

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1065 vom 19. Dezember 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_1065](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__1065)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1065 du 19 décembre 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1065 del 19 dicembre 2011

### Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.12.2011 Arrêt / 2011 / 1065

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 416/09 - 574/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2011

Présidence de M. Neu Greffier : M. Tissot \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
Mme Thalmann et M. Neu Greffier : M. Tissot \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
V. \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, représenté par Me Caroline Ledermann pour Procap, service juridique, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6ss LPGA ; Art. 4 et 28 LAI En fait :  
A. V. \_\_\_\_\_, (ci après: l'assurée ou la recourante), née en 1955 et d'origine [...], est arrivée en Suisse en mai 1991. Séparée depuis mars 2003 de son second mari, l'assurée est mère de deux enfants, adultes. Ayant appris le métier de coiffeuse en [...], elle a travaillé depuis juillet 1994 comme ouvrière au tunnel de lavage du département hygiène, chez T. \_\_\_\_\_ SA, cela jusqu'à son licenciement à fin septembre 2004. Le licenciement était dû à une incapacité de travail continue de l'assurée, depuis le 1 er décembre 2003. Le 18 octobre 2004, V. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), indiquant être en incapacité de travail depuis le 1 er décembre 2003. L'assurée disait avoir commencé à souffrir dès 1996 de divers problèmes de santé, notamment respiratoires, cardiaques, ainsi qu'avoir subi plusieurs opérations (artère, ulcère, genoux et anneau gastrique). Elle sollicitait l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 1 er novembre 2004, le Centre hospitalier d'Yverdon-Chamblon, par le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin-chef du service de chirurgie, a avisé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'Office) que l'assurée présentait un "status après gastric-banding en 2001 et laparotomie d'urgence pour ulcère perforé en 2004 avec ablation du gastric-banding", qui lui interdisait d'effectuer des travaux de force. Le 27 octobre 2004, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a fait état chez l'assurée de "malaises avec perte de connaissance d'origine indéterminée, d'obésité morbide avec possibles troubles alimentaires, de gonarthrose bilatérale, SAS, eczéma des mains", en tant que diagnostics affectant la capacité de travail. Il relevait en outre une hyperlipémie et une anamnèse de choc anaphylactique à la pénicilline. En tant que handicaps fonctionnels,

le médecin mentionnait des douleurs aux genoux en position debout, de la fatigue et de la somnolence, ainsi que des difficultés d'organisation. Dans son anamnèse, le Dr C. \_\_\_\_\_ écrivait : " (...) elle a bénéficié d'une section de l'aileron rotulien externe et une résection du bord externe de la rotule D en 1998 puis la pose d'un gastric-banding en décembre 2001 en raison d'une obésité morbide avec un BMI supérieur à 40 ; les suites ont été difficiles le poids de la patiente a baissé jusqu'à 62 kg (-22kg) en mai 2003; elle a présenté de nombreux épisodes de difficultés alimentaires avec blocage à la déglutition et état anxieux: le gastric-banding a été légèrement desserré; à partir de ce moment-là V. \_\_\_\_\_ n'a plus perdu de poids ou en a légèrement repris, En mai 2004, elle doit être réopérée en raison d'une perforation d'un ulcère pylorique. A cette occasion on constate que le cathéter du banding s'est débranché en compte tenu des importants problèmes présentés il a été décidé de l'enlever. Depuis lors, V. \_\_\_\_\_ reprend du poids à grande vitesse, (+18 kg). On peut donc s'attendre à une reprise en importance des problèmes pulmonaires et rhumatologiques. La situation se complique avec des malaises dans le cadre d'une extrasystolie très importante en investigation ". Avec son rapport, le Dr C. \_\_\_\_\_ a communiqué à l'OAI un avis du 14 juillet 2004, rendu à la demande de l'assurance perte de gain maladie de l'assurée, par le Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Celui-ci posait, après avoir reçu l'assurée accompagnée de sa fille, le diagnostic de trouble anxieux dépressif mixte (F41.2). Sur le plan psychique, il considérait que l'assurée présentait une capacité de travail entière. En annexe au rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, plusieurs correspondances décrivant l'état de santé de l'assurée étaient jointes. Ainsi, le Dr N. \_\_\_\_\_, pneumologue, relatait, les 7 juillet 2000 et 19 janvier 2001, qu'elle souffrait d'un syndrome d'apnée du sommeil (SAS), sans suivre le traitement préconisé. Le Dr F. \_\_\_\_\_, allergologue, relevait, dans une correspondance du 19 décembre 2003, que l'assurée souffrait de symptômes respiratoires, d'oedèmes des paupières, de rhinites, et de lésions eczématiformes. Enfin, dans une lettre du 7 mars 2004, le Dr L. \_\_\_\_\_, endocrinologue et diabétologue, mentionnait avoir reçu l'assurée du fait de douleurs abdominales provoquant malaises et chute, mais n'émettait pas d'avis quant aux causes de ces troubles, dans l'attente d'autres examens. Dans un rapport du 30 septembre 2005 adressé à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a parlé de "malaises avec perte de connaissance d'origine indéterminée accompagnés de vertiges", de "troubles de l'attention et de la mémoire ainsi que troubles du discernement", et renvoyait au dossier précédent. Il considérait que l'incapacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2003 était continue et communiquait encore deux avis médicaux. Dans le premier, du 6 décembre 2004, le Dr Q. \_\_\_\_\_, cardiologue, faisait état d'une "excellente fonction ventriculaire gauche globale", sans valvulopathie, ni autres cardiopathies. Il ne trouvait pas d'explications probables aux syncopes de l'assurée. Dans le second avis transmis, du 28 janvier 2005, le Dr J. \_\_\_\_\_, neurologue, diagnostiquait "une instabilité du nerf cubital au coude, assez sévère ayant entraîné une importante atteinte sensitive", ainsi qu'un éventuel début de syndrome parkinsonien. Le 14 février 2006, le service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), par la Dresse H. \_\_\_\_\_, considérait qu'au vu des éléments au dossier, l'assurée était pleinement capable de travailler, mais dans une activité adaptée, soit en position assise, sans port de charge et sans travail répétitif avec le membre supérieur gauche, cela du fait des malaises, de la gonarthrose et de l'instabilité du nerf cubital gauche. L'OAI a ainsi adressé, le 8 février 2007, un projet de décision à l'assurée. L'Office y considérait qu'elle ne pouvait plus exercer son ancien emploi, mais avait encore une capacité de travail entière dans une activité qui ne soit pas exercée debout, ne nécessite pas le port de charge, ni de mouvements répétitifs du bras gauche. Partant des résultats des enquêtes sur la structure des

salaires (ci-après : ESS), menées par l'Office fédéral de la statistique, il retenait pour l'assurée, sur base du salaire d'une femme exerçant des activités simples et répétitives, un revenu annuel de 48'584 fr. 64 en 2004. Après un abattement de 10%, l'Office évaluait le revenu d'invalidité à 43'726 fr., supérieur à celui qu'aurait perçu l'assurée dans l'exercice de son ancienne activité (42'900 fr. selon les indications de l'employeur). L'OAI rejetait par conséquent la demande de prestations. Le 19 février 2007, suite à l'envoi du projet de décision, le Dr C. \_\_\_\_\_ a avisé l'OAI que l'assurée avait subi, 6 mois auparavant, une arthroplastie totale du genou droit et qu'une intervention identique allait avoir lieu sur le genou gauche. Par courrier du 22 février 2007, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Elle faisait valoir que la capacité de travail retenue n'était pas réaliste, en particulier ne tenait pas compte de la péjoration de son état de santé, des nombreuses opérations subies, et de l'opération encore à venir sur son genou gauche. Le 30 mai 2007, le Dr W. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, auprès de l'Unité psychiatrique ambulatoire d'Yverdon (ci-après: UPA), a adressé à l'OAI un certificat médical - cosigné par la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin-assistant -, attestant que l'assurée traversait un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique et souffrait de troubles cognitifs d'origine indéterminée, de dépendance aux benzodiazépines et d'anxiété généralisée. Les médecins précisaient que l'investigation était encore en cours, l'assurée n'ayant été vue que deux fois. Dans un rapport du 17 mars 2008 - cette fois cosigné par le Dr B. \_\_\_\_\_, en qualité de médecin assistant -, le Dr W. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée souffrait de trouble cognitif d'origine indéterminée avec retard mental (F70), de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11), d'anxiété généralisée (F41.4) et de dépendance aux benzodiazépines (F13.24). Le médecin estimait que ces affections avaient une influence sur la capacité de travail de l'assurée. Il relevait toutefois encore une obésité, un asthme bronchial, "un status post PTG gauche et droite", "un syndrome d'apnée du sommeil" et "un diabète type II non insulino-requérant", cette fois sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin exposait qu'un examen neuropsychologique, le 27 novembre 2007 au CHUV, et une IRM cérébrale, le 13 février 2008, n'avaient pas révélé de diminution progressive des facultés, ni de démence. L'examen neuropsychologique mettait toutefois en évidence des perturbations praxiques, dysexécutives, d'abstraction et de raisonnement. Le Dr W. \_\_\_\_\_ estimait qu'aucune activité n'était plus exigible de l'assurée. Il motivait cette conclusion par un trouble de la lignée psychotique sur probable atteinte psycho-organique, et réservait toutefois son pronostic. Prenant en compte ces éléments, le SMR, par le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a considéré le 9 avril 2008 qu'au contraire des arthroplasties, les problèmes psychiques étaient source d'un nouvel empêchement de travailler, à dater du 7 mai 2008, et que cet élément justifiait une instruction supplémentaire du dossier à l'issue du délai de carence. Du 27 août au 10 septembre 2008, l'assurée a été hospitalisée pour tenter une adaptation de son diabète et une gestion de ses troubles alimentaires, ainsi que pour réévaluer sa situation psychiatrique. A cette occasion, de nouveaux examens neuropsychologiques, le 2 septembre 2008, montraient une performance mnésique en baisse, une stabilité des performances sur les plans exécutifs et gnosiques, et une amélioration dans les praxis par rapport à l'examen passé l'année précédente au CHUV. Le 28 octobre 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport à l'intention de l'OAI dans lequel il mettait en exergue, comme influant sur la capacité de travail de l'assurée, des malaises avec perte de connaissance d'origine indéterminée, une obésité morbide, une maladie psychiatrique, un trouble du comportement alimentaire, un diabète (depuis 2006), une gonarthrose bilatérale prothèse totale de genou

