

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juillet 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

J. _____, à [...] (VD), recourante,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1963, célibataire sans enfant, sans formation, a déposé une demande de prestations AI le 1^{er} juillet 2005. Elle a déclaré avoir travaillé comme palefrenière pour différents manèges jusqu'en 2002. Dans un complément de demande du 14 octobre 2005, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% comme palefrenière. Il résulte de l'extrait du rassemblement des comptes individuels (CI) de l'assurée qu'elle est sans activité lucrative sauf en 1988 où elle a exercé une activité indépendante. En mai 2005, elle a dû subir une amputation de la jambe gauche.

a) L'amputation a été réalisée par le Dr S. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci retient dans son rapport du 10 août 2005 comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

"Amputation mi-cuisse du MIG, pour athéromatose importante aorto-iliaque bilatérale avec thrombus flottant sur l'axe iliaque gauche et obstruction d'une des artères jambières gauche, mise en évidence le 26.05 par sensation de pied froid à gauche dans le cadre d'une hypercholestérolémie, d'une obésité et d'un tabagisme chronique et probable HIT."

Selon le Dr S. _____, l'assurée présentait une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 26 avril 2005.

Les Drs V. _____ et G. _____ du Département universitaire de psychiatrie adulte du CHUV (DUPA) ont rendu un rapport de consultation le 23 mai 2005 et posé les diagnostics suivants:

"- Artériopathie sévère des membres inférieurs, ayant nécessité une amputation ouverte avec désarticulation du genou gauche le 09.05.2005.
- Hypercholestérolémie; obésité; tabagisme chronique important.
- Trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F 43.22).
- Probable trouble mixte de la personnalité (F 61.0)."

Il indique en outre ce qui suit:

"7. Thérapie / Pronostic

J._____ est une patiente aux traits anxio-dépressifs connus de longue date sans réelle décompensation majeure. Elle n'exerce aucune activité professionnelle, dépendant des finances de sa mère et vivant avec un compagnon ex-alcoolique. Dans un contexte d'hypercholestérolémie, d'excès pondéral et de tabagisme chronique, elle développe une artériopathie majeure des membres inférieurs qui conduit malheureusement à une amputation avec désarticulation du genou du côté gauche en mai dernier. Elle est depuis cette époque hospitalisée avec actuellement essai d'adaptation d'une prothèse de marche. L'état anxio-dépressif fluctuant s'est nettement aggravé dans ce contexte physique perturbé et a nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur par mes collègues du service de psychiatrie universitaire.

L'évolution reste incertaine mais une non récupération paraît probable dans le contexte de troubles mixtes de la personnalité préexistants."

Dans un rapport du 2 décembre 2005, le Dr R._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, diagnostique un status post amputation avec des articulations du genou gauche et un état anxio-dépressif chronique avec troubles mixtes de la personnalité. Il indique en outre ce qui suit:

"3. Évolution /Modification du status? Nous sommes actuellement encore dans la phase post opératoire avec tentative d'adaptation d'une prothèse. Actuellement, J._____ ne peut se déplacer qu'en chaise roulante, le matériel requis n'ayant pas encore pu être adapté et utilisé régulièrement.

4. Mesures thérapeutiques / Pronostic: Mise à part la régulation du problème orthopédique, J._____ continue à suivre un traitement médicamenteux anti-dépresseur avec actuellement une relative stabilité. Le pronostic à long terme est pour l'instant encore incertain."

Le DUPA a proposé l'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, par exemple: Cipralex 5 mg/jour, Tranxilium 10 mg le soir et Temesta 2,5 mg 3x/jour en réserve.

Le Dr R._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a posé dans son rapport du 23 août 2005 les diagnostics suivants:

"[...] ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Etat anxio-dépressif chronique
- Status post amputation avec désarticulation du genou gauche pour artériopathie sévère des MI

- Troubles mixtes de la personnalité

[...] sans répercussion sur la capacité de travail:

- Hypercholestérolémie
- Obésité
- Status post méningite purulente à méningocoque".

Dans un courrier du 23 décembre 2005, le Dr R._____ a déclaré que l'assurée aurait souhaité bénéficier d'une prise en charge afin de la réinsérer dans le marché du travail. Tant l'assurée que lui-même avait estimé une telle réinsertion souhaitable.

Dans un rapport du 29 décembre 2005, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, du CHUV a déclaré que l'état de santé de la recourante s'était amélioré. Ses diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail étaient les suivants: amputation, maladie artérielle, ployneuropathie et état anxio-dépressif chronique. Il a joint à ce rapport une lettre de sortie du 15 novembre 2005, adressée au Dr R._____, dont il résulte que l'assurée a séjourné du 7 septembre 2005 au 28 octobre 2005 dans le service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV. Les Drs H._____, P._____ et Z._____ ont posé les diagnostics suivants:

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL:

Complément d'amputation mi-cuisse du MIG le 12.05.2005 dans le contexte de

- stent bi-iliaque et aortique terminal le 29.04.2005 sur insuffisance artérielle du MIG de stade IV
- embolectomie, par double abord fémoral et jambier G et endartériectomie le 06.05.2005
- amputation ouverte par désarticulation du genou G le 10.05.2005
- thrombectomie de l'axe illo-fémoral G par sonde Fogarty le 11.05.2005
- complément d'amputation mi-cuisse du MIG le 12.05.2005

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S) & COMORBIDITE(S):

- Thrombocytopénie à l'Héparine de type II.
- Insuffisance surrénalienne sur hémorragie surrénalienne bilatérale.
- Hypercholestérolémie.
- Etat anxiodépressif chronique.
- Déficit en acide folique.
- Douleurs fantômes du pied G.

- Polyneuropathie”

Ces médecins ont en outre indiqué ce qui suit:

“DISCUSSION ET EVOLUTION:

Concernant la rééducation avec mise en place d'une prothèse dans le cadre d'une amputation mi-cuisse du membre inférieur gauche le 12.05.2005, l'évolution est favorable avec une patiente qui peut se mobiliser avec une prothèse articulée ainsi que deux cannes. La MIF de sortie est à 119/126. La patiente ne nécessite plus de fauteuil roulant. Par contre des traitements de physiothérapie en ambulatoire à raison de 2-3 séances par semaine sont organisés pour travailler principalement la marche sur terrain instable.

La survenue d'une insuffisance artérielle du MIG de stade IV aiguë chez une patiente jeune de 42 ans nous incite à contrôler les artères cérébrales par un Doppler carotido-vertébral qui s'avère dans la norme.

Les douleurs fantômes présentes à l'admission font place à des sensations fantômes, pour lesquelles nous conservons le traitement de Neurontin. En revanche, le traitement antalgique à base de Dafalgan et Tramal peut-être mis en réserve. Nous vous laissons le soin de réévaluer ce traitement périodiquement.

Vu la survenue d'une thrombocytopénie à l'Héparine, nous rappelons qu'il convient de bannir dorénavant cette médication chez J._____. Elle est actuellement au bénéfice d'un traitement de Sintrom.

En raison de l'insuffisance surrénalienne dans un contexte d'une hémorragie surrénalienne bilatérale, J._____ retourne à domicile avec un traitement d'Hydrocortone (20 mg le matin et 10 mg à midi), qu'elle devra probablement prendre à vie. Il est nécessaire d'organiser un suivi endocrinologique régulier.

J._____ est connue pour un état anxiodépressif chronique, pour lequel elle reçoit un traitement de Cipralex et Lexotanil. En raison d'une thymie tout à fait satisfaisante ainsi qu'à la demande de la patiente, nous commençons à diminuer le traitement de Lexotanil. Nous vous saurions gré d'évaluer en ambulatoire si un sevrage progressif de cette médication est indiquée.

L'hypercholestérolémie découverte à l'admission est traitée par un traitement de Simcora qu'il convient dévaluer moyennant un bilan de contrôle à six mois.

En raison des excellents progrès sur le plan clinique et fonctionnel J._____ peut rentrer à domicile le 28.10.2005."

Dans un rapport du 21 mars 2006, le Dr S._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

"Nécrose progressive sur ischémie du MIG, dans le cadre d'une thrombose aiguë aorto-iliaque bilatérale et thrombus flottant de l'artère illiaque G, avec obstruction de l'artère jambière G, ayant abouti à une amputation de cuisse G le 12.05.05. Thrombocitopénie à l'Héparine, insuffisance surrénalienne sur hémorragie ddc, hypercholestérolémie, obésité, tabagisme."

Dans ce rapport, le Dr S. _____ a estimé l'état de santé de l'assurée stationnaire. Il a également attesté qu'elle arrivait sans problème à s'occuper de son ménage. A son sens, tout travail sédentaire assis, mettant en exergue l'intégrité des membres supérieurs et l'intelligence de l'assurée devraient permettre à celle-ci de reprendre une activité professionnelle à 100%. Il a notamment retenu les limitations fonctionnelles suivantes: position debout de 2 à 3 heures par jour, pas d'alternance entre les positions assis/debout et assis/debout/marche, pas de position à genoux ou accroupie, pas de charge à porter ainsi qu'éviter de se baisser, le travail irrégulier/de nuit/matin, le travail en hauteur/sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, les environnements froids, la poussière et le bruit. L'assurée devrait en outre être entourée pour être stimulée.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 20 mars 2006. Dans son rapport établi le même jour, l'enquêtrice relève notamment que l'assurée n'est pas encore sortie marcher avec sa prothèse et se trouve encore en phase d'adaptation à la marche, n'ayant pas encore recouvré une autonomie à la marche et aux déplacements en général. Elle marche uniquement avec deux cannes anglaises et utilise la plupart du temps un fauteuil roulant. Elle a déclaré à l'enquêtrice qu'en bonne santé elle travaillerait à 50%. L'enquêtrice a dès lors retenu le statut de mi-ménagère, mi-active et un taux d'invalidité de 65% sur la part ménagère.

b) Selon le rapport d'examen du 6 juillet 2006 établi par le Dr M. _____ du SMR, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle est nulle, mais demeure entière dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant identiques à celles décrites dans le rapport du Dr S. _____ du 21 février 2006.

Le Dr M. _____ retient comme atteinte principale à la santé un status après amputation de la cuisse gauche pour troubles vasculaires stade IV et comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI:

trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive, tabagisme, insuffisance surrénalienne, obésité, hypercholestérolémie et thrombopénie à l'héparine.

Il ressort de son rapport également ce qui suit:

"Le 26.4.2005, [l'assurée] est hospitalisée pour une ischémie aiguë du membre inférieur gauche sur athéromatose aorto-iliaque avancée et thrombus flottant de l'axe iliaque gauche, et obstruction d'une branche du trépied jambier. Malgré plusieurs tentatives de désobstruction, on doit finalement se résoudre à une amputation ouverte du genou, puis de cuisse. L'évolution a été compliquée par une infection du moignon. Ce n'est qu'au début du mois d'août que l'on peut commencer le programme de réadaptation.

Actuellement, l'assurée a une prothèse. Elle ne s'en sert que rarement, préférant encore se déplacer en chaise roulante à l'extérieur, ou à l'aide de cannes anglaises à domicile. Une plus grande autonomisation est espérée à terme.

A la suite de son amputation, l'assurée a par ailleurs présenté un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive nécessitant l'introduction d'un antidépresseur.

L'incapacité de travail comme palefrenière est clairement justifiée. Le Dr S. _____, orthopédiste, atteste une pleine exigibilité dans une activité sédentaire adaptée. Il estime également qu'il n'y a pas d'empêchement ménager.

Cette dernière estimation diverge fortement de l'enquête ménagère qui aboutit à un empêchement de 65%. Cette différence provient du fait que l'assurée ne se sert pas de sa prothèse à domicile. A mon sens, l'estimation du Dr S. _____ est trop optimiste, dans le sens que certains travaux ménagers sont exécutés plus lentement, même avec une prothèse bien adaptée. L'estimation de l'enquêtrice est certainement pessimiste du fait que l'assurée ne se déplace qu'à l'aide de cannes ou en fauteuil roulant. Comme souvent, la vérité doit se trouver entre deux. Pour ma part, je suggère de demander à l'enquêtrice de pondérer son avis en tenant compte du fait que l'assurée est capable de se déplacer avec sa prothèse."

Le Dr M. _____ conclut à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

L'enquêtrice a alors établi un second rapport le 12 septembre 2006 dans lequel elle a procédé à une nouvelle estimation en tenant compte du fait que l'assurée se déplaçait avec des prothèses. Elle retient en conséquence un taux d'invalidité de 25% sur la part ménagère.

Selon une note établie le 12 février 2007 entre l'OAI et l'association suisse des professionnels de l'équitation et propriétaires de manèges, le salaire d'un palefrenier avec CFC en 2006 et 2007 s'élève à 3'000 fr. par mois douze fois l'an. Le salaire d'un manoeuvre varie entre 2'600 fr. et 2'800 fr. par mois, douze fois l'an.

Dans une attestation établie le 31 janvier 2001, cette association mentionnait pour un palefrenier le salaire fixe de 3'000 fr. avec pourcentage.

Le 19 février 2007, l'OAI a communiqué un projet de décision à l'assurée, rejetant sa demande. Dans ce projet, l'OAI considère notamment ce qui suit:

- "• Selon les renseignements en notre possession, vous avez fréquenté l'école primaire. Ensuite, vous n'avez pas appris de profession avec certificat professionnel mais vous avez travaillé en qualité de palefrenière sans certificat et sans rémunération. Vous n'exercez aucune activité 3 ans au moins avant votre atteinte à la santé survenue en avril 2005.
- Sur la base de l'enquête réalisée à votre domicile, vous avez mentionné que si vous étiez en bonne santé, vous travailleriez à un taux d'activité de 50% tout comme vous l'aviez indiqué selon le questionnaire complémentaire à votre demande. Nous vous considérons dès lors comme active pour 50% et ménagère pour 50%.
- Toujours selon l'enquête réalisée sur place, nous constatons que vous présentez des empêchements de l'ordre de 25%, ce qui donne un degré d'invalidité pour la part ménagère de l'ordre de 12.5% (50 X 25%).
- Pour déterminer le degré d'invalidité quant à la part active, nous avons soumis votre dossier auprès du service médical régional. Vous présentez donc une incapacité de travail depuis le 26 avril 2005. Du point de vue médical, au vu de vos limitations fonctionnelles, il est bien clair que l'activité de palefrenière n'est pas du tout adaptée. Votre incapacité de travail pour cette activité est dès lors totale.
- Cependant, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, c'est-à-dire tout travail sédentaire mettant en exergue l'intégrité de vos membres supérieurs, votre capacité de travail est raisonnablement exigible à raison d'un taux complet (précisions quant aux limitations fonctionnelles: position debout de 2 à 3 heures au maximum par jour; pas d'alternance des positions assis debout marche; pas de position à genoux; pas de position accroupie; ne pas lever ou déplacer des charges; ne pas se baisser; pas d'horaire irrégulier; pas de travail en hauteur; pas de déplacement sur sol irrégulier).

- En outre, du point de vue médical, nous constatons que cette activité adaptée aurait pu être envisageable pour la première fois dès le mois de janvier 2006.

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 3'893.00 par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4048.72 (CHF 3893.00 X 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 48584.64.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 et 2006 (+ 1,44% pour 2005 et 1,42% pour 2006; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 24992.05 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/la catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation.

Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 22492.84 pour un taux d'activité de 50%.

Ce revenu doit donc être comparé à celui que vous pourriez réaliser sans atteinte à la santé dans votre activité de palefrenière.

Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	18000.00		
avec invalidité	CHF	22492.84		
la perte de gain s'élève à	CHF	0.00	=	invalidité de 0.00%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
--------------------	------	-------------	--------------------

Ménagère	50%	25%	12.50%
Active	50%	00%	0.00%
Degré d'invalidité			12.50%

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

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 de la loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI)).

Le droit au reclassement existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins,

- Selon nos constatations, tel n'est pas le cas.

Notre décision est par conséquent la suivante:

- La demande est rejetée."

L'assurée s'est opposée à cette décision.

B. Par acte du 3 mai 2007 adressé à l'OAI et reçu par le Tribunal des assurances le 3 octobre 2008, J. _____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 2 avril 2007. Elle allègue ne pas savoir quelle autre profession elle pourrait exercer. Elle se plaint en outre de ne pas avoir été examinée par l'un des médecins de l'OAI et du fait qu'il n'a pas tenu compte dans sa décision quelle souffrait de dépression chronique. Elle demande une consultation auprès de l'un des médecins psychiatres de l'OAI.

Elle a produit un certificat médical du 24 avril 2007, dans lequel le Dr R. _____ relève qu'il a été signalé en plus des problèmes physiques, la présence d'un état anxio-dépressif chronique associé à des troubles mixtes de la personnalité, cette affection et ses conséquences sur la capacité de travail de l'assurée ayant été totalement négligés dans l'appréciation du cas. Il estime que soit l'OAI doit accepter ce diagnostic et l'intégrer dans ses conclusions, soit procéder à un examen plus attentif de l'état psychique de l'assurée.

Dans sa réponse 19 décembre 2008, l'OAI conteste ne pas avoir suffisamment investigué le volet psychiatrique. Il s'est en effet basé

sur l'avis du DUPA du 13 mai 2005, qui fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive et d'un probable trouble mixte de l'adaptation, lesquels ne sont pas invalidants selon le DUPA. En revanche, le certificat médical du Dr R. _____ du 24 avril 2007, dont se prévaut la recourante, ne pose aucun diagnostic psychiatrique, n'indique pas si la recourante est suivie psychologiquement et n'évoque aucune limitation psychiatrique objective. L'OAI estime en outre qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique et que, pour le surplus, les arguments développés par la recourante dans son acte du 3 mai 2007 ne sont pas de nature à remettre en cause sa position. Il conclut alors au maintien de la décision entreprise.

La recourante n'a pas fait usage de son droit de se déterminer sur la réponse de l'OAI du 19 décembre 2008.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). 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. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours est interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Il est en outre recevable en la forme.

2. 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 (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de la détermination du degré d'invalidité de la recourante.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1). Selon la jurisprudence, les constatations émanant de

médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1; 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 3.2), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

c) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

4. a) Sur le plan somatique, l'ensemble de médecins retiennent une capacité de travail entière dans, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante.

b) Sur le plan psychiatrique, les Drs V._____ et G._____ du DUPA ont diagnostiqué un probable trouble mixte de la personnalité. Ce diagnostic, qui n'est pas documenté, n'a pas été confirmé par la suite, par un spécialiste. Certes le Dr R._____ mentionne ce diagnostic, comme étant certain, mais il ne le documente pas et n'est en outre pas psychiatre. En conséquence, ce diagnostic ne peut être retenu.

Les Drs V._____ et G._____ diagnostiquent par ailleurs un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive. Ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante. En outre, ils l'ont examinée le 13 mai 2005 alors qu'elle venait d'être amputée en urgence le 6 mai 2005. Les Drs H._____, P._____ et Z._____ du service de rhumatologie du CHUV dans lequel la recourante a séjourné quelques mois plus tard indiquent dans le rapport de sortie du 15 novembre 2005 que la thymie est tout à fait satisfaisante et qu'à la demande de la patiente, le traitement de Lexotanil est diminué. Le 2 décembre 2005, le Dr R._____ indique que mis à part la régulation du problème orthopédique, la recourante continue à suivre un traitement médicamenteux anti-dépresseur avec actuellement une relative stabilité, le pronostic à long terme étant pour l'instant encore incertain. Le 23 décembre 2005, le Dr R._____ a écrit à l'OAI qu'une reprise d'activité professionnelle lui semblait souhaitable pour sa patiente. Le Dr S._____ ne mentionne pas dans son rapport du 21 mars 2006 de troubles d'ordre psychique. Si l'on peut admettre que la recourante a souffert d'une réaction anxio-dépressive à la suite de l'amputation qu'elle a subie, force est de constater à la lecture des rapports médicaux que son état psychique s'est amélioré par la suite. La recourante ne suit d'ailleurs pas de traitement auprès d'un psychiatre.

Il résulte de ce qui précède que la recourante ne souffre pas d'une affection psychiatrique invalidante.

Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Il n'y a pas donc pas lieu de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique.

c) C'est dès lors à juste titre que l'OAI a retenu que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. a) Sur le plan économique, s'agissant du statut de la recourante, l'OAI a retenu celui de mi-active, mi-ménagère.

Certes, selon les CI, la recourante est considérée depuis de nombreuses années comme personne sans activité lucrative. Elle vit avec un compagnon et sa mère l'aide financièrement. On peut donc admettre que, par nécessité financière, la recourante, comme elle le déclare elle-même, exercerait en bonne santé une activité professionnelle à 50%.

b) Le taux d'invalidité pour la part ménagère de 12,5% tel que le retient l'OAI est fondé sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 12 septembre 2006. Il ne prête pas le flanc à la critique.

c) Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, respectivement le taux d'invalidité dans sa part active (TF 9C_97/2008 du 28 août 2008, consid. 5.1), le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité. Il y a dès lors lieu de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que la recourante était susceptible de réaliser en 2006, année hypothétique de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222), afin de déterminer son taux d'invalidité.

ca) S'agissant du revenu d'invalide, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après ESS), pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 76, consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'019 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (ESS, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2009, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 41'189 fr. 81 (4'019 fr. x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 50'277 fr. 70. L'OAI a en outre réduit ce montant 10% afin de tenir compte du handicap de la recourante (ATF 126 V 80). Ce taux, qui tient compte des limitations fonctionnelles de la recourante, n'apparaît pas critiquable. Compte tenu de cette réduction, le salaire annuel s'élève à 45'240 fr. en chiffres ronds, soit 22'625 fr. pour un taux d'activité de 50%.

cb) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondée sur le revenu qu'aurait gagné la recourante en tant que palefrenière. Toutefois, selon les CI, la recourante est considérée comme personne sans activité lucrative. En outre, elle a déclaré elle-même lors du dépôt de la demande de prestations AI ne plus exercer cette profession depuis trois ans. Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003). Le montant des revenus sans invalidité s'élève dès lors à 50'277 fr. 70. Le taux d'invalidité est ainsi de 10%.

La recourante peut donc exercer une activité professionnelle à 50%. Il n'y a dès lors pas de perte de gain sur la part active.

d) En conséquence, le taux d'invalidité de la recourante est de 12,5% comme l'a retenu l'OAI.

6. Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cents cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante J._____.
- 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:

- J. _____,
- 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).

Le greffier: