

## VD\_FINDINFO AI 317/09 - 219/2013 vom 28. August 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-08-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_317\\_09\\_-\\_219\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_317_09_-_219_2013)

FR: VD\_FINDINFO AI 317/09 - 219/2013 du 28 août 2013

IT: VD\_FINDINFO AI 317/09 - 219/2013 del 28 agosto 2013

### Regeste

FORCE PROBANTE, EXPERTISE JURIDIQUE, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 2 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 6 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.08.2013 AI 317/09 - 219/2013

FORCE PROBANTE, EXPERTISE JURIDIQUE, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 2 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 317/09 - 219/2013 ZD09.023215 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 28 août 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Röthenbacher Juges : Mme Thalmann et M. Neu Greffière : Mme Barman Ionta \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Z. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat à Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 28 al. 2 et 28a al. 1 LAI E n f a i t : A. Z. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1973, sans formation professionnelle, originaire du Kazakhstan et entrée en Suisse en 2000, mariée et sans enfant, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 janvier 2008, invoquant des douleurs dans la colonne vertébrale et des difficultés de mouvements existant depuis quelques années. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 4 mai 2007 et précisait, dans le questionnaire relatif à la répartition de ses activités lucrative et ménagère (formulaire 531bis), qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait « dans une activité convenable » au taux de 100%, par nécessité financière et intérêt personnel. Selon le questionnaire pour l'employeur du 29 janvier 2008, l'assurée a travaillé en qualité de collaboratrice à l'emballage auprès de la société V. \_\_\_\_\_ à [...], du 22 mars 2004 au 31 décembre 2007, l'employeur ayant résilié le contrat pour motif de maladie. Il ressortait également de ce questionnaire que l'horaire de travail était de 43 heures par semaine et le salaire mensuel de 3'260 fr., payable treize fois l'an. Dans un rapport du 12 février 2008, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante évoluant chroniquement depuis 4 ans. L'incapacité de travail était totale depuis août 2007. Le diagnostic était confirmé par un rapport du 13 février 2008 du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecin-adjoint au Centre M. \_\_\_\_\_ (ci-après: Centre M. \_\_\_\_\_), qui indiquait que l'état de santé de l'assurée s'aggravait, mais que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées, une période d'évaluation étant nécessaire compte tenu d'un nouveau traitement. Le 14 avril 2008, l'assurée a été examinée par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin à la Clinique C. \_\_\_\_\_, sur mandat de J. \_\_\_\_\_, assureur perte de gain. Dans le rapport

d'expertise rédigé le 14 mai suivant, au chapitre « retentissement des plaintes », il est mentionné que les douleurs empêchaient la patiente de travailler. Elle éprouvait des difficultés à s'étendre et à se dévêtir. Pour ce qui est du ménage, elle pouvait passer l'aspirateur, mais était obligée de faire une pause après 10 minutes. Les autres tâches ménagères n'étaient plus possibles. Le même diagnostic était posé, à savoir spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew). S'agissant de l'effet sur la capacité de travail de ce diagnostic, l'expert écrivait ce qui suit: « L'assurée est atteinte d'une maladie rhumatismale inflammatoire et évolutive. Actuellement, aucun des traitements entrepris n'a permis d'enrayer la symptomatologie douloureuse, mais le suivi médical est sérieux. Il est possible que la situation se stabilise de manière transitoire, mais cette stabilisation n'est pas atteinte pour le moment. Au jour de l'expertise, on retiendra des signes inflammatoires au niveau des deux mains, des talgies et des douleurs dorsolombaires. Il n'y a cependant pas de signe radiologique au niveau du rachis. S'agissant d'une affection évolutive, il est vraisemblable que l'état de santé se dégrade progressivement. Concernant la capacité de travail dans l'ancien emploi, celle-ci reste nulle. En effet, l'investiguée travaillait dans une « ... chaîne du froid », à savoir dans un milieu humide. Elle était en outre amenée à soulever des charges. Ces conditions de travail ne permettent plus aujourd'hui à l'assurée d'envisager de reprendre son travail antérieur. Compte tenu du diagnostic principal, on peut aussi s'attendre à moyen ou à long terme à l'apparition de complications psychiques de type état dépressif comme c'est très souvent le cas dans des maladies chroniques évolutives. Il peut se développer également, comme dans toute maladie systémique, des complications extra-squelettiques. » En ce qui concerne les plaintes, il est écrit que l'assurée se plaignait de douleurs multiples, en particulier au niveau rachidien, et d'une limitation fonctionnelle au niveau des mains en raison d'un oedème. En ce qui concerne les effets sur la capacité de travail, l'assurée ne pouvait pas soulever de poids de plus de 5 kilos, ni soulever et porter des charges au-dessus du niveau de la tête, faire des travaux délicats, du travail manuel brut, travailler au-dessus du niveau de la tête, en position assise/debout, monter un escalier ou sur une échelle, travailler en position agenouillée, travailler dans un milieu froid soit inférieure à 19° et humide. Selon le Dr S. \_\_\_\_\_, la reprise du travail dans les conditions antérieures n'était pas envisageable. Dans une activité légère bien adaptée et ne nécessitant pas de préhension fine, la capacité était alors de 50 – 60%; elle pouvait être augmentée dès stabilisation de la maladie rhumatismale et contrôle des douleurs selon l'évolution. L'activité adaptée devait répondre aux exigences suivantes: charges alternantes, position assise, activité de charge légère sans travaux au-dessus du niveau de la tête, sans exigence de monter sur une échelle ou sur des échafaudages. Par courrier du 10 juin 2008, J. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'à partir du 15 septembre 2008, elle pourrait reprendre une activité professionnelle adaptée à 50 – 60% et lui verserait des indemnités journalières à temps partiel dès cette date. Dans un rapport du 18 juin 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_ faisait état d'une évolution défavorable, d'un changement de traitement pourtant plus favorable arrêté en raison des effets secondaires et d'un pronostic sombre. Dans un avis du 2 juillet 2008, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR) a considéré que l'activité habituelle n'était plus adaptée. L'assurée disposait cependant d'une capacité de travail de 50% dans une activité sans port de charges de plus de 5 kilos, sans position statique du rachis, sans exposition au froid ni à l'humidité, et sans préhension fine. En juillet 2008, la société V. \_\_\_\_\_ a attesté que son ancienne employée aurait perçu, en 2008, un salaire annuel de 42'900 francs. Dans un courrier du 22 octobre 2008 adressé au médecin-conseil de J. \_\_\_\_\_, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que la maladie de l'assurée

était sévère et invalidante, qu'elle était active et incompatible avec une activité professionnelle. Il s'étonnait des conclusions retenues par l'expert S. \_\_\_\_\_, auxquelles il n'adhérait pas. Le 21 janvier 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a communiqué à l'assurée un préavis (projet d'acceptation de rente), dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 23 août 2008. Il exposait qu'elle présentait une incapacité de travail depuis le 23 août 2007 et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le préavis retenait un revenu sans invalidité de 42'900 fr. en 2008, conformément aux informations transmises par l'ancien employeur. Le revenu d'invalidité a été évalué conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle référence pouvait être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'avait pas – comme c'était le cas de Z. \_\_\_\_\_ – repris d'activité professionnelle. Selon les données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux pour 2008, en tenant compte d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et eu égard à la capacité de travail de 50%, le revenu exigible final était de 23'462 fr. 79. Il en résultait une perte de gain de 19'437 fr. 20, correspondant à un degré d'invalidité de 45,30%. Dans un courrier du 12 mars 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ expliquait que la situation n'était pas satisfaisante et qu'elle ne s'était pas améliorée, l'incapacité de travail demeurant totale. Il précisait que tous les traitements disponibles officiellement avaient été épuisés. Le 3 juin 2009, l'OAI a rendu une décision conforme au préavis. B. Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 2 juillet 2009, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI. Elle invoquait une violation de son droit d'être entendu. Dans sa réponse du 12 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le 26 août 2009, la recourante a produit devant la Cour des assurances sociales une décision du 13 août 2009 fixant les rentes pour la période du 1<sup>er</sup> août 2008 au 31 décembre 2008, précisant que son recours concernait également cette décision. Le 29 septembre 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ a établi un certificat, à la demande de l'avocat de l'assurée, selon lequel celle-ci souffrait d'une spondylarthrite ankylosante sévère, répondant aux critères stricts de New York avec une atteinte radiologique évidente et classique, un syndrome inflammatoire, une atteinte axiale importante, une atteinte périphérique et une atteinte enthésitique. L'activité de la maladie était importante malgré l'essai de tous les traitements disponibles sur le marché. Cette atteinte était incompatible avec une activité professionnelle et l'assurée présentait une incapacité de travail complète. Les possibilités de reclassement étaient nulles et il n'y avait pas d'activité adaptée compatible avec une atteinte aussi sévère et généralisée. Par lettre du 19 octobre 2009, la recourante a pris à titre de conclusion subsidiaire, dans l'hypothèse où la Cour des assurances sociales ne retiendrait pas la grief de violation du droit d'être entendu, que la décision du 3 juin 2009 soit réformée en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2008. Le 28 mai 2010, le Dr H. \_\_\_\_\_ a établi un rapport aux termes duquel le traitement entrepris n'avait pas apporté, avec le temps, le bénéfice espéré. Il écrivait qu'il sollicitait une demande de garantie de prise en charge pour un autre traitement. C. Une expertise a été ordonnée dans le cadre de l'affaire opposant l'assurée à l'assurance perte de gain. Elle a été confiée au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après: BREM) et a été réalisée le 16 mai 2011 par la Dresse P. \_\_\_\_\_,

spécialiste en rhumatologie, et le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport date du 28 octobre suivant. Celui-ci a notamment la teneur suivante : « 5. DIAGNOSTICS (si possible selon classification ICD-10) 5.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail • Spondylarthrite ankylosante associée à des uvéites M 45 • Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.11 • Anxiété généralisée F 41.1 Depuis quand sont-ils présents? Ils sont documentés depuis août 2010, mais sont probablement apparues bien avant. 6.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité travail? • Séquelles modérées de maladie de Scheuermann M 42.0 Depuis quand sont-ils présents ? La maladie de Scheuermann survient lors de la croissance. 6.

#### APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC 6.1 RESUME DE L'HISTOIRE

MEDICALE Mme Z. \_\_\_\_\_, actuellement âgée de 38 ans vit en Suisse depuis onze ans. Dans son pays elle pratiquait la couture et peu après son arrivée on lui a accordé une excellente attestation dans cette activité après qu'elle a réalisé un stage de formation Croix-Rouge en 2001. Elle a travaillé à une chaîne du froid, étiquetant et emballant des articles de boucherie à partir de mars 2004. C'est son premier travail en Suisse. C'est là qu'elle a ressenti des douleurs diffuses. Elle dit qu'elle avait déjà eu mal auparavant aux muscles du dos principalement, mais de manière occasionnelle. Ces douleurs ont évolué ainsi de 2004 à 2007, date à laquelle les critères ont été suffisants pour aboutir au diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Depuis août 2007 on a reconnu médicalement une incapacité de travail pour raison médicale, en relation avec ce rhumatisme. Elle a perdu son poste de travail en décembre 2007. Depuis août 2010, l'expertisée a commencé un traitement psychiatrique comprenant la prescription de psychotropes, en particulier du Seroquel et également un antidépresseur et des anxiolytiques. Le volet psychothérapeutique du traitement comporte des entretiens de soutien par le psychiatre, est une thérapie ciblée sur la maîtrise de l'anxiété par une psychologue. 6.2 ASPECT SOMATIQUE Mme a dès lors été suivie au Centre M. \_\_\_\_\_ au service ambulatoire des rhumatismes inflammatoires, par le Dr H. \_\_\_\_\_ puis par la Dresse G. \_\_\_\_\_. Le Dr H. \_\_\_\_\_ dépeint un grave tableau de rhumatisme inflammatoire, avec un sombre pronostic, dans un contexte d'échecs thérapeutiques successifs. Il note des lombalgies inflammatoires nocturnes, des thoracodynies, des talalgies. Initialement, il n'a pas mentionné de fraches arthrites périphériques, ni de signe d'appel extra-articulaire. Le critère d'Amor qui est la sensibilité au traitement anti-inflammatoire n'est que partiellement rempli. Le critère de la sacro-iliite et le terrain génétique avec la présence de l'HLA B 27 sont remplis. Les critères de New York sont confirmés pour le diagnostic. Comme éléments de gravité, le Dr H. \_\_\_\_\_ relève une importante raideur lombaire qu'il chiffre à un indice de Schober de + 6 cm et à une distance doigts-sol de 17 cm. Il n'a pas testé si cela était en corrélation avec la distance doigts-orteils. Il trouve que le rachis cervical est libre. Il signale des synovites des poignets, des métacarpophalangiennes mais ne les [a] pas confirmées à un examen par ultrason du moins cela ne figure pas dans les éléments à disposition. Il trouve des signes d'enthésopathie multiples. Je suis entièrement d'accord avec les critères de diagnostic retenus, codés, donnant suffisamment de critères pour confirmer le diagnostic. Mais je pondère l'élément de gravité. D'une part l'importance de la raideur lombaire un Schober de + 6 cm et une distance doigts sol de 17 cm fait partie d'un indice rachidien entrant dans les normes à la consultation courante de rhumatologie, à la trentaine, à l'âge de notre expertisée. On ne peut parler d'une importante raideur. Quant aux signes d'enthésopathies, bien qu'il mentionne chez sa patiente la notion d'allodynie fibromyalgique connue, le Dr H. \_\_\_\_\_ ne nous donne pas le score des points d'insertion de la fibromyalgie, qui sont

