

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 939 vom 19. Februar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__939

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 939 du 19 février 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 939 del 19 febbraio 2013

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA

Erwägungen

E. 19

février 2013 _____ Présidence de Mme Brélaz Braillard
Juges : Mme Pasche, juge, et M. Bidiville, assesseur Greffier : M. _____ d'Eggis
***** Cause pendante entre : R. _____, à Arzier, recourante, et Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Clarens, intimé. _____ Art. 16
LPGA; 4, 28 LAI E n f a i t : A. R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le
13 octobre 1973, divorcée et mère de deux enfants, nées en 1994 et 1998, employée de
ménage à 30% dans un établissement médico-social (EMS), a déposé le 11 avril 2008 une
demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures de
réadaptation professionnelle, respectivement d'une rente. L'assurée indiquait souffrir d'une
hernie discale L5-S1, opérée le 17 juillet 2007 par le Dr N. _____, neurochirurgien, et
mentionnait en outre, dans un courrier joint à sa demande, le diagnostic de suspicion de la
maladie de Crohn. Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
(ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé), le Dr X. _____, gastroentérologue, a établi un
rapport le 25 avril 2008, indiquant qu'il n'y avait pas de problématique d'incapacité de
travail à long terme en rapport avec le diagnostic de suspicion de maladie de Crohn. Un
rapport établi par ce même médecin le 4 avril 2008 suite à une colonoscopie totale réalisée
la veille y était notamment annexé. Cet examen avait mis en évidence " quelques érosions
iléales focales " qui pouvaient correspondre " soit à une maladie de Crohn avec lésions
encore relativement limitées, soit à une pathologie infectieuse ". Par communication du 16
mai 2008, l'OAI a octroyé à l'intéressée des " mesures d'intervention précoce sous la forme
d'un soutien à la place de travail ", la capacité de travail retenue étant de 50%. Le Dr
O. _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée depuis le mois de janvier 2007, a
établi un rapport le 17 mai 2008, posant comme diagnostics ayant des répercussions sur sa
capacité de travail : celui de hernie discale L5-S1 et de status après laminectomie le 17
juillet 2007; le diagnostic d'iléite de Crohn, également retenu, était réputé sans répercussion
sur la capacité de travail. Ce praticien relevait la persistance d'un syndrome lombaire
douloureux malgré les thérapies de rééducation, justifiant des " restrictions des charges et
du temps de travail ", et estimait qu'une disparition complète des symptômes à long terme
était peu probable. Une capacité de travail à 50% était retenue dès le 1 er juin 2008, faisant
suite à une incapacité totale débutée le 22 janvier 2007. Par courrier du 25 mai 2008,
l'intéressée a informé l'OAI que, le 15 mai précédent, elle avait dû quitter son lieu de travail
après 3h45 d'activité, en raison de maux de dos et de ventre; elle était depuis le 20 mai 2008
en arrêt de travail pour une durée de trois semaines, selon un certificat médical établi par la

Dresse M. _____, spécialiste en médecine interne. Sur le questionnaire pour l'employeur, l'EMS [...] a répondu le 30 mai 2008 que l'assurée avait travaillé comme employée de ménage avec interdiction de lever des charges de plus de 5 kg, à raison d'environ 14h30 par semaine depuis mars 2006 (30% irrégulier selon planning) et d'environ 7 heures par semaine (50% du 30%) depuis octobre 2007. Elle avait gagné un salaire inférieur à 19'980 fr., non soumis à cotisation. Dans un rapport établi le 2 juin 2008, le Dr N. _____ a posé le diagnostic de névralgie sciatique par hernie lombaire opérée le 17 juillet 2007. Ce neurochirurgien mentionnait, à titre de restrictions occasionnées par cette atteinte, l'exclusion des travaux physiques, du port de charges, ainsi que de la station debout ou assise prolongée. Une incapacité totale de travail était retenue du 16 juillet au 2 octobre 2007, suivie d'une incapacité de travail à 50 % du 3 octobre 2007 au 31 janvier 2008; selon le Dr N. _____, la reprise par l'assurée de son activité habituelle à 30 % était envisageable dès le 13 mai 2008, sans diminution de rendement, le pronostic étant qualifié de " favorable après physiothérapie ". Par communications des 3 et 6 juin 2008, l'office a octroyé à l'assurée des nouvelles mesures d'intervention précoce, sous forme de séances d'ergothérapie d'une part, d'un cours de formation Word et Excell d'autre part. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a établi un rapport le 11 juillet 2008, retenant comme atteinte principale à la santé les lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 opérée le 17 juillet 2007, le diagnostic d'iléite terminale sur maladie de Crohn n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était réputée de 50 % à compter du 3 octobre 2007, suite à l'une incapacité totale débutée le 22 janvier 2007; dans une activité adaptée, soit ne nécessitant ni port de charges de plus de 10 kg, ni position en porte-à-faux, ni position statique du rachis, elle était de 100 % dès le 3 octobre 2007, date à partir de laquelle l'intéressée était réputée apte à la réadaptation. Par communication du 29 septembre 2008, l'office a informé l'assurée qu'elle avait droit à des mesures de placement (orientation professionnelle et soutien dans les recherches d'emploi). Par courrier du 8 octobre 2008, l'assurée a adressé à l'OAI un certificat médical établi le même jour par la Dresse M. _____, attestant d'une incapacité de travail totale du 29 septembre au 18 octobre 2008; l'intéressée précisait que cette incapacité était en rapport avec la maladie de Crohn. Dans le compte-rendu relatif à un premier "entretien placement" du 20 novembre 2008 avec l'assurée, l'office a indiqué que le revenu avant l'invalidité était de 1'100 fr. à 30% (avec revenu d'insertion de 2'600 fr.) comme femme de ménage et a notamment relevé ce qui suit : "(...) Notre assurée nous explique sa situation professionnelle et surtout familiale. Effectivement, ce dernier point prend une ampleur toute particulière (ce qui l'empêche de travailler à + de 30%). Sa vie de famille semble être compliquée, Madame R. _____ est le pilier de cette famille de 2 enfants et un ami. Devant tout gérer (ses deux filles de 14 et 10 ans ayant des problèmes de santé), elle ne peut imaginer travailler à plus de 30%. Sa fille de 10 ans demande un encadrement très important. Vu la situation, Mme R. _____ nous apprend être sous antidépresseur et anxiolytique. Son MT [médecin traitant], la Dresse M. _____, désire l'envoyer chez un confrère psychiatre. En tous les cas, son MT la maintient en IT [incapacité de travail] pour le moment. (...) Mme R. _____ n'a malheureusement entrepris aucune démarche, car dit-elle, elle n'a pas la force actuellement de se lancer dans pareil travail. Elle veut en parler avec son médecin et faire le point sur la situation. (...) Pour le moment, nous ne pouvons rien entreprendre, ni stage, ni mesure et ceci vu l'état de santé psychique de Mme R. _____. Nous allons prendre contact avec son médecin traitant afin d'avoir un peu plus d'éléments sur le point de vue médical." L'assurée a fait

l'objet d'une enquête économique sur le ménage le 20 novembre 2008. Dans le rapport du 27 novembre 2008, l'enquêtrice a indiqué que l'assurée avait été mise en arrêt de travail le 22 janvier 2007, puis à 100% depuis le 29 septembre 2008 pour état dépressif réactionnel et qu'elle ne rencontrait aucun empêchement dans ses tâches ménagères, son ami l'aidant dans une proportion raisonnablement exigible pour les gros travaux; avant tout, le problème d'un début de dépression semblait le plus problématique au moment de l'entretien. Enfin, au chapitre "proposition d'un statut d'active", l'enquêtrice a noté : "c) Activité salariée à l'extérieur Employée de ménage à 30% à l'EMS des Tilleuls à Arzier entre Frs. 400.- et 1'000.- de salaire/m Femme au foyer de 94 à 06. Le Passage tous les mardis, Engagement entre 4 et 7 heures par semaine. Frs 18,90/h d) Travail à domicile Néant" Elle a également relevé : "En théorie, l'assurée devrait travailler à 100% pour subvenir aux besoins de sa famille puisqu'au bénéfice du RI, de l'OCC. D'autre part le couple fonctionne de manière autonome financièrement. Son ami participe au loyer, l'assurée paie sa nourriture." Le 21 janvier 2009, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'intéressée. Son revenu d'invalidité annuel, fondé sur les données statistiques telles que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (année 2006 avec indexation pour les années 2007 et 2008), concernant le domaine des activités simples et répétitives dans le secteur privé (TA:1 - Niveau de qualification 4), a été arrêté à 46'925 fr. 58, après indexation et suite à un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles. Le 22 janvier 2009, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision dans le sens du refus d'une rente d'invalidité. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle était de 50% dès le 22 janvier 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20); une pleine capacité de travail était toutefois exigible de sa part dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit ne nécessitant ni port de charges de plus de 10 kg, ni porte-à-faux, ni position statique du rachis. Reprenant les montants des revenus avec (46'925.60) et sans invalidité (52'139.55) tels qu'arrêtés dans le calcul du salaire exigible du 21 janvier 2009, respectivement le préjudice économique de 10% découlant de leur comparaison, l'office a conclu que le droit à une rente n'était pas ouvert. Dans sa détermination du 21 février 2009 sur ce projet de décision, l'assurée a relevé avoir déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité non afin d'obtenir une rente, mais bien plutôt "pour ne pas perdre [s]on emploi actuel"; elle a indiqué avoir augmenté son temps de travail avant l'apparition de son hernie discale, en produisant à cet égard ses fiches de salaire relatives aux mois d'avril 2006 à janvier 2007. L'intéressée a enfin souligné le caractère parfois insupportable des douleurs dont elle souffrait depuis plus d'une année et demie et a mentionné être "en traitement pour dépression", en concluant implicitement au réexamen de son cas. Par décision du 27 février 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 janvier 2009 et refusé l'octroi d'une rente. Par courrier du même jour à l'assurée, l'office a indiqué que les arguments développés dans son opposition du 21 février 2009 n'apportaient aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa position; il a précisé que l'intéressée bénéficiait d'une aide au placement. Dans un rapport final du 3 mars 2009, la division de l'OAI en charge de l'aide au placement a relevé ce qui suit : "Nous vous informons que nous mettons fin à notre mandat d'aide au placement. Effectivement, notre assurée, lors de notre dernière entrevue, nous a rendu attentifs sur son incapacité de travail et ceci en raison de son état de santé. Madame R. _____ est allée, ces derniers jours, faire quelques examens supplémentaires, dont une IRM [imagerie par résonance magnétique], qui aurait décelé trois hernies cervicales. Apparemment, le MT de notre assurée, la Dresse M. _____, nous

renseignera à ce sujet. Pour le moment, ce même médecin maintient notre assurée en IT à 100 % (durée indéterminée)." Par communication du 13 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il était mis fin, avec son accord, à l'aide au placement. B. Par acte du 27 mars 2009, R. _____ a recouru contre la décision du 27 février 2009 en concluant à son annulation ou à son réexamen. En cours de procédure, elle a produit les pièces médicales suivantes : - Un certificat médical établi le 8 octobre 2009 par le Dr N. _____, dont il résulte que, compte tenu de ses problèmes rachidiens et cervicaux, l'état de santé actuel de l'assurée contre-indiquait absolument le port de charges lourdes, les stations debout prolongées, ainsi que les efforts physiques. - Une attestation non datée établie par la Dresse I. _____, psychiatre et psychothérapeute, qui indiquait suivre la recourante depuis le 22 janvier 2009 pour un état anxio-dépressif, précisant que, compte tenu de son atteinte, elle avait besoin d'une "thérapie intense" (suivi psychothérapeutique et traitement médicamenteux), pour une durée indéterminée; selon ce psychiatre, une incapacité de travail de 40% était justifiée sur le seul plan psychique. - Un certificat médical établi le 9 octobre 2009 par la Dresse M. _____, laquelle relevait la présence de "douleurs abdominales associées à un syndrome inflammatoire biologique" – dont l'origine restait peu claire malgré les investigations entreprises et qui devaient être poursuivies, en collaboration avec le Dr X. _____ –, de troubles psychologiques pour lesquels un suivi et une psychothérapie étaient en cours auprès de la Dresse I. _____, ainsi que d'un très probable syndrome douloureux chronique, enfin de douleurs lombaires et cervicales, dont une cure de hernie lombaire faisant l'objet d'un suivi auprès du Dr N. _____; selon la Dresse M. _____, la capacité de travail de l'intéressée s'en trouvait "évidemment réduite". Par arrêt du 11 mars 2010 (AI 157/09-100/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision du 27 février 2009 et renvoyé la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il complète l'instruction au sens des considérants et rende une nouvelle décision, en exposant notamment ce qui suit : "Dans le cas particulier, l'incapacité de gain doit être appréciée en fonction de l'ensemble des atteintes, tant sur le plan physique que psychique, présentées par la recourante. Or, il est constant que les répercussions des troubles sur le plan psychique, troubles dont l'existence est attestée par un spécialiste dans le domaine concerné (attestation non datée de la Dresse I. _____, produite par la recourante à l'appui de sa réplique du 9 octobre 2009), n'ont pas fait l'objet d'un examen détaillé, et n'ont aucunement été prises en considération dans la décision contestée. L'OAI déclare au demeurant sans équivoque, dans sa dernière écriture, qu'il apparaît nécessaire de compléter l'instruction médicale du dossier, notamment en interpellant ce psychiatre. Ainsi, cet office admet que des éléments d'ordre médical, évoqués dans des certificats dont la valeur probante n'est à ce stade pas discutée, sont susceptibles d'être pris en considération dans le cadre de la décision sur la demande de prestations déposée en avril 2008. Aucun élément au dossier ne permet de considérer que, contrairement à l'avis de la recourante et de l'OAI, l'autorité de céans serait à même de statuer en l'état. Au contraire, il apparaît clairement que le grief de constatation inexacte ou incomplète des faits est bien fondé." C. L'OAI a repris l'instruction du dossier. Dans un rapport du 14 janvier 2010 transmis le 3 mai 2010 à l'OAI, le Dr X. _____ a proposé à la Dresse M. _____ de revoir la situation après réception des biopsies en relevant notamment : "Ces examens nous permettent d'exclure une pathologie érosive, ulcéreuse, antro-duodénale, le développement d'une pathologie peptique oesophagienne active et une pathologie iléo-colique chez une patiente présentant d'une part un syndrome dyspeptique et d'autre part un transit irrégulier. (...) Le tableau clinique peut suggérer, sous réserve d'un

contrôle biologique avec absence de syndrome biologique inflammatoire, des troubles digestifs fonctionnels avec dyspepsie fonctionnelle et syndrome de l'intestin irritable; une pathologie inflammatoire du grêle moyen sans aucune lésion plus proximale ou plus distale est exceptionnelle". Dans un rapport du 18 mai 2010, la Dresse I. _____ a répondu au questionnaire de l'OAI que l'assurée avait travaillé dans un EMS (Etablissement médico-social) comme femme de ménage à 50% et qu'elle présentait une incapacité de travail de 40% sur le plan psychique dès le

E. 22

janvier 2007, date du début du délai d'attente d'un an; les pièces médicales au dossier montraient toutefois que, dès le 3 octobre 2007, une capacité de travail de 80% pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charge au-delà de 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure, pas de travail avec les bras surélevés au-dessus de la tête, pas d'attitude de la tête prolongée en extension, pas de mouvement de rotation rapide de la nuque). Pour déterminer la perte économique, l'OAI a repris les chiffres retenus le 14 juin 2011 dans le calcul du salaire exigible. Par décision du 24 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité en reprenant la motivation de son projet du 24 novembre 2011. D. Par acte du 29 février 2012, R. _____ a recouru contre cette décision et a requis un délai supplémentaire pour apporter des documents médicaux; elle a expliqué qu'elle ne pouvait pas travailler à 80% dans une activité adaptée, en affirmant être incapable de faire une réadaptation professionnelle ou de trouver un emploi car elle était toujours malade. Enfin, elle précisait notamment présenter toujours les mêmes douleurs et souffrir au niveau du dos, de la tête et des épaules, arguant être dans l'impossibilité de trouver un emploi dans ces circonstances. Dans sa réponse du 14 mai 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à la décision attaquée. Dans sa réplique du 27 septembre 2012, la recourante a observé que d'une procédure à l'autre, "on perd des %". Elle a expliqué par ailleurs sa situation de famille (deux filles, dont une souffre d'un retard moteur et physique; l'infarctus de son ami) et a exposé en substance que sa tentative de reprise du travail s'était avérée vaine, qu'elle présentait d'importantes douleurs (dos, nuque, épaules, bras, migraines, maux de ventre et vomissements), et qu'elle souhaitait que l'on reconnaisse qu'elle ne peut pas travailler dans ces conditions. Dans la procédure de recours, la recourante a produit des pièces, en particulier les documents médicaux suivants : - Une attestation du 18 juin 2012 dans laquelle la Dresse I. _____ a indiqué qu'elle suivait la recourante depuis 2009, qui souffrait toujours d'un état anxio-dépressif, de douleurs intenses (maux de tête, dorsalgie, etc.) et de fatigue malgré le traitement médicamenteux (antidépresseur anxiolytique) et la psychothérapie. Ce médecin a précisé que, sur le plan psychique, l'incapacité de travail est de 40%. - Un certificat médical établi le 18 septembre 2012 par le Dr N. _____ qui constate que, compte tenu de son état lombaire et des douleurs qu'elle présente, la recourante doit absolument éviter tout effort physique important et le port de charges lourdes de façon définitive et qu'il lui est également impossible d'envisager une position assise ou debout prolongée de plus de 30 minutes; cela ne lui permet pas d'avoir une activité professionnelle d'employée de ménage ou de secrétaire à plus de 50%. Par duplique du 19 octobre 2012, l'intimé a constaté qu'il ne pouvait remettre en cause le bien-fondé de sa décision, en renvoyant à l'expertise SMR du 25 mai 2011. **E n d r o i t** : 1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur

l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (cf. art. 52 LPGGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA). En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGGA) devant le tribunal compétent (cf. art. 93 et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]), le recours est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53; TF 9C_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1). b) En l'occurrence, la décision attaquée porte sur le droit de la recourante à une rente. Doit donc être examiné le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à sa santé, une diminution de la capacité de travail et de la capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI. Par ailleurs, dans sa réplique, la recourante semble également contester certains éléments du calcul de l'invalidité (d'une procédure à l'autre "on perd des %"), si bien que la question de l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'intimé sera également examinée.

3. a) Selon le droit fédéral 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 LPGGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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 être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40%. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demie rente pour un taux de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux de 70% au moins. Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement

aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références). c) Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). 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 plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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). d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références). 4. a) A la suite de l'arrêt rendu le 11 mars 2010 par la Cour de céans qui considérait nécessaire une expertise pour les

problèmes psychiques, l'OAI s'est fondé sur l'avis médical SMR du 4 mars 2011 pour mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire destinée à déterminer les répercussions des troubles physiques et psychiques de la recourante sur sa capacité de gain. L'expertise réalisée le 21 mars 2011 auprès du SMR par les Drs F. _____ et Y. _____ et déposée le 25 mai 2011, traite donc aussi bien l'aspect rhumatologique que l'aspect psychiatrique. Sur le plan formel, ce rapport d'expertise répond à toutes les exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour avoir pleine valeur probante. Quant au fond du rapport, en raison de son caractère détaillé et du large champ d'investigation couvert avec soin par les deux experts SMR, il convient d'admettre que cette expertise est convaincante tant dans son exposé des problèmes de santé dont la recourante se plaint (en particulier sur le plan anamnestique, de l'examen des plaintes et du status) que dans les diagnostics posés et dans les conclusions au sujet de la capacité de travail de la recourante. Du reste, si celle-ci insiste dans son recours sur l'impossibilité pour elle de tenter une réinsertion professionnelle en raison des maux dont elle souffre et qu'elle décrit, elle ne soutient nulle part que les experts auraient commis des omissions ou des erreurs dans leur appréhension de ses plaintes. Reste encore à examiner le rapport d'expertise SMR au regard des autres documents médicaux au dossier. b) Sur le plan somatique, l'expertise du 25 mai 2011 a examiné en détail les documents médicaux établis auparavant et a discuté les problèmes de santé constatés par les autres médecins consultés par la recourante. Il faut dès lors admettre que les évaluations antérieures à l'expertise, en particulier l'avis du Dr O. _____ du 17 mai 2008 admettant une incapacité totale dès janvier 2007, doivent être actualisées au regard des constatations faites dans l'expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, s'agissant de la maladie de Crohn suspectée en avril 2008 par le Dr X. _____ et mise en relation avec l'incapacité de travail du 29 septembre au 18 octobre 2008 par la Dresse M. _____, en octobre 2008, elle a été exclue ensuite par le Dr X. _____ lui-même, dans son rapport du 14 janvier 2010, à l'opinion duquel les experts ont renvoyé. Quant aux douleurs lombaires et cervicales observées et commentées notamment par le Dr O. _____ en janvier 2007 et par le Dr N. _____ en juin 2008 et octobre 2009, elles font l'objet d'un examen complet et circonstancié dans l'expertise SMR, qui tient compte des problèmes ostéo-articulaires dont la recourante est atteinte et qui énumère en conséquence de nombreuses limitations fonctionnelles découlant de l'état du rachis lombaire, du rachis cervical et des épaules chez la recourante. Les experts ont ainsi repris, précisé et développé les contre-indications posées le 8 octobre 2009 par le Dr N. _____, tout en écartant dans leurs conclusions l'invalidité complète envisagée le 26 janvier 2011 par ce même médecin sans motivation complète et convaincante. Du reste, dans son certificat médical du 18 septembre 2012, le Dr N. _____ contredit sa précédente appréciation en admettant que la recourante peut exercer une activité professionnelle à 50%, en respectant les limitations fonctionnelles, ce qui ne saurait suffire à s'éloigner des conclusions de l'expertise relatives à l'état physique de la recourante. Ce constat s'impose d'autant plus qu'au terme d'investigations approfondies, les experts ont noté la discordance marquée entre l'importance des douleurs annoncées par la recourante et les éléments objectivables de l'examen clinique ciblé (sur le plan digestif et ostéo-articulaire). c) Sur le plan psychique, l'expertise a constaté que l'épisode dépressif moyen d'accompagnement des douleurs chroniques s'est amélioré depuis mai 2010 selon le psychiatre traitant, la Dresse I. _____, et est en rémission complète; elle a donc retenu que, sur le plan psychiatrique, la recourante ne présentait pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant et qu'aucune incapacité de travail de longue durée ne se justifiait. L'attestation établie le 18 juin 2012 par la Dresse I. _____ expose les plaintes de la

recourante, mais sans fournir de motivation approfondie et sans exposer d'arguments conduisant à mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise du SMR. Dans la procédure de recours, la recourante a certes fait un exposé détaillé de ses problèmes de santé, mais celui-ci ne permet pas d'invalider l'expertise du SMR, d'autant que les plaintes de la recourante ont trait pour l'essentiel à l'aspect somatique. d) Dès lors, il faut se fonder sur les conclusions de l'expertise pour retenir une capacité de travail exigible nulle comme employée d'entretien, mais de 80% dès le 3 octobre 2007 dans une activité adaptée tenant compte de toutes les limitations fonctionnelles. La décision attaquée est ainsi fondée sur ce point. 5. Il reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité telle qu'effectuée par l'intimé est conforme au droit fédéral. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. En vertu de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalide. En vertu de la jurisprudence, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est celui de la naissance du droit (éventuel) à la rente d'invalidité; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (TF I 511/03 du 13 septembre 2004, consid. 5.1). aa) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu 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 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). ab) Pour déterminer le revenu d'invalide, il faut selon la jurisprudence, en premier lieu se baser sur la situation professionnelle concrète de l'assuré. Lorsqu'il a repris une activité lucrative après la survenance de l'invalidité, le revenu effectivement réalisé vaut revenu d'invalide, pour autant que le salaire semble correspondre à la prestation de travail et qu'il ne s'agisse pas d'un revenu social, que l'on se trouve en présence de rapports de travail particulièrement stables et que la capacité de travail résiduelle de l'assuré soit pleinement réalisée, ces trois conditions étant cumulatives (ATF 126 V 75, consid. 3b; ATF 117 V 8, consid. 2c/aa, p. 18; TF 8C_579/2009 du 6 janvier 2010, consid. 2.1). Si le revenu réalisé ne répond pas à ces exigences, en particulier parce que l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou une activité dans laquelle il réalise pleinement sa capacité de gain résiduelle, il est possible de faire usage de tables statistiques (ATF 126 V 75, consid. 3 b/bb). Lorsqu'une personne a été réadaptée avec succès dans une nouvelle profession, il n'y a aucun sens à se référer aux valeurs statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) (TFA I 171/04 du 1 er avril 2005, consid. 4.1), même lorsqu'elle l'exerce à un taux inférieur à ce qui est exigible de sa part; il convient dans ce cas, pour calculer le revenu d'invalide, de calculer ce qu'il toucherait s'il exerçait l'activité qu'il exerce effectivement après réadaptation au taux que l'on peut exiger de lui (TFA I 171/04 du 1 er avril 2005, consid. 4.1, TF 8C_579/2009, consid. 2.3). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré qui n'a pas repris d'activité

adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui, il est possible de se fonder sur des tabelles statistiques, en particulier sur les données issues de l'ESS. Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2; ATF 126 V 75, consid. 3b/bb). ac) Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidité est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ASTG], in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition, Bâle 2007, ch. 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelle dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc). La déduction doit être motivée, en ce sens que l'assuré doit pouvoir se faire une idée des motifs qui ont amené l'administration à prendre sa décision; en particulier, cette dernière doit au moins expliquer brièvement pourquoi elle opère la réduction, et sur quels critères elle s'est basée dans le cadre de son appréciation globale (ATF 126 V 75, consid. 5b/dd in fine). La question de l'étendue de l'abattement est une question relevant du pouvoir d'appréciation; à cet égard, le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71, consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71, consid. 5.2). b) En l'espèce, on peut remarquer, s'agissant du revenu sans invalidité, que la décision du 27 février 2009, annulée par l'arrêt du 11 mars 2010, a tenu compte de la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (indexée pour les années 2007 et 2008), ce qui avait alors conduit à déterminer un salaire annuel de 50'277 fr. 69, alors que la décision rendue le 24 janvier 2012, objet du présent recours, tient compte de la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (à savoir la

nouvelle moyenne statistique des salaires calculée en 2008 - et non plus la moyenne des salaires 2006 indexée sur le coût de la vie jusqu'en 2008) pour retenir un salaire annuel de 51'367 fr. 70, ce qui est correct et au demeurant plus favorable à la recourante. Par ailleurs, l'impossibilité d'exercer l'activité d'employée de ménage exercée auparavant est reconnue dans le rapport d'expertise. Les parties ne soutiennent pas le contraire. En raison de ses limitations fonctionnelles, la recourante est incapable de travailler dans la profession exercée jusqu'en 2007 et à laquelle l'enquête ménagère du 20 novembre 2008 se réfère encore dans sa proposition d'un statut d'active (employée de ménage à temps variable et partiel en EMS, dont le salaire ne peut dorénavant plus servir de point de comparaison). C'est donc à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les données issues de l'ESS. La décision attaquée a repris le calcul du salaire exigible pour un niveau de qualification 4, à savoir pour des activités simples et répétitives, ce qui est correct. Quant au taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé pour les limitations liées au handicap, il apparaît relever d'une saine appréciation de la situation concrète de la recourante et ne saurait donc être remis en cause. Du reste, au regard du degré d'invalidité de 28% et du fait qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité, une déduction plus élevée (abattement de 20% sur 41'094 fr. 14 = 32'875 fr. 31, à déduire de 51'367 fr. 68, soit 18'492 fr. 35, si bien que $18'492 \text{ fr. } 35 / 51'367 \text{ fr. } 68 \times 100 = 36\%$ d'incapacité) ne permettrait de toute manière pas d'ouvrir le droit à la rente. Au surplus, les éléments retenus par l'intimé et les calculs de celui-ci sont exacts et ne sont pas contestés. On peut encore tout au plus remarquer que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 novembre 2008 indique que la recourante ne rencontre aucun empêchement dans ses tâches ménagères et qu'à la même époque, celle-ci justifiait son refus d'augmenter son taux d'activité et d'entreprendre une réinsertion professionnelle par la nécessité de s'occuper de sa famille, en particulier de sa fille cadette. Cela ne change rien au résultat auquel on parvient en application de la méthode de comparaison des revenus, qui est du reste plus favorable à la recourante que la méthode mixte.

6. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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'Al 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. 69 al. 1bis LAI et 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) et n'étant pas représentée par un mandataire professionnel.

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