des deux côtés, un SAS, un eczéma des mains (depuis 2005) et des troubles mnésiques et dysexécutifs (depuis 2006). Il estimait que l'assurée était incapable de travailler depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2003. Dans un rapport médical du 24 novembre 2008, l'UPA a décrit l'état de l'assurée comme strictement stationnaire du point de vue de l'état anxio-dépressif, rappelant pour le reste les résultats de l'examen neuropsychologique du 2 septembre 2008. A la demande de l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, auprès du CEMED à Nyon, a mené une expertise psychiatrique de l'assurée, le 27 février 2009. Dans son rapport du 24 avril 2009, le psychiatre aboutissait à la conclusion que l'assurée souffrait sur le plan psychique d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode était alors d'intensité moyenne, sans syndrome somatique, d'une dépendance aux benzodiazépines, et d'un retard mental léger. Pour lui, "les éléments objectivés, à savoir de légers troubles cognitifs, l'absence de perte de l'énergie vitale sévère, une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne" ne permettaient pas de justifier une incapacité de travail partielle ou totale. Le médecin soupçonnait aussi un éventuel bénéfice secondaire et estimait important un sevrage aux benzodiazépines. Il confirmait toutefois que l'assurée pouvait reprendre une activité manuelle et répétitive compatible avec son niveau intellectuel et ses limitations physiques, ce qui améliorerait aussi sa symptomatologie dépressive persistante. Par courrier du 29 juillet 2009, l'OAI a exposé à l'assurée avoir examiné l'aggravation de son état, au vu des avis du médecin traitant, de l'UPA et de l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_. Il informait toutefois l'assurée qu'après avoir pris l'avis du SMR, il se ralliait aux conclusions du Dr Z. \_\_\_\_\_ et qu'en conséquence le projet de décision pouvait être confirmé. Le même jour, l'OAI notifiait ainsi à l'assurée une décision, conforme au projet du 8 février 2007, niant le droit à une rente ou à des mesures de reclassement. B. Par acte du 14 septembre 2009, V. \_\_\_\_\_ dépose un recours contre la décision de l'OAI du 29 juillet 2009. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et à ce que son droit aux prestations AI soit constaté, subsidiairement à un renvoi de l'affaire à l'autorité intimée. La recourante conteste avoir une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 14 juillet 2004, comme le retient l'OAI. Elle critique la valeur probante des avis des Dr D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, l'un parce qu'il a été requis par une assurance privée, l'autre parce que l'examen a été fait sans interprète. La recourante relève que ces avis sont contredits par l'avis du Dr W. \_\_\_\_\_. Elle fait valoir que ses problèmes somatiques justifient un avis coordonné de spécialistes sous forme d'une expertise pluridisciplinaire. S'agissant de l'évaluation économique, la recourante estime que l'Office devait tenir compte d'un parallélisme des revenus: elle réalisait un revenu inférieur à la moyenne et ce déficit demeurerait dans son revenu d'invalidité. Partant la recourante fait valoir que son revenu sans invalidité doit correspondre au revenu statistique et qu'un abattement doit être opéré qui lui donnerait droit aux mesures professionnelles. A l'appui de son recours, elle dépose un avis du 23 septembre 2009 du Dr C. \_\_\_\_\_, qui considère que la capacité de travail de la recourante est "évidemment nulle" du fait de ses troubles mnésiques, dysexécutifs, de sa somnolence, de ses difficultés à se mobiliser et de ses maux de dos. Le 3 novembre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. L'Office estime que les rapports des Dr D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont pleine valeur probante, au vu des critères posés par la jurisprudence. S'agissant des troubles somatiques, l'OAI souligne avoir tenu compte, non de l'obésité elle-même, mais des conséquences invalidantes en découlant (ostéoarticulaires ou suites de la chirurgie bariatrique). Pour le reste, l'Office fait valoir que l'éventuelle parallélisation n'est opérée, selon la jurisprudence, que sur la part excédant une différence de 5% par rapport au revenu moyen et que l'abattement de 10% est justifié. La recourante réplique, le 2

