement la compliance médicamenteuse au traitement antidépresseur.

L'opportunité d'une réadaptation professionnelle devra être réévaluée uniquement après la mise en place des mesures susmentionnées et stabilisation de l'état psychique, tout en tenant compte de la motivation de l'expertisée.

Nous proposons une réévaluation dans douze mois en fonction de l'évolution clinique, après l'obtention d'un sevrage éthylique et l'introduction d'un traitement antidépresseur.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL**

### **B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

- au plan physique

Selon l'anamnèse et le dossier médical en possession de l'expert, il existe des limitations fonctionnelles significatives somatiques essentiellement en lien avec l'arthrose des mains.

Toutefois, l'expert n'a pas réalisé d'examen clinique somatique et il ne peut pas se prononcer quant à cette question.

- au plan psychique et mental

Sur le plan psychique, nous ne retenons pas actuellement de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue purement psychiatrique, en dehors des abus éthyliques qui sont quotidiens et relativement importants.

Les capacités de concentration et intellectuelles ne sont pas altérées, selon les très bons résultats obtenus aux tests psychométriques et elles ne sont pas actuellement à l'origine de franches limitations sur le plan psychique et mental.

- au plan social

Il existe des limitations sur le plan social, en lien avec les traits de la personnalité émotionnellement labile, dans le sens d'une difficulté à maintenir adéquatement un lien affectif stable dans le temps au niveau professionnel, amical ou affectif. Toutefois, ces limitations ne sont pas porteuses de franches limitations pour exercer une activité lucrative dans le contexte de l'absence de décompensation des traits de la personnalité. Ces traits de personnalité ont accompagné l'assurée depuis plusieurs décades et ne l'ont pas empêchée à travailler dans le passé. »

**c)** Dans un rapport médical du 8 octobre 2013, le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions des experts. Singulièrement, il a retenu comme atteinte principale à la santé une arthrose des interphalangiennes et rizarthrose des deux mains ; les diagnostics posés par l'expert V. \_\_\_\_\_ étaient retenus à titre de facteurs associés n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité. L'activité de nettoyeuse n'était plus exigible depuis mai 2010 ; la capacité de travail était cependant de 100% dans toute activité ne nécessitant pas continuellement des gestes fins des doigts ou des ports de charges supérieurs à 5 kg, et ceci depuis toujours. En regard des dettes personnelles contractées par l'assurée, son syndrome de dépendance éthylique et sa tendance à exagérer les plaintes, le Dr T. \_\_\_\_\_ a considéré que les chances de la persuader de reprendre une activité professionnelle étaient minces et les mesures probablement vouées à l'échec.

Le 15 octobre 2013, dans le cadre d'un colloque pluridisciplinaire, le service de réadaptation de l'OAI a établi une note dont il résultait ce qui suit :

« Au vu des limitations, il n'existe probablement pas d'activités, mais à tester.  
→ AFIRO Yverdon sous 69 RAI (conditionnement) durée 1 mois  
Le COPAI n'a pas lieu d'être au vu des activités qui ne sont pas accessibles à l'assurée. »

Le 5 février 2014, le service de réadaptation a rédigé un rapport final, dont la partie « Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats » était rédigée en ces termes :

« Nous n'avons mis aucune mesure en place car nous évaluons qu'il est fort probable que notre assurée ne retrouvera pas un emploi dans le premier marché du travail. L'expertise psychiatrique met en lumière un syndrome de dépendance à l'alcool qui est fermement déclaré comme primaire et qui, de ce fait n'est pas du ressort de notre assurance.

Il ressort de l'avis SMR, qu'en regard des dettes personnelles contractées par notre assurée, son syndrome de dépendance à l'alcool et sa tendance à exagérer les plaintes, les chances de la persuader de reprendre une activité professionnelle sont minces et les mesures probablement vouées à l'échec.

Ayant fait un Assessment avec l'assurée, nous devons malheureusement nous aligner à ses conclusions.

Nous avons aussi évalué qu'il n'y a pas de mesure à mettre en place qui puisse réduire le préjudice économique. »

Le 3 avril 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations (reclassement et rente d'invalidité). Ce projet était libellé notamment comme suit :

**« Résultat de nos constatations :**

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010 (début de délai d'attente), vous présentez une diminution de votre capacité de travail.

Il ressort des pièces au dossier qu'à la fin du délai d'attente, soit le 1<sup>er</sup> mai 2011, vous présentez une totale incapacité de travail dans votre activité antérieure de nettoyeuse. Cependant, à cette date, une pleine capacité de travail est reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 5 kg, pas d'activité occasionnant un usage répété des mains et ne pas devoir faire des gestes fins avec les doigts), telle qu'une activité de vendeuse en boulangerie ou dans un petit magasin, vendeuse dans une station-service, agente de contrôle de qualité dans une chaîne de production, réception et service après-vente d'un grand magasin.