assez pourtant assez proche [sic], voire identiques pour certains de ceux des enthésopathies, mis à part au niveau des talons. Il ne fait pas de lien entre les 2 affections, quand bien même on a des éléments à sa consultation pour des éléments d'allodynie. C'est peut-être en raison de cela qu'il doute en fin d'examen de la classification de cette spondylarthrite, il dit qu' « il est possible que la maladie soit encore précoce et ne réponde pas encore aux critères de classification ». Il a proposé un premier traitement de fond car le critère de la sacro-iliite bilatérale est clairement identifié. Il dira ultérieurement que le diagnostic a été facile à poser. Je suis d'accord sur ce point, le diagnostic est clair, mais le stade évolutif et le pronostic ne sont pas, à ce stade, tels que l'on puisse parler d'une forme grave. L'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ à la Clinique C. \_\_\_\_\_ du 14.05.2008 confirme le diagnostic. Les plaintes subjectives gardent un caractère inflammatoire. Un premier traitement de fond, l'Humira® n'apportait pas d'amélioration au plan algique, à un délai d'observation de 3 mois. L'expertisée éprouvait des difficultés à réaliser certains actes de la vie quotidienne, elle peinait à s'habiller. L'expert note que l'expertisée était très plaintive. Son examen clinique est le reflet des éléments connus du Centre M. \_\_\_\_\_, à savoir un déroulement du dos qui permet une distance doigts-sol d'une quinzaine de centimètres, un indice de Schober de + 5 cm, un [sic] nuque souple, la pression des métacarpo(tarso)phalangienne est douloureuse, il persiste les douleurs des talons. L'expert ne relève pas de synovite. Il confirme les données du laboratoire et les données radiologiques. Il n'établit pas d'indice d'activité de la maladie. Selon son expérience, il conclut à une affection évolutive, et admet que cela contre-indique son ancien emploi, totalement. Ses valeurs de mobilité sont comparables à celle du Dr H. \_\_\_\_\_. Je m'accorde entièrement à l'évaluation de mon confrère S. \_\_\_\_\_ et à ses conclusions. Le tableau clinique actuel y est comparable. A ce stade, je ne peux pas encore débattre de l'exigibilité dans une activité adaptée. Je relève que le Dr S. \_\_\_\_\_ l'établissait entre 50 et 60% dans une activité légère. Il pronostiquait que cela pouvait augmenter selon la stabilisation de la maladie. Son pronostic était moins sombre que celui du Dr H. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'expérience montre que la spondylarthrite garde un meilleur pronostic chez la femme que chez l'homme. La question reste de savoir si Mme est capable de travailler dans une activité adaptée. L'AI conclut à un préjudice économique de l'ordre de 45.3 % et octroi [sic] une rente partielle. Mme par l'intermédiaire de son avocat s'oppose à cette décision, demandant une rente complète. Elle s'était aussi opposée à la J. \_\_\_\_\_ qui n'accordait plus ses prestations de perte de gain comme Mme le souhaitait. Le Dr H. \_\_\_\_\_ intervient dans le conflit asséculogique aux côtés de l'avocat de sa patiente, et est totalement opposé lui aussi à la décision de l'AI et de la J. \_\_\_\_\_, assureur perte de gain. Il insiste sur le caractère sévère et invalidant de la maladie de sa patiente, de l'atteinte très diffuse, rachidienne et périphérique, des scores de BASDAI et BASFI toujours élevés, supérieurs à 7. Il n'a pas recherché d'autres scores par exemple celui de la kinesiophobie pour interpréter les scores de BASBAI et de BASFI élevés. Il évoque la résistance thérapeutique aux anti-inflammatoires, mais n'a visiblement pas effectué de monitoring thérapeutique pour savoir si Mme était suffisamment dosée, si la compliance était réelle. Il m'apparaît utile de discuter ici un travail de thèse réalisé au Centre M. \_\_\_\_\_ sur l'analyse de la compliance de nos patients par ma collègue, la Dresse X. \_\_\_\_\_. Nous disposions alors de moins de possibilités dans les traitements de fond des rhumatismes inflammatoires. Il était important, chez un patient qui ne répondait pas au traitement, de savoir s'il était compliant aux antalgiques et aux anti-inflammatoires, soit en traitement d'appoint, soit traitement unique. Ma collègue a observé que même pour des maladies aussi dévastatrices que les rhumatismes déformants, la compliance de nos

patients n'était de loin pas celle que nous pensions. Elle était bien inférieure à 50%. Dès lors, pour la spondylarthrite, il est important de savoir, avant de conclure à une absence d'effet d'un médicament, si le patient a pris sa médication, si la posologie est suffisante. Je n'ai trouvé nulle part dans les documents à disposition, que l'on ait soulevé cette question fondamentale dans les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_. Or notre monitoring thérapeutique montre que pour les médicaments qu'elle estime indispensables, les taux sériques de l'expertisée sont en dessous des seuils de détection, pour plusieurs substances testées. Comme on le fait à la consultation des rhumatismes inflammatoires, j'ai établi les questionnaires de BASDAI et BASFI, le DAS, l'HAQ de Mme Z. \_\_\_\_\_. Les résultats sont encore plus alarmants que ceux du Dr H.\_\_\_\_\_. Il faut rester attentif, pour leur interprétation, au fait que ces questionnaires se basent sur des éléments subjectifs. Ayant observé quelques éléments discordants entre les plaintes et les constatations objectives chez notre expertisée, j'ai demandé à Mme, à titre de questionnaires contrôle, de répondre à d'autres questionnaires, établis pour le suivi des pathologies ostéo-articulaires, ou neurologiques. Mme répond positivement et à très haute valeur à l'ensemble des « questionnaires-contrôle ». Il faut dès lors interpréter avec un peu de recul ces questionnaires. Ils gardent leur valeur sur le suivi longitudinal, mais il faut pondérer les réponses en les confrontant aux données cliniques avant d'en déduire d'une impotence fonctionnelle donnant lieu à une incapacité totale dans toute activité. Face à l'échec des traitements conventionnels successifs, le Dr H.\_\_\_\_\_ a fait des demandes auprès des entreprises pharmaceutiques pour trouver un traitement nouveau, non encore enregistré dans notre liste officielle pour aider sa patiente. La Dresse G. \_\_\_\_\_ a débuté en début d'année 2011 un nouveau traitement resté inefficace. Ces traitements n'ont pas encore fait leur preuve selon l'Evidence Based Medicine pour la spondylarthropathie. Qu'en est-il de la gravité de cette spondylarthrite au moment de l'expertise? Le diagnostic de la spondylarthrite est clairement démontré. Il s'associe depuis une bonne année à une complication extra-articulaire, à une uvéite, pour laquelle Mme est suivie régulièrement au plan ophtalmologique. Nous avons un suivi sur 7 ans au moins de son rhumatisme. Il y a des doutes quant à la date d'apparition des douleurs. Mme a signalé avoir eu mal au dos depuis au moins une dizaine d'années, mais cela s'est accentué en 2004 lorsqu'elle a pris une activité professionnelle en Suisse, à 100%. Ce travail est décrit comme physiquement pénible avec port de charges et exposition au froid (température ambiante de l'ordre de 15°). La spondylarthrite est relativement fréquente. Sa prévalence est de l'ordre de 0.5%. Le traitement repose sur l'utilisation des anti-inflammatoires le plus souvent efficaces, parfois insuffisants, rarement totalement inefficaces. Selon la présentation clinique, le choix d'un traitement complémentaire, dit traitement de fond, se fait en fonction de l'importance relative de l'atteinte périphérique sur l'atteinte axiale. Les nouveaux traitements permettent une amélioration significative des plaintes chez plus de 50% des patients, le plus souvent après 3 mois de traitement. Les facteurs de gravité sont principalement la vitesse de sédimentation durablement supérieure à 15 mm à la première heure, et le caractère érosif. La gravité se mesure également en fonction de l'ankylose vertébrale. Si les échelles de BASDAI et de BASFI ont permis une analyse internationale uniforme pour évaluer les traitements, et pour un suivi longitudinal d'un patient, elles restent construites sur les réponses subjectives des patients. Elles doivent être analysées avec recul dans les cas de litiges assécurologiques et dans les situations où l'on peine à trouver une bonne concordance entre les données subjectives et les éléments objectifs. Comme on l'a vu ci-dessus notre expertisée répond de manière positive à divers questionnaires contrôle ce

qui prête à calculer pour chacun des questionnaires de très hauts scores. L'étude des actes du dossier permet de reconnaître que le rhumatisme de Mme Z. \_\_\_\_\_ n'est pas évolutif radiologiquement ni sur le plan des indices d'ankylose vertébrale. Il reste actif sur le plan des indices inflammatoires biologiques. Il n'est pas érosif au niveau des articulations périphériques. Il n'y a pas de synovite torpide. Mme n'a pas eu recours aux infiltrations, aux synoviorthèses en traitements adjuvants locaux. Elle est sans doute moins évolutive que le pronostiquait le Dr H. \_\_\_\_\_. Elle se complique actuellement d'une uvéite. Elle n'a réagi à aucun traitement que ce soit les anti-inflammatoires, et les traitements de fond, mais ne s'est pas aggravée. Nous constatons que ce qui a été considéré par nos collègues hospitaliers comme une non-réponse aux anti-inflammatoires n'a pas fait l'objet d'un contrôle sanguins des anti-inflammatoires prescrits afin de s'assurer de la compliance. Avant de parler d'échec thérapeutique, je suggère aux rhumatologues traitants de s'adjoindre l'aide du monitoring thérapeutique des médicaments facilement dosables. Je porte à leur connaissance que lors de mon examen clinique alors que Mme m'avait donné l'information d'avoir pris sa médication de paracétamol et de diclofénac, ces substances n'ont pas franchi le seuil de détection dans le sang. Aux doses annoncées, même si ces substances ont une courte demi-vie, on aurait pu s'attendre à trouver, sinon un taux proche du taux thérapeutique, du moins un taux détectable. Dès lors il m'apparaît plus prudent d'envisager d'exclure une posologie insuffisante ou une compliance insuffisance avant de parler d'échec thérapeutique, en tout cas pour les anti-inflammatoires. Je me réfère à nouveau à l'étude de la compliance menée au Centre M. \_\_\_\_\_ dans le même service en 1990. Un monitoring thérapeutique des anti-inflammatoires serait sans doute utile également utile avant d'introduire un nouveau traitement de fond non encore validé en Suisse. Ces traitements ne sont pas dépourvus d'effets secondaires, même si les études cliniques ont montré qu'ils pouvaient être utilisés. Leur tolérance à long terme doit encore être évaluée. Sur le plan des aptitudes fonctionnelles objectivées, Mme garde une gestuelle fluide et harmonieuse, même sans l'effet de la médication puisqu'au moment de mon examen, elle n'était pas imprégnée de son antalgique simple ni de son anti-inflammatoire. Il n'y a pas d'évolution déformante ni ankylosante sur les 7 ans d'observation. Elle envisage une grossesse. Par ailleurs, les gynécologues qui investiguent Mme pour sa stérilité lui ont donné un bon espoir pour envisager une grossesse. Mme admet être mieux globalement que lors de l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ pour gérer sa vie quotidienne. Elle envisage de manière sereine la venue d'un enfant. Cela donne un autre éclairage de la situation clinique, moins sombre que ce qui ressort des pronostics du Dr H. \_\_\_\_\_. Il m'apparaît dès lors que les aptitudes actuelles permettraient sur le plan strictement somatique une activité professionnelle adaptée, simple, légère, en position alternée comme le définissait le Dr S. \_\_\_\_\_ en 2008, à 50%, au moins.

### 6.3 ASPECT PSYCHIATRIQUE

Diagnostic selon CIM-10 Le tableau clinique présenté actuellement à l'expertisée comporte deux éléments bien distincts, un syndrome dépressif et un syndrome anxieux. Leur syndrome dépressif comprend la triade symptomatique classique baisse de l'humeur, baisse de l'énergie, baisse du plaisir; A cela s'ajoutent des symptômes dépressifs d'accompagnement: baisse de l'appétit, de la libido, du sommeil, de l'attention, de la valeur pour les stimuli environnants; le temps passe lentement, l'avenir est perçu de manière pessimiste; des idées suicidaires, y compris avec projet concret (défenestration), sont présentes. La gravité des symptômes subjectifs est soulignée par la présence de signes objectifs: tristesse visible, ralentissement moteur et vocal. Le « syndrome somatique » de la dépression au sens de la CIM-10, est présent, puisqu'au moins quatre éléments sont mis en évidence : ralentissement et agitation,

anhédonie, aggravation matinale, diminution de l'intérêt pour les stimuli plaisants, baisse de la libido. Le diagnostic correspondant à ce tableau est celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). L'épisode dépressif ne peut pas être qualifié de sévères [sic] en raison du retentissement qui reste modéré sur l'état général, de même que le ralentissement constaté, et de l'absence d'un autre symptôme de dépression sévère, la culpabilité pathologique. Sur le plan de l'anxiété, il existe des éléments subjectifs, sous la forme de ruminations soucieuses très présentes et d'épisodes anxieux plus aigus avec manifestations physiques (gorge noyée, peine à respirer, oppression de la poitrine). A l'instar des symptômes dépressifs, les symptômes (subjectif) de la série anxieuse sont accompagnés de manifestations objectives sous la forme d'une agitation fébrile et d'une tension perceptible. Le diagnostic d'anxiété généralisée F41.1 est celui qui correspond le mieux à cette sémiologie anxieuse diffuse, qui déborde le cadre d'un trouble panique avec agoraphobie. Actuellement, au vu de l'intensité des manifestations anxieuses, on peut considérer l'anxiété comme sévère. Pour ce qui est de l'élément psychotique observé par le psychiatre traitant, il n'est pas apparu clairement lors du présent examen. Certes, l'expertisée a fait part de la sensation désagréable d'être suivie dans la rue, mais il ne nous a pas semblé qu'il y avait là un caractère délirant (conviction inébranlable sans fondement réel), ni hallucinatoire (pas de véritables perceptions sans objet). Bien entendu, notre observation est ponctuelle. Celle du psychiatre traitant, qui est sur la durée, garde toute sa valeur. Si de véritables phénomènes psychotiques, de type délirant ou hallucinatoire, sont observés, le diagnostic serait celui d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F 32.2). Dans ce cas, le pronostic s'en trouverait aggravé. Pour ce qui est du diagnostic de trouble schizo-affectif évoqué par le psychiatre traitant, il faudrait que les symptômes psychotiques soient vraiment d'allure schizophrénique (vol ou écho de la pensée, discordances, bizarreries du comportement, du discours ou de la pensée) pour qu'il puisse être retenu. Nous n'avons pas observé d'éléments sémiologiques de ce type lors de notre examen. Limitations, répercussions sur la capacité de travail La dépression est suffisamment prononcée et de longue durée (elle est documentée depuis le mois d'août 2010) pour que ses répercussions fonctionnelles (baisse de l'énergie disponible, baisse des capacités motivationnelles et cognitives) entraînent une limitation de la capacité de travail. Il en va de même pour le trouble anxieux qui, indépendamment de la dépression, épuise l'énergie de l'expertisée par les ruminations soucieuses, la mauvaise qualité du sommeil et l'état de qui-vive plus ou moins constant qui le caractérise. Globalement, il paraît raisonnable d'estimer que les troubles psychiques justifient une incapacité de travail de 50%, et cela depuis août 2010 en fonction des données du psychiatre traitant. Le tableau psychique, en particulier le trouble dépressif, n'est pas d'une sévérité telle qu'il exclue toute capacité de travail. Perspectives thérapeutiques et pronostic L'expertisée se soumet à un traitement psychiatrique spécialisé adéquat, relativement intensif puisque impliquant un psychiatre et un psychologue psychothérapeute et un traitement psychopharmacologique « lourd ». Toutefois, le dosage plasmatique des médicaments montre que, si le traitement de Seroquel semble bien suivi, le taux de l'antidépresseur (sertraline) se situe nettement en dessous des dosages attendus et thérapeutiques. Il peut s'agir d'un problème d'observance du traitement ou d'un autre problème pharmacologique, qu'il revient au psychiatre traitant d'investiguer. Ce qui est sûr, c'est que le traitement pharmacologique de la dépression, dans ces conditions, n'est pas optimal. DISCUSSION CONSENSUELLE SUR L'EXIGIBILITE AU TRAVAIL Mme Z. \_\_\_\_\_ n'est plus capable d'exercer son travail antérieur depuis 2004. A partir de mai 2008, elle aurait pu raisonnablement exercer un travail adapté à 50%.

**INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL** 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Pas de port de charges de plus de 5 kg; pas de position statique du rachis, pas d'exposition au froid ni à l'humidité; pas de préhension fine; pas de travail en hauteur des bras, ni à genoux ni accroupie, pas de vibrations à faible fréquence. Au plan psychique et mental Diminution de la baisse de l'énergie et des capacités motivationnelles et cognitives. Au plan social Mme est désinsérée du réseau professionnel, mais garde de bonnes relations dans le réseau familial. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici (sur la base d'un taux d'occupation de 100%) 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Au plan physique IT totale dans l'activité exercée de 2004 à 2007. Au plan psychique Incapacité à 50% depuis août 2010. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Au plan physique Cf. limitations fonctionnelles données. Au plan psychique 50%. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Au plan physique Non. Au plan psychique Oui, à 50%. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Au plan physique Oui, plus de rendement exigible. Au plan psychique Non, pas à un taux d'activité de 50%. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Au plan physique 2007. Au plan psychique Août 2010. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Au plan physique IT restée totale. Au plan psychique Il n'y a pas d'évidence d'une modification significative de l'état clinique du point de vue psychique.

**INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE** 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai? Si non, pour quelles raisons? Au plan physique Oui. Au plan psychique Oui. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? 2.1 Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Au plan physique Dans le respect des limitations données sous B. Au plan psychique Non, probablement pas, sous réserve que le psychiatre traitant investigue la question du taux plasmatique de l'antidépresseur, actuellement insuffisant. S'il y a lieu, la molécule pourrait être changée. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Au plan physique Nulles, Mme ne se voit plus travailler à l'extérieur. Au plan psychique L'intrication entre le trouble dépressif, trouble anxieux et les atteintes physiques est étroite, ce qui restreint les possibilités évolutives. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de la demanderesse? 3.1 Si oui, quel type d'activités, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Au plan physique Oui, dans une température ambiante tempérée, un travail léger simple, sans charges, est encore exigible. Au plan psychique Oui, toute activité adaptée à l'état physique. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) depuis quand et pour quels motifs? Au plan physique 4h/jour au moins. Au plan psychique A 50%. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure et pourquoi? Au plan physique Non pas à ce temps de 4h/jour. Au plan psychique Non, pas avec un taux d'activité de 50%. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Au plan physique Question sans objet. Au plan psychique Idem. 1. L'état de la demanderesse est-il susceptible d'amélioration, à quelle conditions ; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer? 2. Avez-vous d'autres précisions à ajouter L'état apparaît stationnaire sur le plan physique depuis 2008 mis à part l'éclosion des uvéites. Sur le plan psychique, l'intrication de diverses problématiques physiques et psychiques est un facteur de résistance au traitement et donc de chronicisation. L'évolution

de l'atteinte rhumatologique en particulier sera un facteur de grande influence sur les troubles psychiques. Il apparaît important de revoir la thérapeutique sous l'angle d'un monitoring thérapeutique, de prendre en compte dans l'analyse de ce rhumatisme inflammatoire la présence d'élément sortant du champ de concordance radio-clinique. Si la patiente est reconnue suffisamment bien par les gynécologues pour entreprendre un traitement se [sic] stérilité, ce que Mme nous confirme, cela nous paraît traduire des aptitudes fonctionnelles bien meilleures et un pronostic bien meilleure [sic] que ce qui est donné par le Dr H.\_\_\_\_\_.

QUESTIONNAIRE DE LA J.\_\_\_\_\_

1. Anamnèse Au plan rhumatologique et au plan psychiatrique Cf. supra.
2. Quel est le diagnostic? Dans quelle mesure a-t-il influé sur la capacité de travail entre le 4 mai 2007 et le 10 juin 2009? Au plan rhumatologique et au plan psychiatrique Cf. supra.
3. Des facteurs étrangers à la maladie ont-ils eu une influence, sur le processus de guérison? Si oui, lesquels? Sur le plan rhumatologique, ils n'apparaissent pas clairement évidents. Actuellement le désir de grossesse est devenu prioritaire et va peut-être induire une attitude plus positive globalement. Mme reconnaît en effet lorsqu'elle veut convaincre les médecins de l'aider à procréer elle est alors motivée et se sent capable d'envisager une grossesse et la responsabilité d'un enfant en bas âge. Sur le plan psychiatrique Non.
4. La reprise d'une activité professionnelle aurait-elle nui à la santé de la personne assurée? Si oui, dans quelles mesures? Sur le plan rhumatologique Non Sur le plan psychiatrique Non.
5. Quelle était, en pourcentage, la capacité de travail pouvant raisonnablement être exigée de l'assuré du point de vue médical dans l'activité exercée jusqu'ici (sur la base d'un taux d'occupation de 100%)? Sur le plan rhumatologique 0%. Sur le plan psychiatrique 50%.
6. Quelle était, en pourcentage, la capacité de travail pouvant raisonnablement être exigée de l'assuré du point de vue médical dans une activité adaptée (sur la base d'un taux d'occupation de 100%) Sur le plan rhumatologique A 50% au minimum Sur le plan psychiatrique 50%.
7. A quelles exigences devait répondre un poste de travail adapté? Sur le plan rhumatologique Aux limitations fonctionnelles données ci-dessus. Sur le plan psychiatrique Etre adapté à l'état physique.
8. Toutes autres remarques, notamment sur les rapports médicaux des Drs H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ Nihil sur le plan psychiatrique. »

Le 15 novembre 2011, les Desses Y.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint respectivement médecin assistante à l'Hôpital de Hôpital T.\_\_\_\_\_, ont établi un rapport aux termes duquel l'assurée avait été hospitalisée d'office du 13 au 29 septembre 2011. Le diagnostic posé était celui de trouble schizo-affectif, type dépressif. Le 19 décembre 2011, la Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin associée au Service de rhumatologie du Centre M.\_\_\_\_\_, a établi un rapport à l'intention du conseil de l'assurée. Elle se prononçait sur l'expertise en ces termes: « Tout d'abord, je me permets de signaler que depuis que j'ai repris le suivi de la patiente, c'est-à-dire depuis début d'année 2011, j'ai constaté un état clinique peu amélioré par les différentes thérapies comme signalé dans mes rapports, avec une incapacité de travail à 100%. Parallèlement, j'ai constaté deux événements aigus cet été, d'une part en raison d'un problème d'approvisionnement de la patiente en Simponi (rupture de stock dans sa pharmacie): la patiente a interrompu durant quelques semaines le Simponi et a fait alors une poussée d'uvéite importante, objectivée par le Docteur N.\_\_\_\_\_ à l'Hôpital Ophthalmique. Cette uvéite a été jugulée par le traitement du Docteur N.\_\_\_\_\_ mais également par la ré-introduction du Simponi. Nous avons assisté, quelques semaines après, à une décompensation psychiatrique importante à type de syndrome dépressif majeur avec idées suicidaires, ce qui n'était pas la symptomatologie psychiatrique normale et habituelle chez Madame Z.\_\_\_\_\_. Ceci au moment où nous avons repris le traitement de Simponi.

J'ai déclaré cet incident au laboratoire qui fabrique le médicament puisque j'ai eu de façon concomitante un cas similaire. Pendant plusieurs semaines, la patiente a été hospitalisée à Hôpital T.\_\_\_\_\_. Nous avons eu plusieurs échanges avec les psychiatres qui étaient en charge de la patiente. Nous avons décidé de ne pas interrompre le Simponi et de renforcer le traitement médical à visée psychiatrique, pour ne pas risquer une autre uvéite. Il est clair que la maladie rhumatologique elle-même n'est pas contrôlée, mais la patiente ayant déjà essayé plusieurs traitements de fonds, celui-ci semble être le meilleur du point de vue oculaire. Durant toute cette période l'incapacité de travail de la patiente était toujours de 100%. J'aimerais de plus préciser que le traitement de Simponi rempli [sic] les exigences scientifiques (Evidence Based Medicine) et légales en Suisse pour les Spondylarthrites. Concernant la compliance aux traitements, le Simponi semble prit [sic] régulièrement depuis cette poussée d'Uvéite, l'Olfen également et le paracétamol à la demande. Je ne connais pas la sensibilité et la spécificité, ni la reproductibilité des dosages résiduels de ces différentes molécules. Le service de pharmacologie clinique du Centre M.\_\_\_\_\_ que j'ai contacté en rapport avec ce dernier point ne peut pas me certifier de la cohérence clinico-biologique de tels dosages, développés surtout dans des situations d'intoxication aiguë. » Le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est également prononcé sur l'expertise en ces termes, dans une lettre du 17 décembre 2011: « Comme convenu, nous vous adressons un courrier en réponse à l'expertise des médecins du BREM qui nous ne semble pas représenter correctement cette patiente qui est suivie par nos soins depuis août 2010. Madame Z.\_\_\_\_\_ souffre d'un trouble schizo-affectif, de type dépressif, diagnostiqué qui a été par ailleurs, confirmé par l'hôpital psychiatrique de Hôpital T.\_\_\_\_\_. Nous retenons notre diagnostic et celui d'une anxiété généralisée. Nous pensons que l'expert psychiatre n'a pas tenu compte de la symptomatologie psychotique réelle et objectivée également par les psychiatres de Hôpital T.\_\_\_\_\_ lors du séjour de la patiente entre le 13.09.2011 et le 29.09.2011. Madame Z.\_\_\_\_\_ nous est adressée en août 2010 par le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste suite à une aggravation de la symptomatologie dépressive, un tableau anxieux avec une agitation psychomotrice importante et une idéation suicidaire inquiétante. Le probable facteur de crise serait le décès de son frère au Kazakhstan en 2008, dans des circonstances peu claires. En 2009, elle se rend, sur la tombe de son frère ce qui la confronte au deuil et aurait pu la décompenser sur un mode dépressif et une symptomatologie anxieuse, parfois aiguë accompagnée par une symptomatologie psychotique. La prise en charge n'a pas été aisée, il a été difficile de stabiliser son état et trouver le bon ajustement pharmacologique, et même aujourd'hui nous ne pouvons pas parler d'un rétablissement. Madame Z.\_\_\_\_\_ s'est progressivement repliée sur elle-même, s'isolant de plus en plus. Depuis le mois de mai 2011, la patiente ne parvient plus à sortir de chez elle, car elle est fortement conditionnée par des idées de concernement et un sentiment de persécution. La patiente a le sentiment d'être suivie dans la rue, elle a peur d'être attaquée et a la conviction qu'on la regarde, qu'on la critique, qu'on la juge ou qu'on se moque d'elle. Il s'agit d'une conviction délirante de type paranoïde. L'anxiété psychotique se manifeste par une agitation psychomotrice où la patiente peut marcher en rond pendant des heures durant la nuit ou la journée et par des idées suicidaires avec un scénario précis. L'autonomie de Madame Z.\_\_\_\_\_ reste toujours très restreinte, son mari supportant toutes les tâches du quotidien. Elle ne sort que deux fois par jour à raison de 20 minutes, et cela engendre des angoisses très importantes. La prise en charge actuelle compte avec la participation d'une infirmière en psychiatrie du CMS qui se rend régulièrement chez la patiente. On peut évoquer le diagnostic d'un trouble schizo-affectif en

se basant sur une symptomatologie schizophrénique avec une modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, un retrait social, mais aussi par des idées de concernement, méfiance, interprétativité paranoïde, idéation persécutoire, conduite bizarre (parle avec ses poissons, une peluche...), perception délirante (parle avec son miroir, etc), idées délirantes d'influence (pense pouvoir recevoir des messages et avoir une influence sur la télévision, etc). Par ailleurs et au contraire de ce qui est mentionné dans l'expertise, on peut remarquer, comme cela a été décrit dans le rapport de sortie de l'hôpital de Hôpital T. \_\_\_\_\_, une culpabilité et une desvalorisation [sic] sévère avec caractéristiques quasi délirantes. Par conséquent, et dans la mesure où le diagnostic d'un trouble schizo-affectif de type dépressif est un trouble au cours duquel des symptômes schizophréniques et des symptômes dépressifs sont tous deux présents au premier plan, nous pouvons retenir ce diagnostic-là. Toutes ces manifestations se sont, à notre avis, aggravés au fil du temps, justifient pleinement une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques à 100%. » Le 2 avril 2012, les experts se sont déterminés comme suit: « Nous avons lu attentivement les deux rapports des médecins traitants de Mme Z. \_\_\_\_\_. Pour compléter notre information, nous avons étudié également le résumé d'observation de l'Hôpital psychiatrique de Hôpital T. \_\_\_\_\_, où Mme Z. \_\_\_\_\_ a séjourné en septembre 2011 document que nous avons obtenu auprès de l'établissement psychiatrique. Au plan somatique Le courrier de la Dresse A. \_\_\_\_\_ ne modifie pas les conclusions de l'expertise. En ce qui concerne la vérification du taux sérique de médicaments comme le Paracétamol®, nous sommes d'accord que ces dosages se font en clinique surtout lors d'intoxication. En médecine antalgique, dans les cas où les douleurs résistent à une médication, le clinicien peut faire appel à un laboratoire pour doser le médicament prescrit afin d'orienter son traitement. La reproductibilité est difficile à établir, en effet car elle dépend du métabolisme pour chaque patient. Le dosage reste intéressant pour le suivi d'un patient particulier afin de savoir s'il se trouve à un taux indétectable, moyen, ou surdosé du médicament prescrit avant d'en déduire qu'il s'agit d'un échappement thérapeutique. Au plan psychiatrique Sur la base des documents étudiés, on peut dire qu'il y a eu, selon toute vraisemblance, une aggravation de l'état psychique de l'expertisée. Le Dr R. \_\_\_\_\_ fait état d'une augmentation du repli social depuis mai 2011, qu'il impute à des idées délirantes de persécution, sans préciser si ce changement est antérieur ou postérieur à notre examen, qui date du 16/5/2011. Plusieurs autres éléments tirés des documents étudiés parlent en faveur d'une aggravation située au cours de l'été 2011, c'est-à-dire entre le moment où nous avons examiné Mme Z. \_\_\_\_\_ (16/5/2011) et celui où nous avons rendu notre rapport (28/10/2011). Ces éléments sont les suivants: - l'expertisée a dû être hospitalisée en milieu psychiatrique en raison de propos suicidaires tenus le 13/9/2011; ceux-ci ont alarmé l'infirmière traitante, qui a conduit la patiente aux Urgences psychiatriques du Centre M. \_\_\_\_\_, d'où elle a été admise à Hôpital T. \_\_\_\_\_ le même jour - le résumé d'observation à Hôpital T. \_\_\_\_\_ indique que durant la semaine ayant précédé son admission, [l'expertisée] a présenté une aggravation de sa symptomatologie dépressive, associée à une anxiété importante - le rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ mentionne explicitement la survenue, au cours de l'été 2011, d'une décompensation psychiatrique importante à type de syndrome dépressif majeur avec idées suicidaires, ce qui n'était pas la symptomatologie psychiatrique normale et habituelle chez Madame Z. \_\_\_\_\_. Le Dr A. \_\_\_\_\_ invoque comme cause possible de cette aggravation de la dépression un effet indésirable du traitement rhumatologique, le Simponi.

Au vu des documents étudiés, il est donc très vraisemblable que l'état psychique justifie une incapacité de travail totale, dont la survenue peut être datée du 13/9/2011, jour de l'hospitalisation à Hôpital T.\_\_\_\_\_. Les documents ne permettent cependant pas d'évaluer la durée de l'incapacité de travail totale. En effet, ils ne lèvent pas les interrogations que nous avons soulevées lors de notre expertise. Ces interrogations portent sur le diagnostic et sur le traitement, deux éléments qui déterminent le pronostic et, par conséquent, la gravité de l'état de santé et les répercussions sur la capacité de travail. Pour ce qui est du diagnostic, nous n'avons pas retenu dans notre expertise le diagnostic de trouble schizo-affectif, contrairement au Dr R.\_\_\_\_\_. En effet, nous n'avons pas mis en évidence les éléments schizophréniques indispensables à ce diagnostic. Pour mémoire, le trouble schizo-affectif est caractérisé par la présence à la fois d'éléments affectifs (de type dépressif ou maniaque) et schizophréniques. La CIM-10 précise que la simple présence d'hallucinations ou d'idées délirantes non congruentes à l'humeur, par exemple de persécution (paranoïdes) ne suffit pas pour poser le diagnostic. Il faut que les symptômes psychotiques présents correspondent au « noyau dur » de la schizophrénie, à savoir: des bizarreries du comportement (par exemple discordance entre le discours et les émotions exprimées), du discours (coqs à l'âne, emploi de néologismes, etc.) et de la pensée (barrages, automatisme mental, idées délirantes « bizarres », etc). Dans les documents étudiés, il existe un élément allant dans ce sens, ce sont les idées d'influence mentionnées dans le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_, mais celles-ci ne sont pas clairement spécifiées comme s'apparentant à de l'automatisme mental. Le repli social peut être dû aussi bien à l'anxiété qu'à la dépression ou à des idées de persécution. L'observation de Hôpital T.\_\_\_\_\_ ne met pas en évidence d'hallucinations, et ne mentionne pas clairement d'idées délirantes. Elle décrit seulement une tendance aux idées de persécution et de référence, craignant que les gens dans la rue ne lui veuillent du mal ou qu'ils se moquent d'elle, mais aussi une interprétativité de la réalité (par exemple, si une de ses fleurs se tourne vers le soleil, ça peut être un signe qui s'adresse à elle). Elle garde une certaine distance critique par rapport à ces idées. Le sujet réellement délirant n'a aucune critique vis-à-vis de son point de vue. Par exemple il ne « craint » pas qu'on lui en veuille, il en est persuadé de manière inébranlable. Le caractère franchement délirant de ces manifestations est donc sujet à caution. En tout cas il ne nous paraît pas établi que les manifestations décrites correspondent aux éléments schizophréniques exigés pour le diagnostic de trouble schizo-affectif. Les symptômes en question pourraient tout aussi bien correspondre à des symptômes psychotiques accompagnant le trouble dépressif, ou à des manifestations anxieuses sévères, peut-être influencées par des facteurs socioculturels. Pour ce qui est du traitement, notre expertise avait montré que le traitement antidépresseur n'était pas optimal, le taux plasmatique mesuré étant nettement en dessous du taux considéré habituellement comme thérapeutique. Nous suggérons que le psychiatre traitant investigue cet aspect du traitement (problème de compliance? autre cause?). Les documents disponibles ne se prononcent pas sur ce point, et ne font pas mention d'un nouveau dosage de l'antidépresseur. Le résumé d'observation mentionne toutefois une probable prise erratique du neuroleptique (Seroquel). En conclusion, sur la base des documents disponibles, on peut conclure à une vraisemblable aggravation de l'état psychique au cours de l'été 2011, la dépression atteignant un degré sévère, peut-être avec symptômes psychotiques. Le diagnostic de trouble schizo-affectif ne nous paraît pas établi en l'état. Les facteurs de bon pronostic de la dépression mentionnés dans notre expertise persistent: absence d'altération de l'état général, absence d'auto-négligence, caractère réactionnel de la diminution de l'humeur (à l'isolement par rapport à

son milieu d'origine, à la solitude, à la décision de l'AI). Dans ce contexte, il nous paraît raisonnable de reconnaître une incapacité de travail totale à partir de la date de l'hospitalisation, soit le 13.9.2011, et cela pour une durée d'une année. Nous pourrions réexaminer l'expertise en septembre 2012 pour réévaluer la situation. Le laps de temps d'une année devrait permettre à la sémiologie de se décanter et donc de se préciser. La question de l'efficacité du traitement antidépresseur pourrait également être clarifiée, si nécessaire avec l'aide d'un spécialiste en psychopharmacologie. » Par courrier du 8 juin 2012, l'assurée a retiré la demande déposée contre l'assureur perte de gain. Par lettre du 30 octobre 2012, la recourante a limité la portée de son recours en ce sens qu'elle a renoncé à invoquer la violation du droit d'être entendu. S'agissant de la rente d'invalidité, elle contestait la comparaison des revenus; elle prétendait ne pas avoir accepté le très bas salaire qu'elle réalisait chez V.\_\_\_\_\_ de sorte qu'il devait être procédé à un parallélisme des revenus. Par déterminations du 24 janvier 2013, l'OAI a rejeté l'argumentation relative au parallélisme des revenus. Par correspondance du 6 février 2013, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens qu'elle a conclu à l'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 2008. Le dossier relatif à la procédure ouverte à l'encontre de J.\_\_\_\_\_ a été versé dans le présent dossier. E n d r o i t : 1. a) 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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 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). b) Le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il y a lieu d'entrer en matière. 2. Dans son recours et ses premières écritures, Z.\_\_\_\_\_ se plaint d'une violation du droit d'être entendu dès lors que la décision attaquée ne tiendrait pas compte des observations qu'elle a faites contre le projet de décision. Il n'y a cependant pas lieu d'examiner ce grief, la recourante ayant explicitement renoncé à l'invoquer dans son écriture du 30 octobre 2012. 3. Selon la décision attaquée du 3 juillet 2009, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2008, soit à l'issue du délai d'attente d'une année (l'incapacité ayant débuté le 23 août 2007). La recourante conclut à la réforme de cette décision et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. a) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une

rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. b) 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 256 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 256 consid. 4). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_667/2012 du 16 novembre 2012, consid. 4.1). 4. a) La recourante a été examinée au BREM en mai 2011. Les diagnostics posés lors de l'expertise sont une spondarthrite ankylosante associée à des uvéites, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et une anxiété généralisée. Les Drs P. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ constatent que ces diagnostics sont documentés depuis août 2010 mais sont probablement apparus bien avant. Les experts retiennent que les aptitudes de l'expertisée permettraient, sur le plan strictement somatique, une activité professionnelle adaptée, simple, légère, en position alternée comme le définissait le Dr S. \_\_\_\_\_ en 2008, à 50% au moins. Par ailleurs, ils estiment que les troubles psychiques justifiaient une incapacité de travail de 50% depuis août 2010, en fonction des données du psychiatre traitant. Ils concluent à l'exigibilité d'une activité adaptée à 50%, dès le mois de mai 2008. L'expertise se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes de la recourante et a été établie en pleine connaissance

du dossier. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale, tant somatique que psychique, sont claires et les conclusions des experts bien motivées, l'expertise ne comportant pas de contradictions. Les experts ont en outre tenu compte des avis des différents médecins, se sont prononcés sur leur appréciation respective et ont partagé leurs conclusions. Seul l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, selon lequel la maladie de l'assurée est incompatible avec une activité professionnelle, s'oppose aux constatations des experts. Il est cependant insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expertise du BREM. A cet égard, il y a lieu de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soin mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb). Par ailleurs, la recourante a conclu à la réforme de la décision litigieuse et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, admettant dès lors implicitement les conclusions relatives à la capacité de travail telles que ressortant du rapport d'expertise. Il y a dès lors lieu d'admettre que la reprise d'une activité adaptée (pas port de charges de plus de 5 kg, pas de position statique du rachis, pas d'exposition au froid ni à l'humidité, pas de préhension fine, pas de travail en hauteur des bras ni à genoux ni accroupie, pas de vibrations à faible fréquence) était exigible au taux de 50%, dès le mois de mai 2008. Pour la période qui précédait, et ce depuis août 2007, il est reconnu à la recourante une incapacité de travail totale dans toute activité. b) Une évolution de l'état de santé psychique de l'assurée a été médicalement établie depuis l'expertise, notamment à la suite de l'hospitalisation à Hôpital T. \_\_\_\_\_ en septembre 2011. Cependant, cette aggravation n'a pas à être prise en considération dans le présent litige. En effet, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 352 consid. 2b). En l'occurrence, dite décision date de l'été 2009, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner l'évolution de l'état de santé de la recourante, notamment après son hospitalisation à Hôpital T. \_\_\_\_\_, ni de mettre en œuvre un complément d'expertise, comme le requiert l'intimé dans son écriture du 28 février 2013. 5. Dans son courrier du 30 octobre 2012, la recourante conteste la comparaison des revenus telle que ressortant de la décision litigieuse, en faisant valoir que l'intimé aurait dû procéder à une parallélisme des revenus. Elle explique que si elle avait réalisé un salaire « aussi bas que celui qui lui était versé par l'entreprise V. \_\_\_\_\_ », c'est parce qu'elle n'avait pas eu d'autres choix que d'accepter cet emploi en raison de ses très faibles connaissances en français. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146). Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (« revenu hypothétique sans invalidité ») 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 (« revenu d'invalide »). La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b). b) Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, 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, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 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. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsque l'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de la personne assurée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsque avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, la personne assurée était au chômage, ou rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; voir également arrêts B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé in REAS 2004 p. 239, et I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.5, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer. En pratique, celui-ci peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322). Lorsque la réalisation d'un revenu d'invalide situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu (ATF 135 V 58). Lorsque le taux à partir duquel un revenu sans invalidité est inférieur à la moyenne d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne au sens de l'ATF 134 V 322 consid. 4, et il peut – si les autres conditions sont réalisées – justifier un parallélisme des revenus à comparer (cf. en particulier ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Ce parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3). Les conditions de la déduction

résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 consid. 6.2). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser quels pouvaient être les facteurs étrangers à l'invalidité, Il a notamment mentionné à ce propos une faible formation scolaire et l'absence de formation professionnelle, des connaissances insuffisantes d'une langue nationale, ainsi que des possibilités restreintes d'embauche à cause du statut (saisonnier, etc.) de l'intéressé (cf. notamment ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 8C\_744/2011 du 25 avril 2012 consid. 5.1; 9C\_112/2012 du 19 novembre 2012 consid. 4.4; 9C\_435/2012 du 4 janvier 2013). Le ch. 3020 CIIAI (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité; valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012), relatif à la mise en parallèle des revenus, reprend ce qui précède et a notamment la teneur suivante: « Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective. Dans certaines circonstances, l'application d'un correctif est néanmoins justifiée. Il s'agit notamment des cas où le revenu sans invalidité était nettement inférieur à la moyenne déjà avant la survenance de l'invalidité en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. une formation scolaire modeste, une formation professionnelle lacunaire, une faible maîtrise de la langue ou une employabilité restreinte en raison du type de permis). Dans ces cas, la mise en parallèle des deux revenus permet de pondérer ces éléments. Aucun élément ne doit toutefois attester que la personne assurée a elle-même voulu se contenter d'un revenu plus modeste (ATF 135 V 297, ATF 134 V 322, 9C\_488/2008, ATF 135 V 58, 9C\_996/2010). [3020.1] On ne procède à une mise en parallèle que lorsque la différence entre le revenu effectivement perçu et le salaire spécifique à la branche figurant sur le barème est supérieure à 5%. [3020.2] Seule la partie excédant ces 5% entre en ligne de compte dans la mise en parallèle. [...] » 6. a) En l'espèce, la recourante aurait réalisé, selon les indications de son ancien employeur, un salaire de 42'900 fr. (3'300 fr. x 13) en 2008, année au cours de laquelle la rente a pris naissance. L'intimé soutient que le salaire de 3'260 fr. par mois (état au 1<sup>er</sup> janvier 2007; cf. rapport d'employeur du 29 janvier 2008) correspond à l'activité d'ouvrière d'usine et n'est pas inférieur à la moyenne usuelle. Selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2008, publiée par l'Office fédéral des statistiques, le revenu réalisé en 2008 par les femmes dans l'industrie alimentaire pour une activité simple et répétitive était de 48'634 fr. 55, compte tenu d'un salaire mensuel de 3'897 fr. (tableau TA1, ch. 10) alloué 12 fois l'an et d'un horaire usuel de 41,6 heures par semaine (cf. La Vie économique, 7/8-2013, tableau B 9.2, p. 94). Ce revenu statistique dépasse de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé l'assurée auprès de la société V.\_\_\_\_\_. En effet, la différence entre le revenu sans invalidité et le salaire usuel dans la branche selon l'ESS est de 5'734 fr., ce qui représente 11,79%  $([48'634.55 - 42'900] / 48'634.55 \times 100)$ . Dès lors, l'intimé aurait dû, en théorie, examiner si les conditions posées par la jurisprudence sur le parallélisme des revenus étaient réalisées, en particulier le point de savoir si la recourante se contentait délibérément d'un revenu modeste. b) La recourante soutient qu'elle ne s'est pas contentée délibérément d'un tel revenu. Il ressort par ailleurs de l'anamnèse de l'expertise que l'assurée n'a pas de formation professionnelle et qu'après sa scolarité dans son pays, elle a travaillé en usine. Elle a travaillé d'abord dans la couture à [...] puis après son déménagement, auprès de la société V.\_\_\_\_\_. Toujours selon l'anamnèse, son français est correct mais son réseau social faible, pour ne pas dire inexistant. Cela étant, il n'y a pas de raison de penser que

l'intéressée désirait se contenter délibérément d'un salaire inférieur à la moyenne. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, on peut retenir que la recourante n'a pas dû se poser de question sur l'ampleur de son salaire par méconnaissance. Dans ces conditions, il convient de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (cf. ATF 135 V 297 consid. 6.1.3). En pratique, ce parallélisme peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322). En l'espèce, le revenu effectif réalisé en 2008 par l'assurée sera augmenté de 6,79% (11,79% - 5%), soit de 2'912 fr. 90. On obtient ainsi un revenu sans invalidité de 45'812 fr. 90. c) Pour ce qui est du revenu avec invalidité, il convient d'examiner si une déduction doit être opérée sur le revenu obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques. A cet égard, il faut remarquer que les facteurs étrangers à l'invalidité éventuellement déjà pris en considération lors de la mise en oeuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent pas être pris en compte une seconde fois dans le cadre de la déduction pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 134 V 322 consid. 5.2). En l'occurrence, l'abattement de 10% retenu par l'OAI dans son calcul apparaît suffisant pour tenir compte des seules limitations fonctionnelles, lesquelles n'ont pas été prises en compte au titre du parallélisme des revenus à comparer. Ainsi, en retenant un revenu avec invalidité de 4'116 fr. conformément à l'ESS 2008 (tableau TA1, niveau de qualification 4), d'un horaire hebdomadaire de 41,6, d'un taux d'activité de 50% et d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidité doit être ainsi fixé à 23'115 fr. 45. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de 45'812 fr. 90, il résulte une perte de gain de 22'697 fr. 45, correspondant à un degré d'invalidité de 49,54% (22'697 fr. 45 / 45'812 fr. 90 x 100), qui doit être arrondi à 50% (ATF 130 V 121). Ce taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). Il s'ensuit que la recourante doit être mise au bénéfice d'une demi-rente à compter du mois d'août 2008. 7. a) Le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2008. 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 cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr., mis à la charge de l'OAI. La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 2 juillet 2009 par Z.\_\_\_\_\_ est admis. II. La décision rendue le 3 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2008. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre 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 Z.\_\_\_\_\_) ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.