

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 466 vom 8. August 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-08-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2014\\_\\_466](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__466)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 466 du 8 août 2014

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 466 del 8 agosto 2014

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Erwägungen

#### E. 8

août 2014 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Merz Juges : Mme Pasche et M. Bidiville, assesseur Greffière : Mme Pellaton \*\*\*\*\* Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_, à Pully, recourante, représentée par Asllan Karaj, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2 LAI E n f a i t : A. a) M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, originaire d'ex-Yougoslavie, où elle a obtenu un diplôme d'aide infirmière à domicile, est entrée en Suisse en 1993 et en a obtenu la nationalité en 2005. Elle a travaillé comme ouvrière agricole, puis comme ouvrière d'usine jusqu'en 1997. Elle a par la suite effectué des travaux de nettoyage jusqu'en 1999. Elle n'a plus travaillé jusqu'en 2005, puis s'est occupée d'une conciergerie jusqu'en septembre 2008, au taux de 20 %. b) L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 15 décembre 2000, en raison notamment de problèmes orthopédiques (colonne vertébrale), d'anémie chronique et de dépression. c) Après instruction du cas sur le plan médical, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée) a rendu deux décisions le 4 février 2005, octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 1999 au 28 février 2003, pour des raisons d'ordre essentiellement psychiatrique. Il a considéré que l'assurée était ensuite à nouveau entièrement capable de travailler dans son activité habituelle, réputée adaptée. L'assurée s'est opposée aux décisions précitées, produisant notamment un certificat médical du 20 avril 2005 de son médecin traitant, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en allergologie et immunologie clinique, faisant état d'une incapacité entière de travail en raison de multiples pathologies dans la sphère rhumatologique et psychiatrique. L'OAI a ordonné la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), lequel a rendu un rapport le 4 juillet 2006. Il y a retenu les diagnostics de cervicobrachialgies droites non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose modérée C5-6 ; de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie ; de composante de tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite ; d'obésité de classe I ; de lombalgies communes droites non déficitaires avec pseudoradiculalgies droites et de profonde tristesse face à une réalité d'infertilité avec deuils non faits. Le SMR a toutefois considéré que ces diagnostics n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail. L'atteinte au rachis

justifiait les limitations fonctionnelles suivantes : « Position en hyperextension prolongée, mouvements répétitifs de flexion-extension. Port de charges bras tendus supérieur à 4.5 kg, de façon répétitive. Pas de port de charge supérieur à 10 kg en bimanuel ». Le SMR a considéré que les activités d'ouvrière d'usine et d'aide infirmière à domicile que l'assurée avait exercées respectaient ces limitations fonctionnelles, de sorte que sa capacité de travail était de 100 % dans de telles activités. Sur la base de l'examen précité, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée, par décision sur opposition du 9 mai 2007. L'assurée n'ayant pas recouru, dite décision est entrée en force. B. a) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 28 juillet 2009, en raison de dépression. Suite à l'ajout au dossier de l'OAI de plusieurs documents médicaux, le SMR a considéré, dans un avis du 1<sup>er</sup> février 2010, qu'une expertise extérieure bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique était nécessaire, afin de clarifier la situation médicale de l'assurée. b) L'OAI a ainsi mandaté le Centre W. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre W. \_\_\_\_\_), lequel a rendu un rapport d'expertise le 22 octobre 2010, sur la base d'un examen clinique et du dossier médical de l'assurée. Il a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants : cervicarthrose et spondylodiscarthrose dorsolombaire sans myélopathie ni radiculopathie actuelle (M47.8) évoluant depuis 2005 au moins ; arthrose nodulaire des doigts (M15.4) depuis 2007 au moins ; periathropathie de l'épaule droite avec atteinte dégénérative de la coiffe (M75.0) depuis 2006 ; Hallux Valgus (M20.3) ; et sur le plan psychiatrique, trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), présent depuis fin 1997 (épisodes en décembre 1997, février 2000, octobre 2001, février 2005, mars 2008). Le Centre W. \_\_\_\_\_ a en outre retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : obésité avec diabète de type 2 et dyslipidémie (syndrome métabolique E88.9) ; morphee (L94.0) ; céphalées (R51) ; troubles digestifs fonctionnels (K30) ; status après contusion paralombaire gauche et hématome sous-cutané (S30.0) ; stérilité après grossesses extrautérines, fausses-couches, échecs de fécondation in vitro et transfert d'embryon (N97.8) et status après résection segmentaire intestinale. Le consensus entre les experts du Centre W. \_\_\_\_\_ a la teneur est la suivante : « En conclusion, le consensus entre les experts fait reconnaître depuis fin 1997 une IT [incapacité de travail] totale pour raison psychiatrique (dépression moyenne), en 2002 également toujours pour raison psychiatrique dans laquelle s'intègre une IT de 20 % dans l'ancienne activité pour raison somatique. Dès février 2003, au vu de l'amélioration de la situation au plan psychiatrique (thymie neutre sans aucun suivi), pas d'IT sur le plan psychiatrique ; une IT de 20 % reste justifiée de manière définitive au plan somatique dans les anciennes activités mais il n'y a aucune IT dans une activité adaptée. Dès février 2005 jusqu'en juin 2006, IT à nouveau totale dans toute activité pour raison psychiatrique dans laquelle s'intègre dès 2006 une IT de 40 % pour raison somatique, définitive, mais aucune IT dans une activité adaptée au plan somatique. De juillet 2006 à mars 2008, pas d'IT dans une activité adaptée. Depuis mars 2008 jusqu'à ce jour, IT de 30 % dans une activité adaptée donnée pour raison psychiatrique. C'est l'atteinte psychiatrique qui pondère depuis 2002 la pleine exigibilité reconnue au travail dans une activité adaptée sauf entre juillet 2006 et mars 2008. » Les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes sur le plan physique : « Rachis cervical : pas de position en hyperextension prolongée, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension. Pas de port de charges bras tendus supérieur à 2 kg, de façon répétitive ni en hauteur. Pas de porte-à-faux du rachis, de position debout ou assise prolongée. depuis 2002 Pas de port de charge supérieur à 10 kg en bimanuel les bras en bas. Pas d'activité répétitive des membres supérieurs ni en force ni en abduction. depuis 2006 Pas d'activité

répétitive ni en force avec les mains. depuis 2007 » Au plan psychique et mental, des limitations quantitatives étaient présentes en relation avec le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, à savoir : anhédonie et réduction des capacités d'apprentissage et d'adaptation. Au plan social, des limitations quantitatives étaient également présentes et se manifestaient par un retrait social. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables sur le plan physique, mais pas sur le plan psychique. La capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent pouvait être améliorée sur le plan psychique par la poursuite d'un suivi psychiatrique associé à une prise quotidienne du traitement antidépresseur. Par avis médical du 23 novembre 2010, le SMR a repris les conclusions du Centre W.\_\_\_\_\_.

c) Par communication du 9 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée de son droit à l'orientation professionnelle. A la suite de cette communication, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est adressé à l'OAI par courrier du 17 décembre 2010. Il a expliqué que l'assurée était suivie au Centre T.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> février 2010. Elle présentait un trouble dépressif récurrent, accompagné de symptômes psychotiques. Elle était au bénéfice d'un traitement médicamenteux continu comprenant un antidépresseur et un neuroleptique. Les symptômes étaient continus avec ralentissement, syndrome hyperalgique, humeur triste et hallucinations auditives. La patiente bénéficiait d'une activité thérapeutique, à raison d'une à deux fois par semaine au centre de Consultation X.\_\_\_\_\_. L'état psychique actuel de l'assurée semblait incompatible avec une activité professionnelle ou de réinsertion. Le SMR a déclaré maintenir sa position par avis médical du 5 janvier 2011, les atteintes décrites par le Dr P.\_\_\_\_\_ ayant déjà été prises en compte.

C. L'assurée insistant sur sa position de ne pas pouvoir exercer une activité professionnelle, l'OAI a calculé son préjudice économique par le biais d'une approche théorique, sur la base d'une capacité de travail de 70 %. Dans un rapport final du 1<sup>er</sup> février 2011, il a ainsi retenu un préjudice économique de 37 %, ne donnant pas droit à une rente. Le statut d'active à 100 % de l'assurée a été confirmé par une enquête économique sur le ménage effectuée par l'OAI le 3 octobre 2011. Le 24 janvier 2012, l'OAI a informé l'assurée de son droit à l'aide au placement. Il a également rendu ce jour un projet de décision dans le sens d'un refus de rente. L'assurée s'est opposée au projet de décision par courrier du 19 mars 2012. Elle a observé que l'OAI avait tenu compte d'exams et de rapports qui dataient de 2009/2010, alors que son état de santé s'était aggravé régulièrement depuis les derniers examens. Elle a joint à son opposition deux documents. Le premier, du 27 février 2012, faisait état d'une consultation à Polyclinique Médicale Universitaire en raison de lombalgies. Les médecins de la Polyclinique ont posé le diagnostic d'acutisation des lombalgies sur canal lombaire étroit et hernie discale. Le second est un rapport d'IRM lombaire du 2 mars 2012 de l'U.\_\_\_\_\_, dont les conclusions sont les suivantes : « Discopathies inchangées en L3-L4 et L4-L5, péjoration marquée du status en L5-S1 caractérisée par une extrusion focale de matériel discal de localisation paramédiane gauche luxée vers le bas, comprimant la racine S1 gauche à son émergence du sac thécal. » Le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l'assurée, a rédigé à l'intention de l'OAI, le 4 avril 2012, un certificat médical attestant du fait que la situation du dos de sa patiente s'aggravait depuis le mois de janvier 2012 avec une lombosciatique et une hernie discale. L'assurée était en incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2012. Sur avis du SMR (du 1<sup>er</sup> mai 2012), l'OAI a réinterrogé les médecins traitants de l'assurée. Les médecins de la Polyclinique, ainsi que le Dr D.\_\_\_\_\_, ont confirmé leur analyse (documents indexés par l'OAI les 11 et 12 juillet 2012). Le Dr P.\_\_\_\_\_, quant à lui, a

rempli le questionnaire de l'OAI le 19 décembre 2012. Il y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (non congruent à l'humeur) F33.3, existant depuis 2003 ; de trouble schizotypique F21 et d'état de stress post-traumatique, existant depuis 2009. Il a fait le constat médical suivant : « Mme M.\_\_\_\_\_ a 56 ans, elle a l'air triste et paraît avoir mal quand elle marche. Le contact est parfois bizarre, mais Mme M.\_\_\_\_\_ arrive à se détendre avec le temps tout en doutant de son interlocuteur (méfiance sous-jacente). On note un ralentissement psychique et une inhibition de la pensée. Le discours est centré sur les douleurs et les difficultés de marche, surtout le matin. Mme M.\_\_\_\_\_ ne peut marcher plus de 10 min et ne fait pas de projet, même à court terme. Mme M.\_\_\_\_\_ ne peut pas évoquer son passé et sa biographie sans être submergée d'émotions qu'elle a de la peine à maîtriser (crises de larmes, irritabilité). Mme M.\_\_\_\_\_ n'a pas d'énergie, présente une fatigabilité accrue et n'arrive pas à faire face seule aux tâches ménagères. On note une anhédonie présente importante et persistante depuis de nombreuses années. Mme M.\_\_\_\_\_ présente souvent des hallucinations auditives (voix de ses proches décédés au Kosovo qui l'appellent) qui l'angoissent beaucoup et vérifie parfois si des gens sont cachés à son insu chez elle. Parfois, elle présente de référence [sic] et des idées de persécution non systématisées (à l'encontre des intervenants socio-économiques principalement). Par moment, Mme M.\_\_\_\_\_ présente une déshinhibition (elle est anormalement à l'aise avec les gens), un comportement inadéquat et des phénomènes de déréalisation (ne reconnaît pas son environnement habituel). Mme M.\_\_\_\_\_ s'endort difficilement et dort d'un sommeil léger et entrecoupé. L'évolution est marquée par un tableau dépressif qui a tendance à se chroniciser avec des aggravations récurrentes auquel se surajoutent des symptômes de la lignée psychotique et des douleurs du dos et des membres inférieurs (cf. dossier Rhumatologie et IRM). Les troubles symptomatiques de la lignée franchement psychotique sont récidivants et surviennent de manière totalement imprévisible, sont toujours de courte durée (peuvent aller de quelques heures à quelques jours). Les symptômes dépressifs et les récives psychotiques persistent malgré un traitement médicamenteux antidépresseur et antipsychotique de manière continue. » Selon le Dr P.\_\_\_\_\_, l'on ne pouvait attendre une amélioration de l'état de santé psychique et la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable. L'assurée bénéficiait d'une psychothérapie intégrée et d'une psychothérapie de soutien mensuelle et d'un traitement médicamenteux continu associant antidépresseur et antipsychotique atypique. Les soins devaient être continus et prolongés. L'assurée était incapable de travailler dans sa profession d'infirmière depuis février 2006. La dépression et les troubles psychotiques empêchaient toute activité physique qui nécessitait de l'attention. L'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Par avis médical du 24 janvier 2013, le SMR a considéré qu'un complément d'expertise auprès du Centre G.\_\_\_\_\_ (nom actuel du Centre W.\_\_\_\_\_, ci-après : Centre G.\_\_\_\_\_) était nécessaire, afin d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée. D. Le Centre G.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise le 4 juillet 2013, sur la base d'un examen clinique de l'assurée et de son dossier médical. On extrait de la partie « discussion » du rapport ce qui suit : « 5.2 Au plan somatique [...] Au plan objectif, elle [l'assurée] nous est apparue en meilleure forme que lors de notre première rencontre en 2010, elle n'a pas pleuré autant lors de l'anamnèse somatique, elle était même enjouée et détendue, elle n'était pas agitée mais souriante, adéquate, gardant parfaitement le focus de l'attention. Elle a maigri volontairement de 8 kg au moins, elle apparaît plus jeune avec une

nouvelle coupe de cheveux. Elle est alerte dans sa gestuelle, qui n'est pas limitée. Cette perte pondérale est favorable globalement à son état de santé, entre autres en ce qui concerne le syndrome métabolique. Sa tension artérielle est moins haute notamment. Cela est favorable également pour sa gonarthrose débutante. La morphée reste parfaitement localisée, d'aspect calme, sans signe phlébitique d'avoisinage. Lors du status il y a eu des variations entre l'observation d'une mobilité complète dans la gestuelle spontanée et quelques autolimitations et discordances passagères lors du status. Il n'y a pas de synovite ni de déformation qui soit apparue depuis 2010. Si Mme garde des signes de déconditionnement avec une sangle abdominale relâchée dans le contexte de son obésité et de sa sédentarité, il n'y a pas d'amyotrophie en regard des membres qui ferait évoquer une sous-utilisation. Il existe des zones d'allodynie et d'hyperalgie des tissus sous cutanés cellulitiques. Cela ne correspond pas aux critères complets de la fibromyalgie. Il persiste des symptômes de discordances et d'amplification de Matheson ainsi qu'une kinésiophobie selon les critères de Tampa Il n'y pas été observé de mouvement anormal tel que le tremblement observé par intermittence lors de la précédente expertise. Retenons tel que cela a déjà été démontré depuis un an une aréflexie achilléenne gauche, sans doute séquellaire de l'épisode sciatique gauche avec hernie discale démontrée en mars 2012 en L5-S1 gauche, hernie qui avait du reste spontanément régressé sur l'IRM en décembre 2012. L'examen neurologique est en ce point superposable à celui de son neurologue. Les examens radiologiques ne montrent que des altérations dégénératives mineures, bénignes tant au niveau axial que des genoux, des mains. On ne peut pas parler d'une arthrose galopante, déformante, congestive mais d'arthrose très débutante, incipiens, banale à l'âge de l'expertisée. Je ne retiens pas d'élément probant d'aggravation depuis notre dernière expertise, certains éléments d'amélioration sont présents, une obésité mieux contrôlée, une dame globalement plus tonique, paraissant plus jeune. Il n'y a pas de signe d'amyotrophie localisée en regard des articulations, Mme garde des signes de déconditionnement axial, notamment au niveau de la sangle abdominale. Dès lors les limitations fonctionnelles définies en 2010 restent d'actualité. La survenue d'une lombo-sciatique en mars dernier a donné lieu sans doute à une aggravation momentanée. Il en est de même que la poussée fluxionnaire décrite par son rhumatologue en regard du genou droit. Les limitations ont été données en 2010 en connaissance de ces phénomènes congestifs des arthroses qui peuvent survenir dans l'évolution. L'activité adaptée définie pour un travail léger, en position alternée, sans travail en zone haute, évitant les porte-à-faux du rachis, reste pleinement exigible au plan somatique depuis 2010. Des arrêts de travail temporaires complets en février-mars 2012 et en novembre 2012 ont pu se justifier lors de la sciatique sur hernie discale et lors de l'épanchement du genou. Dans les anciennes activités, je retiens toujours un IT [incapacité de travail] partielle de 40 %. 5.3 Au plan psychiatrique [...] Comparé à l'examen réalisé en octobre 2010, lors duquel nous avons retenu une dépression légère (malgré un taux sérique de sertraline nul), nous constatons une amélioration de l'état général de Madame. Cette dernière a décidé de suivre un régime afin de perdre du poids. Elle envisage par ailleurs encore une perte pondérale de 20 kg dans le but de traiter son diabète et son hypercholestérolémie. Madame est plus coquette, a teint ses cheveux et ceux-ci sont bien coiffés, contrairement à ce qu'avait été objectivé en octobre 2010. Madame reste habillée de noir, ceci depuis le décès de son neveu en 2008. Lors de cette expertise, Madame a préféré s'exprimer seule, sans la présence d'un interprète. Elle s'exprime correctement en français et comprend bien les questions. L'examen est parasité par une importante démonstrativité de Madame. Des discordances sont présentes entre les

plaintes relatées par Madame et ce qui est objectivé. Alors qu'elle dit présenter d'importants troubles de la concentration et de l'attention, Madame est bien vigile et attentive, se rappelant de nombreux éléments évoqués lors de l'expertise datant d'il y a 2 ½ ans. Confrontée à certaines incohérences, Madame se montre nettement plus tonique et revendicative. Les plaintes douloureuses sont au premier plan, comme en 2010 et s'accompagnent de conflits psychosociaux majeurs et d'une certaine détresse émotionnelle permettant de retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Quant aux éléments objectifs de la lignée dépressive sont présents une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un sentiment de dévalorisation, une vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir auxquels Madame évoque [sic] des troubles du sommeil en lien avec ses douleurs. Ces symptômes correspondent à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et non sévère comme évoqué par le Dr P. \_\_\_\_\_. La notion de plusieurs épisodes dépressifs fait retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Je ne retiens pas un diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison de l'absence de flash-back, de cauchemar récurrent, de pensée intrusive ou d'attaque de panique. Par ailleurs, l'expertisée n'était pas présente sur les lieux du décès tragique de son neveu. De même, j'écarte le diagnostic de trouble schizotypique, en l'absence d'un affect inapproprié ou restreint, d'un comportement ou d'une présentation bizarre, d'une pauvreté du contact, d'idées bizarres ou magiques, de ruminations obsessionnelles, d'une pensée vague ou d'un discours bizarre. Madame évoque des pseudo-hallucinations vagues. Par ailleurs, bien que l'expertisée évoque la présence d'un homme inconnu qui voudrait la tuer lorsqu'elle se trouve à l'extérieur, ceci ne l'empêche pas de sortir avec son mari, ni de se rendre dans son pays d'origine sans difficulté évidente. De même, Madame reste très vague lorsqu'elle est questionnée sur ces éléments psychotiques. À relever lors de symptômes psychotiques florides que le patient donne habituellement des explications très détaillées sur ce qu'il entend et perçoit. D'elle-même, l'expertisée a diminué la prise de neuroleptique estimant devoir prendre trop de médicaments divers. Cette diminution n'a pas entraîné de décompensation psychotique ou d'augmentation des symptômes décrits par Madame. Nous avons dû renoncer à un taux sérique des psychotropes en raison de la difficulté de faire une prise de sang à l'expertisée. Dans sa vie quotidienne, Madame évoque le plaisir d'avoir la présence quotidienne de son beau-fils et de sa mère. À ce jour, le syndrome douloureux somatoforme persistant s'accompagne d'une comorbidité psychiatrique sous forme de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. La sociabilité n'est pas absente ; elle est limitée à la famille proche et élargie. Annuellement Madame évoque se rendre en avion au Kosovo pour rendre visite à sa famille et sa belle-famille. On ne peut donc parler de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. L'état psychique paraît cristallisé au fil des années. On peut parler d'échec des traitements ; divers traitements ont été entrepris, permettant une amélioration partielle de la dépression, mais non sa rémission. Au vu de son fonctionnement, l'expertisée est manifestement en mesure de surmonter ses douleurs. Au vu de ce qui précède, je retiens depuis mars 2008 et jusqu'à ce jour une incapacité de travail de 30 % dans toute activité. Cependant, le pronostic paraît mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle, Madame n'ayant plus travaillé depuis 1997 et s'estimant dans l'incapacité d'exercer une activité, même à temps partiel. »

Consensuellement, les experts ont ainsi retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose cervico-dorso-lombaire, status après hernie discale L5-S1 gauche sans atteinte radiculaire actuelle (M47.8) ; arthrose nodulaire des

doigts stabilisée (M15.4) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.0 ; présent en décembre 1997, février 2000, octobre 2001, février 2005 et dès mars 2008). Les autres atteintes à la santé de l'assurée (notamment obésité avec diabète de type II et dyslipidémie, morphee, Hallux Valgus et gonarthrose), n'avaient pas d'influence sur sa capacité de travail. Cette dernière était donc de 30 % dès mars 2008 dans toute activité pour raison psychiatrique et de 40 % dans l'ancienne activité. La situation ne présentait pas d'éléments objectifs d'aggravation depuis 2010. Les experts ont retenu des limitations fonctionnelles identiques à celle de 2010, soit, au plan physique : pas de position en hyper-extension prolongée du rachis cervical, pas de mouvement répétitif en flexion-extension du tronc, pas de port de charges bras tendus de plus de 2 kg ni au-dessus du plan des épaules, pas de position en porte-à-faux tenu du rachis ou de position debout/assis prolongée, pas de port de charges supérieures à 10 kg en bi-manuel, pas d'activité répétitive des membres supérieurs ni en force ni en abduction, pas d'activité répétée ni en force avec les mains. Au plan psychique et mental, le trouble dépressif récurrent entraînait une anhédonie, des fluctuations de l'humeur et une réduction des capacités d'apprentissage et d'adaptation. Au plan social, les troubles entraînaient un retrait social par rapport à des gens inconnus. Selon les experts, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables car l'expertisée s'estimait dans l'incapacité et n'était nullement motivée pour la reprise d'un emploi. Par ailleurs, aucune mesure visant l'amélioration de la capacité de travail n'était proposée, vu la chronicisation de la situation. E. Par décision du 23 juillet 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente du 28 juillet 2009, se fondant sur les conclusions du Centre W. \_\_\_\_\_. Retenant une capacité de travail exigible à 70 % depuis avril 2008, et dans la mesure où l'assurée n'avait pas repris d'activité professionnelle et ne souhaitait pas en reprendre, l'OAI a effectué le raisonnement suivant : « Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé eu égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté. RCC 1978,65, 1970, 162). Dès lors, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser sans atteinte à la santé, soit Fr. 51367.– comme concierge et femme de ménage à 100 % avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières à un taux de 70 %. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4116.– par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1 niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4280.– (CHF 4116.– x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51367.–. Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de

substitution à 70 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 35'957.– par année. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'361.– dans une activité adaptée à votre état de santé. En comparant ces revenus, nous constatons que votre préjudice économique n'atteint pas 40 % au moins, selon le calcul suivant :

Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 51'367.00 avec invalidité CHF 32'361.00  
La perte de gain s'élève à CHF 19'006.00 = un degré d'invalidité de 37 % Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. » F. Par acte de son mandataire du 9 septembre 2013, M. \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 31 juillet 2009. La recourante renvoie notamment à un rapport médical du 30 août 2013 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lequel l'avait vue en consultation les 9 et 30 août 2013. Il observait que celle-ci présentait un double problème, soit un problème de syndrome dépressif chronique, ainsi qu'un problème proprement rhumatologique. Elle présentait une lombosciatalgie bilatérale chronique, invalidante et insomniante, que l'examen clinique permettait d'attribuer à un syndrome articulaire postérieur lombosacré bilatéral d'origine arthrosique inter apophysaire postérieure. Une infiltration articulaire postérieure L5/S1 bilatérale était prévue prochainement afin d'améliorer son syndrome douloureux chronique, mais il ne faisait guère de doute selon le Dr F. \_\_\_\_\_, que cette pathologie, jointe au syndrome dépressif, était incompatible avec une reprise d'activité professionnelle, de quelque nature qu'elle soit. Par courrier du 16 septembre 2013, la recourante a produit plusieurs documents médicaux de ses médecins traitants, dont un courrier du 9 septembre 2013 du Dr S. \_\_\_\_\_, déclarant qu'il était parfaitement inacceptable que l'intimé se base sur une « pseudo expertise pour décider de [son] avenir socio-professionnel ». Il considérait que le volet rhumatologique de l'expertise avait été « complètement scotomisé ». Figure parmi les documents produits également un rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ayant vu la recourante le 11 mars 2013. On extrait de son rapport ce qui suit : « La patiente se plaint toujours d'une lombosciatalgie droite invalidante. Depuis un an, elle a aussi développé une lombosciatalgie gauche qui est actuellement en régression. L'IRM lombaire du 2 mars 2012 a montré une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche qui a régressé lors de l'examen de contrôle du 20 décembre 2012. Une intervention chirurgicale n'a pas été retenue par le Dr [...] L'IRM lombaire montre aussi une discopathie et des altérations osseuses étagées avec un canal très modérément étroit en L3-L4 et L4-L5. La patiente a eu en février 2012 une infiltration péri-durale qui n'a finalement eu que peu de succès. Elle souffre aussi d'une gonarthrose bilatérale. Elle ne prend plus d'opiacés mais les médicaments suivants: Condrosulf, Voltarène, Arthrotec, Aérius, Cymbalta, Abilify, Dafalgan, Imigran à la demande. La patiente va avoir le 12 mars une nouvelle expertise médicale par la Dresse [...] [experte du Centre G. \_\_\_\_\_]. A noter qu'elle ne bénéficie plus d'une rente AI depuis 2005. A l'examen, la manœuvre de Lasègue est douloureuse

ddc. On constate une aréflexie achilléenne gauche ainsi que des troubles de la sensibilité superficielle à la plante et au bord externe du pied gauche. Pas d'hypomyotrophie, pas de parésie. La pallesthésie est difficilement évaluable, le sens postural du gros orteil est préservé ddc. Par comparaison à l'examen du 21 octobre 2010, on constate des signes d'atteinte de la racine S1 gauche en relation avec la hernie discale L5 –S1 gauche. Ces signes peuvent être considérés comme séquellaires et ne justifient pas de traitement particulier. » Le 11 octobre 2013, la recourante a encore produit un rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_, rédigé le 2 octobre 2013, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de trouble schizotypique et d'état de stress post-traumatique. Ces troubles rendaient selon lui impossible tout effort nécessitant une attention même minime, et ainsi la reprise d'une activité professionnelle, depuis février 2010. L'intimé a soumis les documents précités au SMR pour appréciation, lequel a, par avis médical du 28 octobre 2013, relevé pour l'essentiel que les documents produits étaient en partie antérieurs à l'expertise du Centre G. \_\_\_\_\_ et n'évoquaient pas de problème dont cette dernière ne tenait pas compte. Pour les autres (ceux des Drs F. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_), ils n'annonçaient pas de fait nouveau, ni d'aggravation depuis l'expertise et ne constituaient qu'une appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait lors de l'expertise. L'intimé s'est rallié à cet avis par écriture du 12 novembre 2013, concluant dès lors au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Par écriture du 6 décembre 2013, la recourante a déclaré maintenir les déterminations de son recours. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) 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 – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 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 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai, compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA), et des autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, au regard des atteintes à sa santé, et plus singulièrement sur la question de savoir s'il y a lieu d'estimer l'invalidité différemment par rapport au refus de prestations entré en force en 2007. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 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 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. b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. 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. 4. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. b) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, anciennement al. 3). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, anciennement al. 4). Les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références ; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 2). Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le tribunal ne contrôle pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). 5. Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – 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). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 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 consid. 3a ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 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, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n°15 p. 43 ; 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; 9C\_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2). 6. Dans le cas présent, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 28 juillet 2009, de sorte qu'il convient d'examiner au fond si l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la précédente décision de l'année 2007 fonde une invalidité donnant droit à des prestations, plus particulièrement à une rente (cf. supra consid. 4b). a) En l'espèce, au vu des éléments apportés par la recourante à l'occasion de sa nouvelle demande et afin de clarifier sa situation médicale,

l'intimé a mis en œuvre une première expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès du Centre W.\_\_\_\_\_. Les experts, dans leur rapport du 22 octobre 2010, ont alors posé les diagnostics de cervicarthrose et spondylodiscarthrose dorsolombaire, d'arthrose nodulaire des doigts, de periathropathie de l'épaule droite avec atteinte dégénérative de la coiffe, d'Hallux Valgus et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. En raison de ces atteintes, les experts ont conclu que la recourante présentait une incapacité de travail de 30 % dans toute activité depuis mars 2008, pour des raisons psychiatriques. Les atteintes somatiques n'entraînaient que des limitations fonctionnelles, la recourante ne présentant dès lors pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée sur ce plan. La recourante ayant par la suite produit des documents médicaux faisant état d'une aggravation de son état de santé, l'intimé a considéré qu'il était nécessaire de mettre en œuvre un complément d'expertise bidisciplinaire auprès du Centre G.\_\_\_\_\_. Les experts, dans leur rapport, du 4 juillet 2013, ont retenu les diagnostics de spondylodiscarthrose cervico-dorso-lombaire, status après hernie discale L5-S1 gauche sans atteinte radiculaire actuelle, d'arthrose nodulaire des doigts stabilisée, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Ils ont spécifié que la situation de la recourante ne présentait pas d'éléments objectifs d'aggravation. Ils ont dès lors confirmé les limitations fonctionnelles précédemment retenues, ainsi qu'une incapacité de travail de 30 % dans une activité adaptée depuis mars 2008, en raison des atteintes psychiques. b) Les expertises du Centre G.\_\_\_\_\_ se fondent sur un dossier médical complet. En particulier, la deuxième expertise tient compte des documents médicaux produits dans l'intervalle. Des examens cliniques ont été faits et des entretiens menés avec la recourante. Les experts exposent une anamnèse complète et détaillée et prennent en compte les plaintes de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et précises et les conclusions sont motivées. La deuxième expertise expose de manière particulièrement détaillée pour quelles raisons elle s'écarte des appréciations des médecins traitants. Ainsi, ces rapports remplissent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 5). La recourante ne critique pas directement les conclusions des experts, mais renvoie à un certain nombre de rapports médicaux de ses médecins traitants. Le Dr F.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 30 août 2013, fait état d'une lombosciatalgie bilatérale invalidante selon lui. Cette atteinte avait précédemment été constatée par la Policlinique Médicale Universitaire (rapport du 27 février 2012), ainsi que par le Dr D.\_\_\_\_\_ (rapport du 4 avril 2012). Il sied tout d'abord de relever que les experts du Centre G.\_\_\_\_\_ ont tenu compte de cette atteinte dans leur appréciation. Ils ont admis qu'elle avait pu donner lieu à une aggravation momentanée, constatée alors par les médecins de la Policlinique et par le Dr D.\_\_\_\_\_, mais n'ont pas retenu d'aggravation durable de cette atteinte. Cette dernière entraînait en revanche les limitations fonctionnelles déjà retenues lors de leur expertise de 2010. Le Dr F.\_\_\_\_\_ ne motive pas son appréciation, si bien qu'elle ne permet pas de s'écarter de l'appréciation des experts. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 mars 2013, ne s'était quant à lui pas prononcé sur une éventuelle influence des atteintes rhumatologiques sur la capacité de travail de la recourante et celles-ci ont toutes fait l'objet d'une analyse détaillée par les experts du Centre G.\_\_\_\_\_. Le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son courrier du 9 septembre 2013, se borne à dire en substance que les experts du Centre G.\_\_\_\_\_ ont nié le problème rhumatologique de la recourante. Ceci ne suffit bien évidemment pas à remettre en cause les conclusions de ces derniers, puisqu'ils se sont effectivement prononcés

également sur le volet rhumatologique, un des experts étant rhumatologue. Concernant le volet psychiatrique, la recourante a produit un rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_, du 2 octobre 2013, retenant le même diagnostic que les experts du Centre G. \_\_\_\_\_, soit un trouble dépressif récurrent. L'épisode actuel était toutefois selon lui sévère, et non léger, comme l'ont retenu les experts. Le Dr P. \_\_\_\_\_ retenait encore, contrairement aux experts, les diagnostics de trouble schizotypique et d'état de stress post-traumatique. Ce médecin avait déjà exposé cette appréciation dans son rapport du 19 décembre 2012. Les experts ont donc tenu compte de cette dernière dans leur seconde analyse. Ils ont expliqué de manière claire et détaillée pour quelles raisons ils s'écartaient de l'appréciation du médecin traitant. L'intimé doit dès lors être suivi lorsqu'il retient que le Dr P. \_\_\_\_\_ n'a pas apporté d'éléments nouveaux, ses conclusions ne constituant qu'une appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait lors de l'expertise. La jurisprudence étant claire à ce sujet (cf. supra consid. 5), la Cour de céans ne peut que suivre les conclusions de l'expertise. c) Ainsi, les expertises du Centre G. \_\_\_\_\_, en particulier la seconde, remplissant les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante et les médecins traitants de la recourante se limitant à exposer des opinions divergentes sans les motiver, la Cour de céans constate que l'intimé était fondé à se baser sur l'appréciation des experts concernant tant le volet somatique que le volet psychiatrique de l'état de santé de la recourante, pour rendre la décision litigieuse. 7. a) L'intimé ayant reconnu que la recourante présentait une incapacité de travail de 30 % dans toute activité, il a procédé au calcul de sa perte de gain, afin de déterminer si cette dernière justifiait l'octroi d'une rente, le droit à l'aide au placement et à l'orientation professionnelle ayant été précédemment examiné et octroyé. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue 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 ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 et 4). 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'invalidité (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 reconnue 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 TFA I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.5, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé in REAS 2004 p. 239). b) La recourante n'ayant eu des activités professionnelles qu'à petits pourcentages dès 1999, c'est à raison que l'intimé s'est fondé sur les statistiques pour calculer tant le revenu d'invalidité que le revenu sans invalidité dans une activité à 100 %. L'intimé a pris comme salaire de référence le salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, ce qui n'est pas critiquable et par ailleurs pas remis en cause par la recourante. Il convient ainsi de constater que le calcul des revenus d'invalidité et sans invalidité effectué par l'intimé, non contesté par la recourante, correspond aux règles usuelles en la matière, de sorte qu'il doit être repris, d'autant plus qu'aucun motif évident impose de s'en écarter. c) L'intimé a procédé à un taux d'abattement sur le revenu d'invalidité de 10 %. aa) En ce qui concerne ce taux d'abattement, on rappellera que la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (notamment limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 134 V 322 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). 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, dans un cas concret, 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. Cependant, 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 ; 126 V 75 consid. 6). bb) En l'espèce, l'intimé a reconnu, pour une activité simple et répétitive en tant que femme dans le secteur privé de la production et des services, l'abattement de

## **E. 10**

kg en bi-manuel, pas d'activité répétitive des membres supérieurs ni en force ni en abduction ou avec les mains. cc) Eu égard à toutes les circonstances du cas d'espèce, le taux d'abattement de 10 % appliqué par l'OAI n'apparaît pas approprié, un taux d'abattement de 15 % étant plus approprié : Certes, le taux d'occupation à temps partiel de 70 % ne devrait pas justifier d'abattement, les possibilités de gain n'étant pas forcément réduites par cela de manière supplémentaire dans les domaines d'activités simples et répétitives entrant en question (cf. TF 8C\_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2, in : SVR 2012 IV n° 17 p. 78). L'intimé a toutefois retenu à tort uniquement les limitations fonctionnelles dans son appréciation. D'une part, les experts ont constaté une réduction des capacités adaptatives et d'apprentissage de la recourante ; de plus, l'anhédonie et les fluctuations de la thymie

interfèrent en partie sur l'activité ; en outre, les troubles psychiques entraînent un retrait social par rapport à des gens inconnus. Il est vrai que ces problèmes psychiques ont déjà été pris en compte pour fixer un taux réduit de la capacité de travail. Mais cela n'empêche pas d'en tenir compte dans une certaine mesure également dans le cadre de l'abattement (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). De plus, s'ajoute à ces troubles que la recourante avait déjà plus de 53 ans lors du dépôt de sa demande de prestations et passé 57 ans lorsque le Centre G.\_\_\_\_\_ et l'intimé ont rendu le complément d'expertise, respectivement la décision attaquée en été 2013. La recourante, qui a reçu une formation d'infirmière dans son pays d'origine, n'a en outre travaillé, après son arrivée en Suisse en 1993, que brièvement comme ouvrière agricole, puis ouvrière d'usine jusqu'en 1997. Après, elle a juste effectué des travaux de nettoyage de 1997 à 1999, suivi de travaux de conciergerie à un taux de 20 % entre 2005 et 2008. Les travaux de nettoyage et de conciergerie ne sont, sur le plan physique, plus que possible à 60 %. Selon les experts (p. 38 du rapport du Centre G.\_\_\_\_\_), l'activité doit s'exercer avec peu de responsabilités et peu de besoin d'adaptation et d'apprentissage. Certes, une activité simple et répétitive ne devrait pas nécessiter énormément d'apprentissage ou d'adaptation. Une certaine adaptation reste néanmoins nécessaire aussi dans ce genre d'activités pour atteindre la moyenne de salaire d'une personne sans handicap. En tout cas, vu l'âge de la recourante et son manque d'expérience en tant qu'ouvrière depuis 1997 (cf. aussi p. 34 in fine du rapport du Centre G.\_\_\_\_\_), combiné avec les problèmes d'apprentissage et d'adaptation susmentionnés, un abattement s'impose déjà indépendamment des limitations fonctionnelles retenues par l'intimée sur le plan somatique (cf. aussi TF 9C\_334/2013 du 24 juillet 2013 consid. 3). Cela vaut d'autant plus qu'il y a aussi des fluctuations de thymie qui ne devraient pas seulement avoir des répercussions sur le taux d'activité de 70 %, mais selon toute vraisemblance également sur le montant du salaire horaire, un employeur étant moins disposé à bien rémunérer une personne par rapport à laquelle il ne peut avoir la certitude, en raison des variations de thymie handicapantes, qu'elle effectuera de manière régulière son travail, que cela soit au niveau des présences ou du rendement. S'ajoute à cela les limitations fonctionnelles sur le plan somatique qui n'ont pas du tout été prises en compte lors de la réduction de la capacité de travail à 70 %. Elles doivent donc à plus forte raison être considérées dans le cadre de l'évaluation de l'abattement. Ces limitations susmentionnées sont nombreuses et restreignent ainsi considérablement la possibilité de pouvoir faire appel à la recourante dans différentes tâches d'une entreprise. De plus, ces limitations s'opposent même à un nombre considérable d'activités simples et répétitives, puisque la recourante ne doit notamment pas avoir d'activité répétitive des membres supérieurs, ni en force, ni en abduction ou avec les mains, ni de mouvements répétitifs en flexion-extension. Il est constant que des personnes présentant des handicaps mêmes pour des activités simples et répétitives ne peuvent régulièrement atteindre le même salaire qu'une personne sans limitation fonctionnelle (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Les limitations fonctionnelles cumulées avec les problèmes mentaux, voire psychiques, de la recourante, son âge, son manque d'expérience professionnelle, respectivement son absence prolongée du marché du travail, le taux d'abattement de 15 % semble plus approprié que les 10 % retenus par l'OAI. Par ailleurs, l'OAI avait reconnu dans d'autres affaires, où les assurés avaient des limitations fonctionnelles similaires (notamment limitation de port de charges et activité assise ou semi-assise sans grands déplacements), mais étaient de dix ans plus jeunes que la recourante, des taux d'abattement de 15 % sur le salaire de référence, déterminé également sur la base de l'ESS pour des activités simples et répétitives dans le

secteur privé (cf. arrêts de la Cour de céans AI 54/11 du 24 juin 2013 consid. 4 et AI 75/11 du 7 février 2014 consid. 4.4 et let. A ; cf. aussi les 15 % selon l'ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). En plus des autres limitations évoquées, la recourante ne peut avoir de position debout ou assise prolongée et ne peut porter des charges que de manière restreinte. dd) Avec un abattement de 15 % le revenu d'invalidité s'élève à 30'563 fr. (= 35'957 fr. x 85 %) et la perte de gain à 20'804 fr. (= 51'367 fr. ./ 30'563 fr.). Le taux d'invalidité est ainsi de 40.5 % (= [20'804 x 100] : 51'367). Comme exposé, un taux d'invalidité de 40 % au moins, mais qui n'atteint pas 50 % au moins, donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Même avec le taux d'abattement maximal de 25 %, bien qu'il ne soit pas approprié en l'espèce, le taux d'invalidité resterait en-dessous de 50 % (cf. 35'957 fr. x 75 % = 26'968 fr. ; perte de gain = 51'367 fr. ./ 26'968 fr. = 24'399 fr. ; taux d'invalidité = [24'399 x 100] : 51'367 = 47,499 %). d) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). En l'espèce, la recourante a déposé sa demande le 28 juillet 2009 (indexée par l'OAI le 31 juillet). Elle a ainsi droit à un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010. 9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'un quart de rente d'invalidité est dû à la recourante dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant des rentes et des intérêts dus sur les arriérés. 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 est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, la recourante obtient partiellement gain de cause. Ainsi, représentée par un mandataire professionnel, elle peut prétendre à l'octroi de dépens réduits, qu'il y a lieu d'arrêter à 500 fr., à la charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge des deux parties, à raison de 200 fr. chacune.

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