Dans ce contexte, il convient d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte à la santé.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'exerce pas l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui - comme c'est votre cas -, 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 (ESS), 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.

Dans la mesure où votre revenu annuel ne peut être déterminé avec précision du fait que vous n'avez pas exercé d'activité depuis des années, nous nous référons également aux données statistiques issues de l'ESS.

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu, selon la jurisprudence, de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêt du TFA du 23 septembre 2003, I 418/03 et référence citée).

L'éventuelle réduction doit tenir compte de certains 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'invalidité, 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 de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le degré d'invalidité doit dès lors être fixé à 10%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Un degré d'invalidité inférieur à 20% ne donne pas droit au reclassement professionnel.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande est rejetée. »

Dans un courrier du 2 mai 2014 à l'attention de l'OAI, la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée depuis mars 2013, a demandé une révision (*sic*) du refus de reclassement professionnel. Elle a souligné qu'il n'était pas tenu compte d'un rendement très restreint dans les postes proposés ni du fait qu'il s'agissait d'activités accessoires ne permettant pas de vivre dignement. En outre, les constatations de l'assurance n'avaient pas été réévaluées à la lumière des autres pathologies présentées par sa patiente, notamment un état dépressif intervenant actuellement dans l'incapacité de travail et l'évolution d'un syndrome dégénératif rachidien.

Par décision du 13 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet du 3 avril précédent.

Le 21 mai 2014, l'OAI a répondu à la Dresse J. \_\_\_\_\_ que son courrier était parvenu à l'office le 20 mai précédent et qu'en l'absence de contestation au préavis, la décision formelle avait été notifiée à l'assurée le 13 mai 2014.

**B.** R. \_\_\_\_\_ a recouru le 3 juin 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 13 mai 2014, concluant implicitement à son annulation. Préliminairement, elle mentionne ne pas avoir été informée qu'elle devait s'opposer personnellement au projet de décision ni qu'une procuration devait être établie en faveur de son médecin traitant. Cela étant, elle indique recourir pour les motifs développés par la Dresse J. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 5 [recte : 2] mai 2015 adressé à l'OAI.

Dans sa réponse du 19 août 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève qu'aucune diminution de rendement n'a été mise en évidence par les experts Q. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ et rappelle avoir procédé à un abattement sur le salaire statistique retenu du fait des limitations fonctionnelles de la recourante, prenant ainsi suffisamment en considération son atteinte lors de l'évaluation du préjudice économique subi. Il explique par ailleurs que les emplois mentionnés constituent des activités qui s'exercent à titre principal, non en parallèle à d'autres occupations qu'aurait un assuré, et correspondent à des emplois fixes, susceptibles d'être exercés à temps plein, aptitude au travail reconnue à l'assurée.

Par réplique du 2 octobre 2014, la recourante se réfère aux limitations fonctionnelles énoncées par le Dr Q. \_\_\_\_\_, arguant ne pas voir quelle activité d'ouvrière peut être effectuée sans nécessiter des gestes fins avec les doigts. Elle relève en outre qu'une note interne au dossier mentionne « au vu des limitations, il n'existe probablement pas d'activités, mais tester AFIRO Yverdon sous 69 RAI (conditionnement)

durée 1 mois » et reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre le stage précité, lequel aurait dû déterminer, selon elle, les activités possibles sans serrer des objets et faire des mouvements fins avec le pouce et l'index. La recourante demande de ce fait l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Se déterminant le 21 octobre 2014, l'OAI maintient sa position. Il relève que le stage évoqué par la recourante n'a pas été mis en œuvre en raison de la dépendance à l'alcool et de l'attitude de cette dernière, éléments n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité et qui auraient probablement conduit à l'échec le conditionnement envisagé, non pas en raison des limitations fonctionnelles rencontrées sur le plan physique. Il rappelle par ailleurs que les activités décrites, adaptées à la problématique de santé de la recourante, ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57 a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. 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 ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

A titre préliminaire, la recourante énonce ne pas avoir été informée qu'il lui appartenait de s'opposer personnellement au projet de décision. Il y a simplement lieu de souligner à cet égard que la recourante a pu prendre connaissance du dossier complet et faire valoir ses arguments devant la présente autorité, laquelle jouit d'un plein pouvoir d'examen ; l'éventuel vice de forme se trouverait dès lors corrigé en instance de recours (ATF 126 I 68 consid. 2 ; TF I 904/06 du 19 mars 2007 consid. 4.3 et les références).

**3. a)** Le droit à une rente (art. 28 LAI) comme le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur

les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

**c)** D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée ; TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_960/2009 précité, *loct. cit.*, et TF 9C\_395/2007 précité, *loct. cit.*).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la

consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C\_395/2007 précité consid. 2.3 et les références citées).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C\_395/2007 précité consid. 2.4 ; TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

**4.** 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. En outre, les renseignements médicaux 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 et 115 V 466 consid.2 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1).

**5.** Se fondant sur l'expertise rhumatologique du Dr Q.\_\_\_\_\_ et l'expertise psychiatrique du Dr V.\_\_\_\_\_, l'OAI retient, aux termes de la décision litigieuse, que l'assurée n'est certes plus à même d'exercer sa profession habituelle de nettoyeuse mais conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Se référant à la limitation consistant à ne pas faire de

gestes fins avec les doigts, la recourante met en doute la possibilité d'exercer les activités énoncées et reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre un stage dans cette optique. Elle conteste par ailleurs l'appréciation de sa capacité de travail, faisant valoir la non prise en compte d'un rendement très restreint et des autres pathologies présentées.

Il convient donc d'examiner si la recourante présente des atteintes à la santé tant physique que psychique susceptibles d'influer sur sa capacité de travail et de gain.

**a)** Dans son rapport d'expertise du 11 mars 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ retient que l'assurée présente une arthrose sévère des pouces, des IPP (articulations interphalangiennes proximales) et surtout des IPD (articulations interphalangiennes distales) des deux mains, l'empêchant de fermer les mains, serrer des objets et faire des mouvements fins avec les pinces (pouce et index). L'expert estime que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'intéressée est nulle dans la profession de nettoyeuse ; la capacité de travail demeure en revanche entière dans une activité adaptée, savoir une activité sans port de charges de plus de 5 kg, évitant un usage répété des mains et les gestes fins avec les doigts.

L'analyse du Dr Q.\_\_\_\_\_ s'accorde avec les observations formulées par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 janvier 2013, lequel n'a pas retrouvé d'atteinte des nerfs médians après réalisation d'un ENMG. Le neurologue relate que la recourante ne semble pas avoir de gêne particulière dans les activités de tous les jours. Il souligne par ailleurs les incohérences entre les dires de l'assurée et les résultats des tests. Il évoque à cet égard une épreuve de Romberg instable mais une marche sur une ligne parfaitement stable, une sensibilité des doigts de 200 g (norme 0.2 g) qui s'accompagne en principe d'une impossibilité de manipulation par anesthésie des mains alors que l'assurée n'a strictement aucun problème lorsqu'on la voit s'habiller, des potentiels sensitifs trop amples pour correspondre à une telle perte de sensibilité des mains, et

des tests de sensibilité arthrocinétique avec des réponses systématiquement à l'envers.

Le rapport d'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ expose en détail la situation sous l'angle somatique et en tire des conclusions claires et motivées. Il y a donc lieu de considérer que ce rapport satisfait aux exigences requises en matière de valeur probante (cf. consid. 4b *supra*).

Au reste, les diagnostics et limitations fonctionnelles de l'expert ne sont pas remises en question par la recourante, laquelle s'y réfère dans sa réplique. Son analyse n'est par ailleurs contredite par aucune pièce probante du dossier. Le fait que le médecin traitant J. \_\_\_\_\_ ait de son côté estimé que le rendement de la recourante dans un poste adapté soit très restreint n'est motivé par aucun élément objectif. Quant à l'évocation d'un syndrome dégénératif rachidien influençant négativement la capacité de travail, force est de constater qu'une telle atteinte n'a pas été précédemment évoquée ni attestée. L'examen clinique du Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a pas révélé de contracture musculaire ni trouble de la posture au niveau du rachis (cervical, dorsal et lombaire). Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a constaté une mobilité normale du rachis cervical mais localement douloureuse et une manœuvre d'Adson négative.

On peut ainsi retenir, sur la base des conclusions de l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_, que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle de nettoyeuse mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Aucune diminution de rendement n'est au demeurant mise en évidence par l'expert.

**b)** Dans son rapport d'expertise du 28 février 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de dysthymie (évoluant progressivement depuis 2008) et de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, avec syndrome de dépendance primaire, actuellement en utilisation continue (dépendance éthylique depuis l'âge de 18 ans). Il mentionne comme sans impact sur la capacité de travail une accentuation de certains traits de

personnalité, traits de personnalité émotionnellement labile actuellement non décompensé, des antécédents d'épisodes dépressifs moyens, en rémission depuis au moins le début de l'année 2005, et des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs.

L'expert expose clairement les raisons l'ayant conduit à retenir les diagnostics susdits. S'agissant de la dépendance à l'alcool, il affirme qu'il s'agit d'une problématique primaire, en ce sens qu'elle préexistait aux troubles dépressifs et à l'installation des traits de personnalité émotionnellement labile (la consommation excessive d'alcool remontant à l'âge de 18 ans), et interférant négativement avec la symptomatologie dépressive. Il expose de manière détaillée et convaincante les motifs l'ayant amené à écarter le diagnostic de trouble dépressif, pour retenir celui de dysthymie. Singulièrement, l'expert explique que les critères permettant de conclure au diagnostic d'épisode dépressif au sens de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) ne sont pas réalisés en l'espèce ; la tristesse n'est pas présente durant la plupart de la journée, l'anhédonie est absente et la fatigue n'a pas de répercussions importantes sur les activités de la vie quotidienne. L'assurée a présenté plusieurs épisodes dépressifs moyens dans le passé mais la rémission est documentée depuis 2008, eu égard à l'absence de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychique et à l'évolution des scores d'Hamilton (échelle de dépression) selon l'anamnèse. Le Dr V. \_\_\_\_\_ précise également qu'il n'y a pas lieu de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, les critères requis en la matière n'étant pas réalisés. Il observe de surcroît qu'on ne peut conclure à la présence d'un trouble de la personnalité, l'assurée n'ayant pas présenté de comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement. Enfin, il explique qu'il n'y a pas à retenir un trouble de l'adaptation, l'assurée présentant un état de perturbation émotionnelle se situant dans le contexte d'une dépendance éthylique primaire ayant favorisé l'installation d'une dysthymie.

Aux termes de ses considérations, l'expert retient que la recourante ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiques, en dehors des abus éthyliques quotidiens et relativement importants. Particulièrement, il relève que l'aptitude au travail est affectée par la problématique alcoolique, celle-ci limitant la concentration lors des abus éthyliques quotidiens et contribuant à l'incapacité de travail. Il considère qu'un sevrage éthylique et l'introduction d'un traitement antidépresseur sont susceptibles de permettre non seulement un aminuement de la symptomatologie psychique (dysthymie et traits de la personnalité émotionnellement labile actuellement non décompensés) mais également la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée. En définitive, il estime la capacité de travail médico-théorique comme étant de 100%, sans diminution de rendement, dans toute activité professionnelle adaptée au status somatique de l'assurée, tenant compte de l'absence d'un traitement antidépresseur pour la dysthymie, de l'absence d'un suivi psychothérapeutique centré sur la dépendance éthylique et sur les traits de la personnalité émotionnellement labile actuellement non décompensés, et de la poursuite des abus éthyliques quotidiens dans le contexte d'une dépendance éthylique primaire. L'expert affirme en outre que les mesures précitées ainsi qu'une réelle motivation de l'assurée sont le préambule avant d'évaluer l'opportunité d'une réadaptation professionnelle.

Rien n'incite à douter de l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_. En effet, il n'existe aucun autre avis psychiatrique au dossier et l'avis de la Dresse J.\_\_\_\_\_ ne contient aucun élément concret qui aurait échappé à l'analyse circonstanciée du Dr Q.\_\_\_\_\_ et qui justifierait de s'en écarter. Le médecin traitant, au demeurant non spécialiste en psychiatrie, n'a fait qu'énoncer un état dépressif influençant la capacité de travail, sans autre précision à ce sujet, diagnostic réfuté par l'expert au profit de celui de dysthymie, au terme d'une explication convaincante.

Dans ces conditions, on retiendra que le rapport d'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, qui comporte des conclusions claires et bien motivées

relevant d'un examen approfondi du cas de la recourante, satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

**c)** En définitive, il faut donc conclure que la recourante dispose d'une capacité de travail nulle dans l'activité de nettoyeuse mais totale, depuis toujours, dans le cadre d'une activité qui respecte les limitations fonctionnelles établies sur le plan physique. En ce sens, l'examen de l'intimé échappe donc à la critique.

Certes, l'usage restreint des mains et l'absence de gestes fins avec les doigts peuvent rendre difficile la recherche d'une activité adaptée. A cet égard, l'intimé donne des exemples concrets d'activités considérées comme adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante : vendeuse en boulangerie, en petit magasin ou dans une station-service, agente de contrôle qualité dans une chaîne de production ou employée à la réception et service après-vente d'un grand magasin. La situation de la recourante ne se résume dès lors pas à l'exercice d'une activité de niche (cf. TF 9C\_98/2014 du 22 avril 2014 consid. 3.1 et 8C\_95/2007 du 29 août 2007 consid. 4.3). Par ailleurs, l'avis de l'intimé peut être suivi s'agissant d'emplois pouvant s'exercer à temps plein et à titre principal, non en parallèle à d'autres occupations qu'aurait un assuré, activités qui au demeurant ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières. On peut à cet égard souligner que les capacités de concentration et intellectuelles de l'assurée ne sont pas altérées, selon les très bons résultats obtenus aux tests psychométriques réalisés lors de l'expertise psychiatrique.

**6.** Reste à déterminer le préjudice économique subi par la recourante du fait de ses atteintes à la santé.

**a)** Selon 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 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3). Les revenus avec et sans invalidité doivent être évalués avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En règle générale, c'est le 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (DPT) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence a encore précisé que lorsque les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur les mêmes données statistiques – soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision –, il était superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF 126 V 75 de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2, I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

**b)** Il ressort du dossier que la recourante, sans activité lucrative au jour du dépôt de la demande, a exercé diverses activités au cours de sa vie, celle de nettoyeuse étant la dernière ; dans ce secteur, elle a fait de petits mandats sans qu'ils ne correspondent à un 100%. Dans ces circonstances, la manière de procéder de l'office intimé ne prête pas flanc à la critique.

En l'absence de revenu effectivement réalisé, c'est à bon droit que l'OAI s'est référé aux données statistiques et s'est demandé s'il se justifiait d'opérer un abattement afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le fait que le revenu sans invalidité ait lui-même été fixé sur la base des mêmes données statistiques importe à cet égard peu, car le choix d'opérer ou non un abattement est indépendant de la manière dont le revenu sans invalidité a été fixé.

En l'état, la recourante ne conteste pas les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, singulièrement le bien-fondé et l'étendue de l'abattement opéré sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. Précisons à cet égard que l'OAI retient un abattement de 10% sur le salaire statistique eu égard aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique, abattement dont le taux n'est au demeurant pas critiquable (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b).

La décision entreprise ne peut être par conséquent que confirmée.

Il s'ensuit que le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40%, il n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**7.** La recourante estime en outre avoir droit à un reclassement professionnel.

**a)** L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage ; les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI (art. 8 al. 3 let. b LAI).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, 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 1er février 2010 consid. 2.4, TF 9C\_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4, TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2, TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in Pratique VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1, TFA I 370/98 précité). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à

l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2, TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

**b)** Dans le cas particulier, la recourante présente un degré d'invalidité de 10%, excluant de ce fait le droit à un reclassement professionnel. Cela dit, aux termes du rapport d'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ - dont les conclusions sont pleinement probantes (cf. consid. 5b *supra*) -, des mesures de réadaptation ne seront pas envisageables tant que persistera la problématique alcoolique, étant rappelé sur ce point qu'une abstinence à l'alcool définitive, contrôlée et documentée est médicalement exigible. Or, en l'état du dossier, il n'est nullement démontré que l'intéressée serait désormais durablement abstinent. Par ailleurs, de l'avis du SMR, outre le syndrome de dépendance à l'alcool, la tendance à exagérer les plaintes et la situation financière de l'assurée rendent probables l'échec des mesures d'ordre professionnel, et les chances de persuader l'intéressée de reprendre une activité professionnelle sont minces. De telles circonstances plaident donc à l'encontre de la mise en œuvre de mesures de reconversion professionnelle.

La recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre le stage au centre AFIRO évoqué dans le cadre du colloque pluridisciplinaire du 15 octobre 2013. L'OAI précise à cet égard que ce ne sont pas les limitations fonctionnelles rencontrées sur le plan physique mais la dépendance à l'alcool et l'attitude de l'assurée qui ont justifié de ne pas donner suite à ce stage. L'expertise psychiatrique a mis en lumière un syndrome de dépendance à l'alcool fermement déclaré comme primaire qui, de ce fait, n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité, et ajouté à l'attitude de l'intéressée, le conditionnement envisagé apparaissait ainsi voué à l'échec.

Sur le vu de ce qui précède, il s'ensuit que des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être.

**8. a)** En définitive, la décision attaquée du 13 mai 2014 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 3 juin 2014 par R.\_\_\_\_\_ doit être rejeté.

**b)** 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'assurance-invalidité devant le tribunal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 3 juin 2014 par R.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de vaud est confirmée.
- 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier (pour R. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :