

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2021

Composition : M. Neu, président
MM. Bidiville et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 26 RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 198[...], de nationalité [...], a présenté dans le contexte d'une naissance prématurée une diplégie spastique congénitale prédominant au membre inférieur gauche. Elle a subi plusieurs interventions chirurgicales des membres inférieurs dans l'enfance (cf. rapport du 20 juin 2002 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

A la suite d'une demande du 18 mai 2009, l'assurée a bénéficié des prestations de l'assurance-invalidité, notamment sous la forme d'une formation professionnelle initiale, jusqu'à l'obtention d'une maîtrise universitaire en psychologie à l'Université de V._____ au mois d'août 2012.

Par communication du 8 novembre 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour [...] a constaté le succès de la mesure de formation professionnelle initiale et retenu que le droit à la rente était exclu du fait qu'elle était en mesure de réaliser un revenu.

Par décision du 4 mars 2013, confirmant un projet de décision du 7 janvier 2013, l'office précité a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif qu'à l'issue des mesures professionnelles, l'assurée était en mesure d'obtenir des gains au moins équivalents à ceux que percevrait un adulte du même âge.

Cette décision est entrée en force.

L'assurée a ensuite réalisé un stage en qualité d'éducatrice du mois de novembre 2012 au mois de juillet 2013 au sein de l'U._____ (45 heures ; salaire AVS mensuel [12x] : 1'568 fr.), puis un deuxième en qualité de psychologue du mois de novembre 2013 au mois de décembre 2013 au Z._____.

B. Le 15 mai 2014, l'assurée, assistée par Q._____, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a précisé qu'elle recherchait un emploi à « 50 - 70 % » en raison d'une infirmité congénitale. Elle a indiqué qu'elle subissait une fatigabilité due aux trajets pour se rendre sur son lieu de travail et qu'en raison de la composante spastique l'affectant, la récupération était difficile, ce qui ne permettait pas de travailler à 100 %.

Dans le formulaire 531bis (« DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) », complété le 4 juillet 2014, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 100 % par intérêt et pour des raisons financières.

L'assurée a effectué un stage en qualité de psychologue pour l'E._____ au taux d'activité de 50 % (20 heures par semaine) du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015. Le salaire brut se montait à 850 fr. par mois, versé douze fois l'an.

Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports du Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, des 30 juillet 2014 et 27 octobre 2015, du Prof. K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au [...], des 20 août 2014 et 16 décembre 2015), lesquels ont notamment fait état d'une diplégie des membres inférieurs spastique avec atteinte cérébrale périnatale. L'assurée ne pouvait pas conserver longtemps une position assise ou debout, marcher sur des distances de plus 100 à 200 mètres, réaliser de gros efforts physiques (port de charges, etc.) ni effectuer de nombreux déplacements en transports publics. Le Dr M._____ estimait la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle comme dans toutes autres activités adaptées, sans perspective d'amélioration. Quant au Prof. K._____, il évaluait la capacité de travail à 60-70 % dans l'activité habituelle comme dans toutes autres activités adaptées.

Après avoir entendu l'assurée, l'OAI a indiqué qu'il envisageait la mise en place d'une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'une aide à la recherche d'un emploi « 18 LAI » une fois le taux d'activité exigible fixé (rapport initial du 29 janvier 2015).

Le 5 janvier 2016, l'assurée, assistée par J._____, a requis un complément d'instruction sous la forme d'un examen au SMR, indiquant en outre bénéficier d'un suivi psychiatrique auprès du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'OAI a requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) sur les renseignements récoltés. Dans un avis du 1^{er} mars 2016, la Dre H._____, médecin au SMR, a retenu que l'assurée bénéficiait d'une entière capacité de travail dans l'activité de psychologue, que cette activité était adaptée et que les déplacements entre le domicile et le travail relevaient de facteurs sociaux dont la prise en charge n'était pas couverte par l'assurance-invalidité, ceci étant rappelé que l'OAI prenait en charge un scooter électrique pour faciliter les trajets et les déplacements entre le domicile et le travail.

En 2017, l'assurée a débuté une formation de psychothérapeute. Elle a travaillé trois mois au taux d'activité de 50 % chez un psychiatre. Elle a ensuite travaillé au N._____ comme thérapeute stagiaire à 10 - 15 %, ce qui l'occupait deux jours par semaine (supervisions et activité en thérapie systémique).

Par décision du 7 juin 2018, confirmant un projet de décision du 7 février 2017, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité, motifs pris que les renseignements médicaux ne montraient pas de péjoration de son état de santé depuis la décision entrée en force du 4 mars 2013. Sa capacité de travail demeurait entière et les limitations fonctionnelles n'étaient gênantes que dans les déplacements pour se rendre sur le lieu de travail, difficulté à laquelle palliait le scooter électrique dont elle bénéficiait au titre de moyen auxiliaire.

C. Par acte du 5 juillet 2018, R._____, représentée par J._____, a recouru contre la décision de rente du 7 juin 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle sollicite en outre l'audition du Dr T._____ dont elle produit le rapport du 19 juin 2018. Elle joint également à son mémoire un rapport du physiothérapeute F._____ du 25 juin 2018 et de la société Y._____ (bottier orthopédiste) du 2 juin 2017.

Par réponse du 30 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, produisant un avis SMR de la Dre H._____ du 9 octobre 2018.

Le 19 décembre 2018, la recourante a répliqué et confirmé ses conclusions. Elle produit un rapport de son psychiatre traitant, le Dr T._____, du 18 décembre 2018.

L'OAI a dupliqué le 28 janvier 2019, confirmant ses conclusions et produisant un avis SMR de la Dre H._____ du 22 janvier 2019.

Le 13 mars 2019, la recourante a maintenu ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le 19 juin 2019, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédie, psychiatrie et médecine interne) dont il a confié la réalisation aux Etablissements hospitaliers L._____.

Le 30 avril 2020, la recourante a indiqué à la Cour que son mandataire et son psychiatre traitant étaient décédés.

Dans le cadre de l'expertise confiée aux Etablissements hospitaliers L._____, la Dre Ex.méd._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr Ex.chir._____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr Ex.psy._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles.

Dans leur rapport du 24 novembre 2020, au terme de leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont notamment retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail (p. 43, ch. 4.2.1) :

- « - Infirmité motrice cérébrale avec diplégie spastique (G801)
- Status post multiples interventions chirurgicales orthopédiques des membres inférieurs dans l'enfance et l'adolescence
- Troubles cognitifs légers associés à un trouble physique (F06.71)
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) »

Les experts ont estimé qu'en raison des limitations fonctionnelles entraînées par l'infirmité congénitale et les troubles psychiatriques, la capacité de travail de l'assurée était de 60 % dans l'activité habituelle de psychothérapeute comme dans une activité adaptée, et ce depuis l'entrée de l'expertisée dans la vie professionnelle

La recourante s'est déterminée sur l'expertise le 29 janvier 2021.

L'intimé a déposé des déterminations sur l'expertise le 29 janvier 2021, maintenant ses conclusions. Il produit, à l'appui de son écriture, un avis SMR de la Dre D._____, médecin au SMR, du 17 décembre 2020 qui se rallie aux conclusions de l'expertise, ainsi que des calculs de degré d'invalidité pour les années 2012 à 2015.

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-accidents (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition

et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures professionnelles.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 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.

b) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Le droit à la rente prend naissance 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) En matière d'assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient à l'assureur d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires. Dans le cadre de l'assurance-invalidité, cette compétence est du ressort des offices AI (art. 57 al. 3 LPGA). L'assureur

n'est lié ni par les faits allégués, ni par les faits admis, ni par les moyens de preuve invoqués par la personne assurée ; il ordonne d'office l'administration de tous les moyens de preuve propres et nécessaires à établir les faits pertinents (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 9 ad art. 43 LPGA et les références citées).

b) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire quant au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Dans ce cas, elle ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, dès lors qu'elle se saisit du fond d'une nouvelle demande, elle doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 31 ad art. 31 LAI et les références citées).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

c) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) Dans la décision du 7 juin 2018 dont est recours, l'intimé a considéré que les renseignements médicaux ne montraient pas de péjoration de son état de santé depuis la décision entrée en force du 4 mars 2013. La capacité de travail de la recourante demeurait entière dans son activité de psychothérapeute, moyennant l'usage du moyen auxiliaire octroyé (scooter) pour se rendre sur son lieu de travail. En conséquence, l'office intimé a nié le droit à ses prestations.

La recourante a contesté cette manière de voir en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé et que le dossier n'avait pas fait l'objet d'une instruction suffisante sur le plan médical.

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Dans ce cas, elle ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, dès lors qu'elle se saisit du fond d'une nouvelle demande, elle doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 31 ad art. 31 LAI et les références citées).

Dès lors que le dossier ne permettait pas d'évaluer les atteintes à la santé dans l'axe psychiatrique (cf. rapports du Dr T. _____ des 19 juin 2018 et 18 décembre 2018) et que les évaluations sur le plan somatiques divergeaient notablement (comp. : rapports du Dr M. _____ des 30 juillet 2014 et 27 octobre 2015 et du Prof. K. _____ des 20 août 2014 et 16 décembre 2015 ; avis SMR de la Dre H. _____ des 1^{er} mars 2016, 9 octobre 2018 et 22 janvier 2019), le magistrat instructeur a diligenté une expertise pluridisciplinaire confiée aux Etablissements hospitaliers L. _____.

b) aa) A l'issue de leurs examens, les Drs Ex.chir. _____ et Ex.psy. _____ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes (pp. 26 et 38) :

« **6.4 Limitations fonctionnelles [orthopédiques]**

L'assurée présente des limitations fonctionnelles au niveau de la marche avec une marche lente et difficile liée aux déformations présentées au niveau de ses membres inférieurs ainsi que par ses déficits neurologiques. Le tout entraîne également des appuis douloureux au niveau des pieds. La patiente présente également

des douleurs musculaires avec un périmètre de marche limité à 500 m. La position assise prolongée entraîne également des douleurs et nécessite des changements de position réguliers.

R._____ présente également des limitations au niveau de la mobilité articulaire des pieds et des chevilles liées aux différentes interventions orthopédiques qu'elle a subies avec notamment une perte de la mobilité de l'articulation sous-talienne (fusionnée). Celle-ci entraîne chez les patients une diminution de la capacité à adapter le pied aux sols irréguliers et une rigidité de tout l'arrière-pied. Cette condition participe également aux troubles de la marche et aux douleurs au niveau des pieds présentés par la patiente.

Les recommandations pour limiter une dégradation des limitations fonctionnelles des patients atteints de diplégie spastique sont de pouvoir garder au maximum une bonne mobilité des articulations des membres inférieurs et de leur musculature par des traitements de physiothérapie et une poursuite des activités physiques et sportives possible par les patients.

(...)

6.6 Limitations fonctionnelles [psychiques]

Les limitations fonctionnelles consistent en diminution de l'attention et de la: concentration au-delà de $\frac{3}{4}$ heure ou 1 heure d'activité intellectuelle. L'expertisée doit donc faire des pauses de récupération fréquentes pour poursuivre son travail et au cours d'une journée la fatigue s'accumule et les capacités cognitives déclinent progressivement. La profession de l'expertisée étant de type intellectuel, il y a donc des limitations fonctionnelles en termes de temps et de rendement. »

bb) Dans leur rapport de synthèse du 13 octobre 2020 (appréciation générale interdisciplinaire - expertise consensuelle), les experts ont exposé ce qui suit (pp. 43-45) :

« 4. ÉVALUATION CONSENSUELLE

(...)

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

L'expert interniste ne retient pas de diagnostic ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles.

L'expert orthopédiste retient le diagnostic d'infirmité motrice cérébrale avec diplégie spastique et de status post multiples interventions chirurgicales orthopédiques des membres inférieurs dans l'enfance et l'adolescence. Ces diagnostics sont responsables de limitations fonctionnelles de la marche avec une marche lente et difficile (périmètre de marche limité à 500m) liée aux déformations des membres inférieurs et des appuis douloureux au niveau des pieds. La position assise prolongée entraîne également des douleurs musculaires et nécessite des changements de position réguliers. L'assurée présente également des limitations au niveau de la

mobilité articulaire des pieds et des chevilles en lien avec les différentes interventions orthopédiques.

L'expert psychiatre retient les diagnostics de troubles cognitifs légers associés à un trouble physique et de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Ces diagnostics sont responsables d'une diminution de l'attention et de la concentration de l'assurée au-delà de 1/4 heure ou une heure d'activité intellectuelle et d'une accumulation de la fatigue sur une journée de travail, faisant décliner progressivement ses capacités cognitives.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

L'expert psychiatre ne retient pas de traits de personnalité pathologique.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources de l'assurée sont sa formation professionnelle universitaire, ses capacités intellectuelles, son entourage familial (mère, cousin/cousine, compagnon) et social (amis) ainsi que sa volonté et son ambition à trouver un travail dans lequel elle serait épanouie et valorisée.

Les difficultés sont ses limitations physiques mais également les limitations de ses capacités cognitives, conséquentes du handicap et du syndrome douloureux ainsi que des fluctuations éventuelles du trouble anxio-dépressif.

4.6. Contrôle de cohérence

Les médecins experts n'ont pas relevé d'incohérences lors de l'anamnèse et de l'examen physique de l'assurée.

4.7. Capacité de travail (CT) dans l'activité exercée jusqu'ici

L'expertise de médecine interne ne retient pas de limitations fonctionnelles. La CT de l'assurée est donc de **100 %** dans tout type d'activité, et ce **depuis mai 2014 (date de dépôt de la demande de prestations AI)**.

L'expertise orthopédique retient une CT de **70 %** pour l'activité de psychothérapeute, depuis l'entrée de l'expertisée dans la vie professionnelle.

L'expertise psychiatrique retient une CT de **60 %** (taux d'activité à 75 % avec une réduction de performance de 20 %) dans l'activité de psychothérapeute, et ce depuis l'entrée de l'expertisée dans la vie professionnelle.

Sur la base des éléments précédents, le consensus pluridisciplinaire retient une **CT de 60 % dans l'activité de psychothérapeute**, et ce **depuis l'entrée de l'expertisée dans la vie professionnelle**, pour une durée actuellement non évaluable.

4.8. Capacité de travail (CT) dans une activité adaptée,

L'expertise de .médecine interne ne retient pas de limitations fonctionnelles. La CT de l'assurée est donc de **100 %** dans tout type d'activité, et ce **depuis mai 2014 (date de dépôt de la demande de prestations AI)**.

L'expertise orthopédique retient une CT de **70 %** pour une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, et ce depuis l'entrée de l'expertisée dans la vie professionnelle. L'expert considère que l'activité de psychothérapeute, actuellement exercée est une activité adaptée.

L'expertise psychiatrique retient une CT de **60 %** (taux d'activité à 75 % avec une réduction de performance de 20 %) dans une activité professionnelle adaptée et ce depuis l'entrée de l'expertisée dans la vie professionnelle.

Sur la base des éléments précédents, le consensus pluridisciplinaire retient une **CT de 60 %** dans **une activité adaptée**, et ce **depuis l'entrée de l'expertisée dans la vie professionnelle**, pour une durée actuellement non évaluable.

Une **activité adaptée** correspondrait à une activité qui permettrait des périodes de repos toutes les heures et une activité de pas plus de 6 heures de travail consécutives par jour. Par ailleurs, l'état de santé de l'assurée justifie qu'elle puisse bénéficier de temps pendant sa semaine de travail pour pouvoir faire les séances de physiothérapie et les autres soins.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

A l'issue de cette expertise pluridisciplinaire, le consensus des experts retient une capacité de travail de 60% dans l'activité exercée jusque-là et de 60% dans une activité professionnelle adaptée. Il n'y a pas d'incapacités de travail partielles susceptibles de s'additionner et nous jugeons que l'assurée possède encore les ressources nécessaires pour exercer une activité dont les caractéristiques sont adaptées à ses limitations fonctionnelles, et qui respecte le taux d'activité que nous avons indiqué.

4.10. Mesures médicales et thérapies avant une incidence sur la capacité de travail

Sur le plan de la médecine interne, l'expert ne retient pas de diagnostic ayant une incidence sur la CT de l'assurée et ne préconise donc pas de mesures médicales ou de traitements.

Sur le plan orthopédique, l'expert estime qu'afin de conserver une capacité fonctionnelle et de travail, il est recommandé à l'assurée d'avoir une activité physique régulière, de faire un traitement de physiothérapie de fond et de continuer à marcher sans moyens auxiliaires dans la mesure du possible.

Sur le plan psychiatrique, l'expert estime que la capacité de travail ne peut être améliorée que par l'atténuation du handicap et du syndrome douloureux et ne relève donc pas de la psychiatrie. Cependant la poursuite de la prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique est nécessaire au titre de la prévention des rechutes ou récidives anxio-dépressives. »

c) En l'espèce, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (orthopédie, psychiatrie et

médecine interne), qui constitue l'examen à la fois le plus détaillé, le plus complet et le plus récent de la situation médicale. Le rapport d'expertise du 24 novembre 2020 et ses annexes contiennent une anamnèse complète selon les éléments du dossier et selon l'expertisée, y compris les plaintes et les données subjectives, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Les experts relatent les examens cliniques orthopédique et de médecine interne, le status psychiatrique, l'examen du dossier radiographique et l'examen de la marche au laboratoire de cinésiologie des Etablissements hospitaliers L._____. L'expertise se fonde ainsi sur des examens complets, prend dûment en considération les plaintes de la personne examinée et a été établie en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les experts décrivent la vie quotidienne de l'intéressée, exposent la prise en charge et les mesures thérapeutiques prescrites et évaluent la cohérence et la plausibilité. Ils examinent les capacités, ressources et difficultés de la recourante. L'expertise contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions des experts sont bien motivées. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée, comme l'office intimé l'a retenu à la suite de l'analyse du rapport d'expertise effectuée par la Dre D._____ du SMR (cf. avis SMR du 17 décembre 2020). Il n'existe ainsi aucun motif de s'écarter des conclusions des experts judiciaires, ce dont les parties ne disconviennent pas.

d) Partant, il y a lieu de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle de psychologue, adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. expertise Etablissements hospitaliers L._____, pp. 26 et 38 et consid. 6b/aa ci-avant), ainsi que dans toutes activités adaptées.

7. a) aa) Par décision du 4 mars 2013, Office de l'assurance-invalidité pour le canton de X._____ a refusé l'octroi d'une rente

d'invalidité, motif pris que la recourante était en mesure d'obtenir des gains au moins équivalents à ceux que percevrait un adulte du même âge à l'issue des mesures professionnelles. L'OAI soutient qu'à l'issue du rapport d'expertise des Etablissements hospitaliers L. _____ du 24 novembre 2020, la recourante présentait une capacité de 60% depuis le début de la vie professionnelle qu'il conviendrait de faire remonter à l'obtention du master en psychologie au mois d'août 2012. En conséquence et dès lors que le début de la vie professionnelle remonterait au mois de septembre 2012, soit à une date antérieure à la décision du 4 mars 2013, aucune modification de l'état de santé de la recourante ne serait survenue postérieurement à cette décision. Il en déduit un refus de prester.

bb) Cet argument ne peut pas être retenu. L'intimé paraît raisonner comme s'il s'était agi d'une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, faute de modification des circonstances, alors même qu'elle est en réalité entrée en matière sur le fond en procédant à l'instruction de la demande, ce qui impliquait que l'assurée avait rendu plausible une modification de son état de santé et justifiait d'instruire sur le plan médical (cf. consid. 4a et 4b ci-dessus).

L'intimé ne saurait pas davantage faire remonter l'incapacité de travail de 60 % retenue par les experts au mois de septembre 2012. En effet, le Dr Ex.psy. _____ a retenu ce qui suit (p. 35, ch. 3.2.12) :

« L'évaluation d'une capacité de travail de 100 % basée sur le fait que l'expertisée a travaillé à ce taux en 2012 et 2013 n'est pas cohérente. En effet en 2012 le travail exercé par R. _____ était un travail d'éducatrice et non de psychologue et n'a duré que 9 mois. Le travail comme psychologue en 2013 n'a quant à lui duré que 7 semaines et n'était pas rémunéré. D'autre part c'est justement durant ces périodes que R. _____ a pris conscience de l'impossibilité pour elle de travailler à plein temps en raison de sa fatigabilité. Elle n'aurait donc pas été en mesure d'assumer un vrai poste de psychologue à long terme. »

Cette appréciation est aussi appuyée par les constatations de Q. _____ étayées dans le courrier d'accompagnement de la demande de rente et de mesures professionnelles adressée à l'intimé le 15 avril 2014.

En effet, il ressort du courrier d'accompagnement du 15 avril 2014 de Q. _____ et de l'anamnèse dressée par les experts (pp. 15-16, ch. 3.2.3 et 3.2.4, et p. 34, ch. 3.2.5) que la recourante n'a pas trouvé d'emploi, mais effectué des stages à l'occasion desquels s'est immédiatement révélée l'incapacité à œuvrer à plein temps. Sur le plan médical, cette incapacité de travail n'a été constatée que par le biais de l'expertise judiciaire mise en œuvre, soit bien après la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de X. _____ du 4 mars 2013, laquelle rejette du reste la demande de rente pour le seul motif de la fin des mesures professionnelles et par l'obtention d'un titre universitaire valorisant. Enfin, les experts ont de toute manière mis en avant une péjoration objective de l'état de santé en procédant à un examen de la mobilité et en comparant les résultats obtenus avec ceux de 2017 (p. 45, ch. 6.3). Sur le vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé plaide un refus de principe du droit aux prestations.

7. a) Dès lors que la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans toute activité depuis l'entrée dans la vie professionnelle, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité de l'intéressée.

b) aa) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ou à la date de survenance d'un motif de révision (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité

est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

bb) En l'espèce, il y a ainsi lieu de se placer au moment où l'assurée a pris conscience des répercussions de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail, soit au début de l'année 2014. Il convient ensuite d'évaluer l'évolution du degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision entreprise en 2018.

c) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) L'art. 26 al. 1 RAI prévoit que lorsque la personne assurée n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, à une fraction de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS). Par connaissances professionnelles suffisantes, il faut comprendre les connaissances acquises au terme d'une formation professionnelle achevée, dans la mesure où elles offrent à la personne assurée les mêmes possibilités de gain qu'aux personnes sans handicap disposant d'une formation (ordinaire) identique. Conformément à l'art. 26 al. 1 RAI, qui est un cas particulier d'application de la méthode générale

de la comparaison des revenus, le revenu sans invalidité correspond alors à un pourcentage, selon l'âge de la personne concernée, de la médiane ressortant de l'ESS. Des exceptions à ce principe sont toutefois possibles, en particulier lorsque l'atteinte à la santé survient peu avant d'entreprendre une formation ; s'il existe des éléments concluants pour admettre que l'assuré aurait exercé une certaine profession, le revenu sans invalidité peut être déterminé en fonction de ce métier (Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 26 ad art. 16 LPGA et les références citées ; Michel Valterio, op. cit., n° 55 ad art. 28a LAI et les références citées).

Selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI, ch. 3035), les invalides de naissance ou précoces sont des assurés qui présentent une atteinte à la santé depuis leur naissance ou leur enfance et n'ont pu, de ce fait, acquérir des connaissances professionnelles suffisantes. Entrent dans cette catégorie toutes les personnes qui, en raison de leur invalidité, n'ont pu terminer aucune formation professionnelle, ainsi que les assurés qui ont commencé, voire achevé, une formation professionnelle, mais qui étaient déjà invalides au début de cette formation et qui, de ce fait, ne peuvent prétendre aux mêmes possibilités de salaire qu'une personne non handicapée ayant la même formation (cf. TF 9C_233/2018 du 11 avril 2019 consid. 1.2 ; Droit et Handicap 1/2020, pp. 1 ss, spéc. p. 2).

d) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

bb) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) Depuis la dixième édition de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs, les cadres de direction et les gérants, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches

que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications, mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.1 et les références citées).

Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1_skill_level intitulé « Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe, secteur privé » (ATF 142 V 178 ; TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 8C_228/2017 du 14 juin 2017 consid. 4.2.2). Lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1_skill_level (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table T17 (Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les groupes de professions, l'âge et le sexe, secteur privé et secteur public (Confédération, cantons, districts, communes, corporations) ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et 4.3 et les références citées).

e) aa) Dans ses déterminations du 29 janvier 2021, l'intimé propose d'effectuer une comparaison des revenus sur la base d'une activité de psychologue en se fondant sur le tableau T17. Ce raisonnement ne peut pas être suivi dans la mesure où la règle générale est celle de l'application du tableau TA1_skill_level. Ce dernier permet en outre une évaluation statistique suffisamment précise du revenu des psychothérapeutes et psychologues dans la mesure où, fondé sur l'outil de codage KUBB (<https://www.kubb-tool.bfs.admin.ch/fr/code/869001>), il intègre la profession dont il est question (ch. 86-88, « Santé humaine et action sociale »), de sorte que le recours à d'autres instruments statistiques n'est pas nécessaire. S'agissant d'une profession indiscutablement intellectuelle nécessitant une maîtrise universitaire et une formation postgrade, il se justifie d'appliquer le niveau de compétence 4.

bb) Pour l'année 2014, en l'absence de revenus autres que ceux provenant des stages, le revenu sans invalidité se monte à 77'000 fr. selon la lettre circulaire AI n° 324 du 27 novembre 2013 (art. 26 al. 1 RAI). Dès lors que la recourante se trouvait en stage et réalisait des revenus très limités, le revenu d'invalidité doit être calculé sur la base de l'ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités intellectuelles dans le domaine de la santé humaine et de l'action sociale, était, en 2014, de 7'137 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, ch. 86-88, niveau de compétence 4). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,5 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, ch. 86-88), ce montant doit être porté à 7'404 fr. 64, soit un revenu annuel de 88'855 fr. 65. Les experts ont estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 60 %, de sorte que le revenu d'invalidité se monte ainsi à 53'313 fr. 39.

La comparaison des revenus révèle une perte de gain de 23'686 fr. 61 (77'000 fr. - 53'313 fr. 39), soit un degré d'invalidité de 31 % qui n'ouvre pas le droit à la rente pour l'année 2014.

cc) Pour l'année 2015, en l'absence de revenus autres que ceux provenant des stages, le revenu sans invalidité se monte à 82'500 fr. selon la lettre circulaire AI n° 329 du 18 décembre 2014 (art. 26 al. 1 RAI). Pour les mêmes motifs qu'en 2014, le revenu d'invalidité doit être calculé sur la base de l'ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités intellectuelles dans le domaine de la santé humaine et action sociale est de 7'137 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, ch. 86-88, niveau de compétence 4). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,5 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, ch. 86-88) et d'une augmentation des salaires nominaux des femmes de 0,5 % en 2015 (T 39 Evolution des salaires nominaux des femmes, 2010-2018), ce montant doit être porté à 7'441 fr.66, soit un revenu annuel de 89'299 fr. 93. Le revenu d'invalidité (capacité de travail de 60 %) se monte ainsi à 53'579 fr. 96.