décembre 2009, en maintenant intégralement les motifs et conclusions de son recours. Elle réitère ses critiques à l'encontre des avis des Drs D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ et souligne que l'obésité morbide dont elle souffre n'est que secondaire à un trouble grave du comportement alimentaire. Pour le reste, la recourante maintient que, par voie de parallélisation des revenus et d'un abattement de 15-20%, on doit lui reconnaître un taux d'invalidité d'au moins 20%. Par courrier du 7 janvier 2010, l'OAI se détermine sur la réplique de la recourante, estimant que même un abattement de 20% ferait nier une invalidité suffisante à admettre une invalidité de 20% et donc le droit à des mesures de reclassement. L'Office estime en outre que l'assurée se contentait de son salaire; il n'y aurait donc pas lieu de procéder à la parallélisation des revenus. E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément. b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA), compte tenu encore des suspensions des délais instituées par la loi (art. 38 al. 4 LPGA). c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1, 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est ainsi compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) La demande de rente AI a été déposée le 18 octobre 2004, la décision entreprise rendue le 29 juillet 2009 et le recours tend au constat d'un droit aux prestations AI des suites d'une incapacité de travail intervenue en décembre 2003. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il conviendra cas échéant de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas. Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4<sup>e</sup> révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés. b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Par ailleurs, aux termes de l'actuel art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488, consid. 4.2; 124 V 108 consid. 2b et les références). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351, consid. 3a; 122 V 157, consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). d) En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465, consid. 4.6 et les références citées; TF 8C\_149/2010 du 30 novembre 2010, consid. 5). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il

importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité). 3. a) Sur le plan somatique, la recourante fait valoir que ses problèmes de santé ont été sous-estimés, notamment les limitations liées à l'obésité et aux troubles qui en découlent vu l'absence de traitement. En se fondant sur le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2009, elle soutient que son obésité est secondaire dans la mesure où elle présente un grave trouble du comportement alimentaire avec obésité morbide ayant de graves répercussions somatiques. b) En l'espèce, c'est se basant sur le rapport succinct précité de son médecin traitant que la recourante soutient que son obésité est secondaire autant dans sa cause que dans ses effets. Or, le Dr C. \_\_\_\_\_ ne développe aucun élément médical lui permettant d'arriver à cette conclusion. Le diagnostic de grave trouble alimentaire n'a au demeurant pas été posé par les psychiatres traitants, qui ont retenu que l'obésité n'avait pas d'effet sur la capacité de travail de l'assurée, celle-ci devant avant tout apprendre à gérer son diabète. Il apparaît au contraire que l'obésité est primaire au sens de la jurisprudence. A cet égard, l'OAI a tenu compte des conséquences ostéoarticulaires secondaires à l'obésité, ainsi que de la chirurgie bariatrique dans l'établissement des limitations fonctionnelles de l'assurée. Celle-ci présente ainsi sur le plan somatique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès juillet 2004 (pas de travail en position debout, pas de port de charge et pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur gauche). Au vu de ces éléments, la décision attaquée se base sur une évaluation correcte des limitations fonctionnelles d'un point de vue somatique, en sorte que ce premier grief de la recourante doit être rejeté. 4. a) Sur le plan psychiatrique, la recourante estime que ni l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ – parce qu'il a été établi dans une procédure séparée, pour l'assurance perte de gain maladie - ni celui du Dr Z. \_\_\_\_\_ – parce que l'examen s'est déroulé sans interprète - ne sont probants. Ces deux avis sont aussi contredits par celui des médecins de l'UPA. La recourante en conclut qu'une expertise pluridisciplinaire doit être ordonnée, d'autant que l'aggravation de ses troubles mnésiques n'a pas trouvé d'explications. b) Quant à la première critique, on rappellera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). c) S'agissant de l'absence d'interprète lors de l'expertise menée auprès du CEMED, par le Dr Z. \_\_\_\_\_, il faut rappeler que, lorsque l'assuré donne suite sans réserve à la convocation régulière d'un expert, rien ne s'oppose à ce que cette expertise - qu'elle soit conduite auprès d'un COMAI ou d'un centre médical spécialisé - soit effectuée dans un milieu où l'on ne s'exprime pas nécessairement dans l'une des langues officielles de la Confédération que l'assuré maîtrise (TF 9C\_37/2011 du 20 juin 2011, consid. 4.2; I 313/03 du 31 mars 2004, consid. 3.1; I 790/02 du 2 juillet 2003). Dans cette mesure, on doit constater que la convocation à l'expertise (cf. lettre du CEMED du 5 février 2009) mentionne clairement que la recourante pouvait réclamer la présence d'un traducteur: il n'est pas prétendu qu'elle l'ait fait. De bonne foi, on pouvait aussi quoiqu'il en soit attendre d'elle qu'elle réagisse avant, si elle estimait réellement que l'expertise n'avait pu se dérouler correctement. En outre, on peut en effet voir que le Dr D. \_\_\_\_\_ a bénéficié de la

présence de la fille de l'assuré durant la consultation (cf. rapport du 14 juillet 2004, p. 8), que, lors du dernier examen neuropsychologique le 2 septembre 2008, la mauvaise maîtrise de la langue française par l'assurée a été soulignée et que, dans son avis du 8 janvier 2009 préconisant la tenue d'une expertise, le SMR évoquait un interprète en langue serbe. Sur le principe, l'absence d'interprète pourrait donc relativiser les résultats de l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_. Toutefois, il ne ressort pas non plus des rapports de l'UPA que le suivi de la recourante soit effectué avec l'aide d'un interprète. Suite aux examens des 4, 12 et 18 septembre 2007, la Dresse G.\_\_\_\_\_, de l'UPA, constatait pour sa part qu' "un examen dans sa langue maternelle risque, semble-t-il, de ne pas être beaucoup plus efficace, compte tenu du fait que la patiente évoque une grande difficulté à trouver ses mots, que cela soit en français ou dans sa langue". Enfin, l'absence d'une tierce personne peut aussi permettre une parole plus libre: le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ fait ainsi état d'une tentative de suicide médicamenteux (p. 14) qui n'apparaît pas ailleurs. Cela laisse à penser que l'examen, sans le secours de l'interprète, a néanmoins pu se dérouler dans des conditions adéquates (qualifiées même de sympathiques en fin d'entretien par le Dr Z.\_\_\_\_\_). Dans cette mesure, l'absence d'un interprète n'est pas de nature ôter sa valeur probante à l'expertise en cause. d) Ces objections devant être écartées, on doit constater que tant le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ que celui du Dr Z.\_\_\_\_\_ répondent aux conditions posées par la jurisprudence, dès lors que, du point de vue de l'état psychique de la recourante, tous deux examinent les points litigieux et le font sur base d'un examen complet, en prenant en compte les plaintes exprimées par la recourante, en pleine connaissance de l'anamnèse et après description du contexte médical. Le premier conclut à un trouble anxieux dépressif mixte, précisant toutefois qu'il s'agit là d'une "entité assez vague", le second, presque 5 ans plus tard et sur la base d'un dossier plus complet, conclut de manière un peu plus précise à un trouble dépressif récurrent, avec alors un épisode d'intensité moyenne. Il ajoute la dépendance aux benzodiazépines et un retard mental, sans que ces éléments fassent apparaître son avis comme contradictoire. Pour leur part, les médecins de l'UPA retiennent un trouble cognitif d'origine indéterminée avec retard mental (F70), un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique (F 33.11), une anxiété généralisée (F41.4), ainsi que la dépendance déjà citée aux benzodiazépines (l'obésité, l'asthme, les deux prothèses de genou, l'apnée du sommeil et le diabète de type II étant considérés comme sans influence sur la capacité de travail). Ces diagnostics sont pour part écartés par le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_. Celui-ci expose de manière convaincante les raisons qui lui font exclure une anxiété généralisée et celles qui lui font estimer que le retard mental n'est pas source d'incapacité de travail (rapport p. 17). S'agissant du trouble cognitif d'origine indéterminée, le Dr Z.\_\_\_\_\_ motive là aussi son désaccord, exposant qu'il ne peut retenir un caractère indéterminé d'un trouble mnésique, en présence d'une patiente dépressive, dont la médication comporte des benzodiazépines et un dérivé d'opiacé. En définitive, seul reste inexpliqué le désaccord de diagnostic portant sur les syndromes somatiques accompagnant les troubles dépressifs. L'UPA ne mentionne toutefois que des troubles somatiques sans effet sur la capacité de travail et n'explique pas quelles conséquences somatiques propres à la dépression affecteraient les capacités de travail de la recourante. e) On l'a vu, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 c. 3a; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par

la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2). En outre, le Tribunal fédéral a encore confirmé récemment que le recours régulier à l'expertise judiciaire n'était pas prévu par le système suisse d'assurance invalidité, pas plus qu'il n'est absolument nécessaire: une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.2 et 4.4.1.5). Dans cette mesure, on doit constater que les diagnostics sont pour l'essentiel concordants et que, lorsque ceux-ci divergent, l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ s'avère probant. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ expose en effet de manière convaincante les raisons de ses divergences et sa prise en compte d'une pleine capacité de travail de la recourante. Il n'y a dès lors pas d'éléments objectifs qui auraient été oubliés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause l'expertise psychiatrique de ce médecin. En outre, hormis pour l'absence d'un interprète déjà évoquée, la recourante n'a présenté aucun grief qui viendrait remettre en cause ou permettre le doute sur l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_, son déroulement et ses conclusions. L'attestation du Dr C. \_\_\_\_\_ déposée en annexe au recours n'y change rien: elle ne contient pas d'éléments objectivement nouveaux et émane d'un médecin traitant qui n'est pas spécialisé en psychiatrie ou en neurologie. f) En définitive, ne reste que la question des signes d'un syndrome psycho-organique qui laisseraient planer le doute sur l'état médical de l'assurée. Mais si l'UPA évoque bien la possibilité d'une psychose ou d'une démence, elle constate en définitive que des investigations neuropsychologiques et une IRM n'ont rien révélé de pathologique (rapport du 17 mars 2008, point D.3), de sorte que là aussi la situation médicale a été investiguée de manière adéquate. Dans ces conditions, on doit constater que l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante. Partant, d'une part, les requêtes de la recourante quant à la mise sur pied d'une nouvelle expertise n'ont pas à être suivies et, d'autre part, le grief fait à la décision attaquée d'avoir repris les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_, puis celles du CEMED par le Dr Z. \_\_\_\_\_, est infondé. L'OAI pouvait donc retenir à bon droit que l'expertise CEMED, reprenant pour part l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, avait pleine valeur probante et que l'assurée était entièrement capable de travailler, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà décrites. 5. a) Les autres critiques de la recourante concernent le calcul de l'invalidité. La recourante considère que la décision attaquée aurait dû prendre en compte le fait qu'elle réalisait un revenu inférieur à la moyenne dans son ancienne activité et corriger cet aspect en opérant un parallélisme des revenus. Elle considère en outre que l'OAI devait opérer un abattement de 15 à 20% en lieu et place des 10% retenus. b) Le revenu sans invalidité doit être établi sur base du revenu réalisé en dernier lieu, cas échéant adapté au renchérissement et à l'évolution réelle des salaires, car l'expérience enseigne que, sans l'atteinte à la santé, l'assuré aurait continué d'exercer son ancienne activité (ATF 135 V 297, consid. 5.1; 134 V 322, consid. 4.1, 129 V 222, consid. 4.3.1). Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb, et les arrêts cités), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé (soit lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible), le revenu d'invalidité (second terme de

la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane) (TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1). Toutefois, 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'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322). Lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidité 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. Ce parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297, consid. 6.1.2 et 6.1.3). c) En l'espèce, sous réserve des questions du parallélisme et d'abattement, le calcul du revenu d'invalidité opéré par la décision attaquée est conforme et n'est pas contesté par la recourante. L'OAI part ainsi du revenu moyen, selon l'ESS, que réalisait une femme dans des activités dites légères et répétitives (niveau de qualification 4) pour l'année 2004 (année où serait ouvert un éventuel droit à la rente; cf. ATF 128 V 174, consid. 4a). L'Office adapte les données de l'ESS à la moyenne hebdomadaire d'heures travaillées cette année-là, soit 41.6, pour obtenir un salaire annuel sans invalidité de 48'584 fr. 64, qui, après abattement de 10%, aboutit à la reconnaissance d'un revenu avec invalidité de 43'726 fr. 18. S'agissant du salaire sans invalidité, l'OAI a retenu un revenu annuel de 42'900 francs, selon les indications du dernier employeur. Partant, comme elle le fait valoir, le revenu effectif de la recourante semble être notablement plus bas que celui moyen de femmes dans sa situation, la différence s'établissant à 11.7%  $((48584.64 - 42900) \times 100 / 48584.64)$ . On peut se demander si, d'un point de vue de la vraisemblance prépondérante, on doit rapporter ce revenu inférieur à la moyenne aux caractéristiques personnelles de la recourante (déficit de formation, singulièrement de formation en Suisse, et de connaissance du français,...). En outre, on doit aussi constater que la recourante est restée plus de 10 ans dans son dernier emploi, ce qui peut être un indice qu'elle se contentait du revenu qu'elle y réalisait, et ferait refuser la parallélisation. En définitive, ces questions n'ont toutefois pas à être tranchées de manière absolue. En effet, même si l'on devait procéder à une parallélisation, il conviendrait, au sens de la jurisprudence précitée, de réévaluer le revenu sans invalidité de la recourante, pour tenir compte du fait que son revenu effectif était inférieur de 6.7% (soit 11.7, moins l'écart de 5% admis par la jurisprudence), à celui qu'elle aurait dû toucher. Le revenu sans invalidité, après parallélisation, serait donc de 45'980.70 fr. annuels  $(45'980.7 - (6.7\% \text{ de } 45'980.7) = 42'900)$ . Même si l'on prend alors en compte - comme le demande la recourante, et sans que cela soit justifié - un abattement de 20%, on aboutirait à un revenu annuel d'invalidité de 38'867 fr. 70  $(48'584.64 - (20\% \text{ de } 48'584.64))$ . La perte de gain en résultant (7'113 francs) mettrait alors en évidence un taux d'invalidité de 15,47%, arrondi à

15% (cf. ATF 130 V 121) et insuffisant à donner droit à une rente ou à des mesures de reclassement. Le recours doit donc être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée pour cette raison déjà. Par surabondance, on rappellera encore que l'abattement opéré par l'OAI est destiné à prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation), dans les limites de la déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique (ATF 134 V 322, consid. 5.2 ; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Or, si l'on a procédé à un parallélisme des revenus à comparer, les conditions de la déduction qui en a résulté et 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). En l'espèce, dans l'abattement de 10% décidé, on pourrait peut-être considérer que l'OAI n'a pas suffisamment pris en compte les autres caractéristiques personnelles de la recourante, notamment sa mauvaise connaissance du français et son absence de formation - singulièrement de formation en Suisse - qui pourraient aussi expliquer la réalisation, avant invalidité, d'un salaire inférieur à la moyenne. Mais ces derniers facteurs ne justifient pas, en tant que tels, que l'abattement soit porté à 20%, comme y prétend la recourante. De même, s'il y a parallélisation, ils pourront alors d'autant moins motiver que l'abattement de 10% décidé par l'OAI soit encore augmenté, puisqu'ils auront déjà été pris en compte. Ainsi, que l'on examine une parallélisation, une augmentation de l'abattement ou la coordination des deux, le taux d'invalidité de la recourante restera quoiqu'il en soit insuffisant à lui donner droit à une rente ou à des mesures de reclassement. Pour cette raison aussi, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

6. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision attaquée est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Caroline Ledermann, Procap service juridique, à Bienne (pour V. \_\_\_\_\_), ■ 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 :

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