La comparaison des revenus révèle une perte de gain de 28'920 fr. 04 (82'500 fr. - 53'579 fr. 96), soit un degré d'invalidité de 35 % qui n'ouvre pas le droit à la rente pour l'année 2015.

dd) Pour l'année 2016, en l'absence de revenus autres que ceux provenant des stages, le revenu sans invalidité se monte à 82'500 fr. (inchangé) selon la lettre circulaire AI n° 329 du 18 décembre 2014 (art. 26 al. 1 RAI). Pour les mêmes motifs qu'en 2014 et en 2015, le revenu d'invalidé doit être calculé sur la base de l'ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités intellectuelles dans le domaine de la santé humaine et de l'action sociale, était, en 2016, de 7'197 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA1_tirage_skill_level, ch. 86-88, niveau de compétence 4). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2016 (41,6 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, ch. 86-88), ce montant doit être porté à 7'484 fr. 88, soit un revenu annuel de 89'818 fr. 56. Le revenu d'invalidé (capacité de travail de 60 %) se monte ainsi à 53'891 fr. 14.

La comparaison des revenus révèle une perte de gain de 26'608 fr. 86 (82'500 fr. - 53'891 fr. 14), soit un degré d'invalidité de 35 % qui n'ouvre pas le droit à la rente pour l'année 2016.

ee) Pour l'année 2017, en l'absence de revenus autres que ceux provenant des stages, le revenu sans invalidité se monte à 81'500 fr. selon la lettre circulaire AI n° 354 du 7 octobre 2016 (art. 26 al. 1 RAI). Pour les mêmes motifs que les années précédentes, le revenu d'invalidé doit être calculé sur la base de l'ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités intellectuelles dans le domaine de la santé humaine et de l'action sociale est de 7'197 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA1_tirage_skill_level, ch. 86-88, niveau de compétence 4). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2017 (41,6 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, ch. 86-88) et d'une

augmentation des salaires nominaux des femmes de 0,4 % en 2015 (T 39 Evolution des salaires nominaux des femmes, 2010-2018), ce montant doit être porté à 7'514 fr.82, soit un revenu annuel de 90'177 fr. 83. Le revenu d'invalidé (capacité de travail de 60 %) se monte ainsi à 54'106 fr. 70.

La comparaison des revenus révèle une perte de gain de 27'393 fr. 30 (81'500 fr. - 54'106 fr. 70), soit un degré d'invalidité de 34 % qui n'ouvre pas le droit à la rente pour l'année 2017.

ff) Enfin, pour l'année 2018, en l'absence de revenus autres que ceux provenant des stages, le revenu sans invalidité se monte à 82'000 fr. selon lettre circulaire AI n° 369 du 19 décembre 2017 (art. 26 al. 1 RAI). Pour les mêmes motifs que précédemment, le revenu d'invalidé doit être calculé sur la base de l'ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités intellectuelles dans le domaine de la santé humaine et action sociale, était, en 2018, de 7'253 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, ch. 86-88, niveau de compétence 4). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 (41,6 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, ch. 86-88), ce montant doit être porté à 7'543 fr.12, soit un revenu annuel de 90'517 fr. 44. Le revenu d'invalidé (capacité de travail de 60 %) se monte ainsi à 54'310 fr. 46.

La comparaison des revenus révèle une perte de gain de 27'689 fr. 54 (82'000 fr. - 54'310 fr. 46), soit un degré d'invalidité de 34 % qui n'ouvre pas le droit à la rente pour l'année 2018.

gg) Par ailleurs, les limitations fonctionnelles ayant été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante (expertise Etablissements hospitaliers L._____, pp. 26, 38 et 43-45), il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire sur le revenu d'invalidé.

8. a) A ce stade, il reste encore à examiner si la recourante peut prétendre à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b).

c) En l'occurrence, la recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, de sorte qu'il convient d'examiner son droit à des mesures de réadaptation. La Cour de céans observe toutefois que l'intéressée est au bénéfice d'une formation professionnelle adéquate. Au vu de sa formation, une mesure de réadaptation ne s'avère pas nécessaire. La recourante dispose en effet des compétences et du bagage professionnel adéquat pour reprendre son activité habituelle, exigible sur le plan médical. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a refusé des mesures professionnelles à la recourante.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- R. _____ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :