

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 567 vom 15. Dezember 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-12-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_567](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__567)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 567 du 15 décembre 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 567 del 15 dicembre 2015

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX | 28 LAI, 29 LAI, 17 LPGA, 8 LPGA, 88a RAI

## Erwägungen

### E. 8

avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre 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) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un

mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 5. Le présent litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, les décisions querellées ayant mis fin au versement d'une rente entière d'invalidité, puis d'une demi-rente d'invalidité, avec effet respectivement au 31 décembre 2010 et 31 mars 2011. Il convient de rappeler dans ce contexte que les règles et principes jurisprudentiels sur la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b et les références ; TF 9C\_441/2008 du

## **E. 10**

juin 2009 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011

consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C\_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence). 6. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci a fait l'objet de nombreuses investigations médicales approfondies renseignant à satisfaction sur l'évolution de sa situation, tant sous l'angle somatique que psychique. a) L'assurée a en effet été examinée en premier lieu à titre pluridisciplinaire par les spécialistes de la Clinique K.\_\_\_\_\_ en été 2009, puis à deux reprises au sein du Centre A.\_\_\_\_\_, du point de vue orthopédique selon le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2010, respectivement sous les angles orthopédique et neurologique par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ aux termes du rapport du 4 avril 2014. En second lieu, elle a fait l'objet d'examens spécialisés sur le plan psychiatrique du fait de la Dresse T.\_\_\_\_\_ selon les rapports du 30 août 2010 et 11 mars 2011, avant d'être expertisée par le Dr AA.\_\_\_\_\_ en vue de l'établissement du rapport du 10 mai 2013. A la lecture de ces différents documents, l'on se doit de constater qu'ils remplissent à l'évidence la totalité des critères posés par la jurisprudence fédérale rappelée supra sous considérant 4a, de sorte que l'on ne voit a priori aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter. Singulièrement, les spécialistes sollicités par l'OAI, respectivement par la U.\_\_\_\_\_ SA, ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences respectifs, retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue des rapports concernés. Il s'impose par ailleurs d'autant plus de se référer à ces rapports pour trancher le présent litige du fait de l'unanimité des conclusions des spécialistes mandatés, non seulement sur le plan psychique mais également du point de vue somatique, pour ce qui a trait à l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée à la date des décisions entreprises du 24 mars 2014. b) Eu égard aux griefs soulevés par la recourante à l'encontre des expertises somatiques réalisées par le Centre A.\_\_\_\_\_, à savoir que l'incidence de ses douleurs n'aurait pas été correctement mesurée, il faut constater que les spécialistes dudit centre ont procédé aux investigations cliniques indispensables pour objectiver les troubles relatés par l'assurée. En l'absence toutefois d'éléments susceptibles d'expliquer la symptomatologie et les limitations alléguées, il n'y a pas à s'étonner de la prise en compte d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à l'état de santé, soit essentiellement une activité sédentaire, exercée en position assise, sans port de lourdes charges. On citera notamment l'opinion du Dr R.\_\_\_\_\_ qui a indiqué se trouver « dans une situation où l'intensité des troubles fonctionnels et des troubles douloureux n'[était] pas expliquée par les constatations morphologiques » et employer « le terme de processus d'invalidation » (cf. rapport d'expertise du Centre A.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2010, p. 10). Les Drs Z.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ ont quant à eux souligné un « syndrome douloureux dépassant de façon évidente le cadre somatique, associé à des troubles de la marche sans origine neurologique » en présence d'une « électroneuromyographie strictement normale ». Ils se sont ainsi expressément référés aux conclusions de leur confrère, le R.\_\_\_\_\_, vu le défaut de modifications somatiques constatées depuis l'examen de ce dernier (cf. rapport d'expertise du Centre A.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2014, p.

## E. 12

et 13). Quant aux médecins traitants de l'assurée, ils n'ont pas sérieusement fourni d'élément médical objectif qui permettrait de douter du bien-fondé des conclusions des experts somaticiens. A titre exemplatif, on relèvera que le Dr Q.\_\_\_\_\_, consulté par l'assurée au sein du Centre X.\_\_\_\_\_, a déclaré se rallier pour l'essentiel à l'avis du médecin-conseil de la U.\_\_\_\_\_SA quant à la possibilité pour la recourante d'exercer une activité lucrative adaptée sur le plan ostéo-articulaire (cf. rapport de ce praticien du 22 décembre 2010). On relèvera également l'absence de « déficit sensitivo-moteur » et de tout « argument clinique ou radiologique justifiant un arrêt de travail » mis en évidence par les spécialistes du Centre JJ.\_\_\_\_\_, également consultés par la recourante (cf. rapports annexés au courrier dudit centre du 4 février 2010 à l'attention de l'intimé). Au surplus, il n'apparaît pas que la Dresse H.\_\_\_\_\_ ou le Dr MM.\_\_\_\_\_, médecins traitants, eussent communiqué de diagnostic non investigué par les experts, ces praticiens ayant pour l'essentiel relaté les plaintes subjectives de leur patiente. On relèvera d'ailleurs que le grief de la recourante, avancé aux termes de son écriture de recours du 29 avril 2014 et reposant sur la recommandation du Dr MM.\_\_\_\_\_ à la U.\_\_\_\_\_SA quant à la pertinence d'un examen neurologique, peut manifestement être écarté puisque la Dresse Y.\_\_\_\_\_, précisément spécialiste de ce registre, a procédé aux investigations entrant dans son champ de compétences dans le cadre de l'expertise réalisée au Centre A.\_\_\_\_\_ les 10 et 17 janvier 2014 (cf. rapport d'expertise du Centre A.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2014, p. 9, 10, 12 et 13). Enfin, eu égard aux griefs formulés par la Dresse FF.\_\_\_\_\_ le

## E. 13

septembre 2015 en lien avec l'éventuelle orientation des investigations somatiques et la mise en exergue des importantes douleurs affectant l'assurée, il faut constater, à l'instar du SMR dans son avis du 16 novembre 2015, que cette problématique demeure essentiellement subjective. Elle constitue d'ailleurs non pas un diagnostic en soi, mais ressort bien davantage au registre symptomatique, pour lequel les investigations cliniques exhaustives effectuées auprès de la recourante n'ont révélé aucun substrat organique. c) Sous l'angle psychiatrique, la recourante conteste en particulier les conclusions communiquées par le Dr AA.\_\_\_\_\_. Elle reproche à ce praticien d'avoir mentionné des remarques déplacées sur son origine ethnique dans le rapport d'expertise du 10 mai 2013 et de n'avoir pas investigué ses difficultés conjugales, lesquelles se répercuteraient sur son état de santé psychique en sus de ses importantes douleurs. Elle s'étonne enfin du fait que le Dr AA.\_\_\_\_\_ ait strictement suivi l'opinion de la Dresse T.\_\_\_\_\_ en termes de capacité de travail. On rappellera brièvement dans ce contexte que l'assuré peut soulever des motifs formels de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et

3). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C\_293/2008 du 28 janvier 2009 précité). En l'occurrence, une lecture attentive du rapport d'expertise du Dr AA. \_\_\_\_\_ ne laisse apparaître aucun propos tendancieux ou discriminant du fait des origines de la recourante. On peine d'ailleurs à retrouver les remarques qui ont suscité les doutes de l'assurée, tandis que l'origine de celle-ci n'est mentionnée que brièvement dans l'anamnèse, ainsi qu'au début de la discussion de l'expert (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2013, p. 2 et 19). Il faut relever à cet égard que la nationalité et l'origine de la personne expertisée sont régulièrement indiquées aux termes des rapports des spécialistes, à tout le moins au titre d'éléments d'anamnèse. Par ailleurs, in casu, il était parfaitement pertinent de relever que la recourante avait grandi en Serbie en dépit de ses origines kosovares, puisque le contexte conflictuel vécu par les ethnies concernées dès les années 1990 était susceptible de causer des traumatismes de guerre, éventuellement déterminants dans le développement de troubles psychiques. S'agissant des violences conjugales sur lesquelles l'expert ne se serait pas suffisamment exprimé, on soulignera que c'est bien la recourante elle-même qui a refusé d'aborder plus avant cet aspect, ne souhaitant « plus en entendre parler » (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2013, p. 8). Cela étant, à l'instar du SMR dans son avis du 3 octobre 2013, il y a lieu de confirmer que sont seuls pertinents en matière AI les diagnostics retenus par l'expert et leurs répercussions en termes de capacité de travail, à l'exclusion des événements à l'origine de l'atteinte à la santé. En outre, on relèvera sur la question des difficultés conjugales que la psychiatre traitante de l'assurée, la Dresse FF. \_\_\_\_\_, n'a pas mentionné cette problématique à l'occasion de son rapport à l'OAI du 28 février 2011. Elle s'est limitée à l'évoquer très brièvement dans sa correspondance du 2 juin 2012 en soutien de sa patiente dans le cadre de la procédure d'audition. Les reproches formulés à cet égard contre le rapport établi par le Dr AA. \_\_\_\_\_ ne peuvent en conséquence qu'être écartés. Enfin, eu égard à l'appréciation de la capacité de travail résiduelle communiquée par ce spécialiste, laquelle est calquée sur celle de la Dresse T. \_\_\_\_\_, il convient de souligner que l'expert contesté n'a rencontré la recourante qu'en date du 13 mars 2013, ce qui lui imposait de se référer aux évaluations de ses pairs s'agissant des années écoulées. Le Dr AA. \_\_\_\_\_ s'est par ailleurs largement exprimé sur les raisons l'ayant conduit à se rallier à l'avis de la Dresse T. \_\_\_\_\_ au détriment de celui de la Dresse FF. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2013, p. 20, 22 et 23). Vu les éléments ci-dessus, on ne saurait considérer que les reproches de l'assurée soient de nature à mettre en doute l'impartialité du Dr AA. \_\_\_\_\_ et le bien-fondé de ses conclusions. Les observations communiquées le 13 septembre 2015 par la Dresse FF. \_\_\_\_\_ ne justifient pas davantage d'écarter l'appréciation du Dr AA. \_\_\_\_\_, la psychiatre traitante manifestant en définitive pour l'essentiel une interprétation divergente des conséquences des atteintes à la santé psychique observées dans le cas de la recourante. d) Par ailleurs, compte tenu de l'ensemble des remarques qui précèdent, il y a lieu de rejeter la suggestion de l'assurée quant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Une appréciation anticipée des preuves permet de considérer que des investigations spécialisées supplémentaires n'apporteraient

vraisemblablement pas un éclairage nouveau ou différent sur les conséquences de la symptomatologie présentée par la recourante. 7. a) Sur le plan strictement physique, ainsi qu'il a été mis en évidence pour l'essentiel supra sous considérant 6a, les experts somaticiens mandatés pour examiner la recourante ont unanimement estimé que celle-ci était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité sédentaire sans port de charges, épargnant le rachis et permettant l'alternance des positions (cf. rapports d'expertise du Centre A. \_\_\_\_\_ des 29 janvier 2010, p. 12, et 4 avril 2014, p.15). En l'absence de doute objectivement fondé à cet égard, il y a lieu de suivre cette appréciation. b) Quant au registre psychique, déterminant en l'espèce du fait de la prédominance du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, soit du tableau douloureux important allégué par l'assurée, il convient d'analyser les expertises psychiatriques à disposition dans le but de statuer, si possible, sur le caractère invalidant de ce trouble à l'aune de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral. ba) Concernant l'examen du « degré de gravité fonctionnel » de la symptomatologie dont souffre la recourante, on relèvera que si le trouble douloureux l'affectant revêt incontestablement une certaine gravité du fait de sa durée et de son intensité, il n'en demeure pas moins que les experts ont considéré pour l'un que l'état dépressif diagnostiqué auprès de l'assurée était « en rémission » (cf. rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2011) et pour l'autre que celui-ci n'était que « léger » accompagné « d'éléments d'amplification » (cf. rapport du Dr AA. \_\_\_\_\_ du 10 mai 2013). Ont été relatés des phénomènes d'amplification des plaintes, en présence d'une assurée « très démonstrative, implicitement revendicatrice » à la collaboration « très moyenne ». En particulier, des divergences entre le comportement et les plaintes alléguées ont été décrites, en ce sens que l'assurée se déplace avec des cannes anglaises – ce qui demeure sans justification du point de vue strictement physique – tout en adoptant une « boiterie atypique et contrefaite » et en étant en mesure de marcher pratiquement normalement en cas d'observation à son insu. Par ailleurs, la recourante est apparue « vigile, orientée dans les trois modes » et parfaitement en mesure de comprendre les enjeux du mandat d'expertise (cf. rapport du Dr AA. \_\_\_\_\_ précité, p. 16). Dans ce contexte, l'assurée n'a pas accepté les examens sanguins destinés à vérifier sa compliance aux traitements médicamenteux, ce qui tend à faire douter de dite compliance (cf. rapport du Dr AA. \_\_\_\_\_ cité supra, p. 16 et 19). On relève également que le comportement de la recourante au cours de l'examen réalisé par la Dresse T. \_\_\_\_\_ le 23 février 2011 a induit cette dernière à envisager une intoxication aux opioïdes (cf. rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2011), laquelle a été cependant exclue par les médecins traitants de l'assurée. Vu ces éléments et les doutes quant à la collaboration optimale de la recourante à son traitement, il s'ensuit que l'on ne peut prendre en compte à ce stade un échec définitif des thérapies scientifiquement reconnues, malgré une prise en charge psychiatrique ayant débuté dès octobre 2010. On ajoutera d'ailleurs que la Dresse T. \_\_\_\_\_ a exprimé ses incertitudes quant à l'interaction éventuelle des traitements médicamenteux, envisageant pour certains des effets délétères sur l'état de santé global de la recourante (cf. rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_ précité, p. 6 et 7). Sur le plan de la personnalité de l'assurée et de son contexte social, on relèvera qu'aucun symptôme psychique n'a été élevé au rang de trouble de la personnalité par les experts ayant examiné la recourante. En particulier, seuls des « traits de personnalité histrioniques avec défenses passives-agressives » ont été mis en évidence par le Dr AA. \_\_\_\_\_ sans toutefois que ces éléments ne constituent un diagnostic en soi (cf. rapport de ce spécialiste, p. 23, et rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_ cité supra, p. 6). Enfin, quand bien même l'assurée a rencontré des difficultés conjugales qui ont justifié d'entamer

une procédure de divorce, il n'est pas relaté d'altérations significatives du contexte social, l'assurée conservant assurément un entourage familial important (cf. rapports d'expertise des Drs AA. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, ainsi que rapport d'enquête ménagère du 14 juin 2010). bb) Eu égard à la cohérence du comportement de l'assurée et à la limitation de ses activités, on rappellera les dichotomies constatées par les experts psychiatres, relevées ci-dessus, en lien concrètement avec l'utilisation de cannes anglaises et plus généralement avec son comportement extrêmement démonstratif en dépit d'une collaboration très relative. Au surplus, il ressort des diverses déclarations de l'assurée que son emploi du temps à domicile a peu varié depuis 2010 et que son entourage immédiat pallie pour l'essentiel aux handicaps allégués par la recourante, cette dernière restant toutefois en mesure d'exécuter certaines tâches. En effet, aux termes du rapport d'enquête ménagère du 14 juin 2010, elle a indiqué être en mesure de planifier, d'organiser et de répartir les activités ménagères, tout comme elle le faisait avant son accident (cf. rapport d'enquête cité, p. 6, rubrique « 6.1 Conduite du ménage »). S'agissant des rubriques subséquentes, elle a précisé ce qui suit : « 6.2 Alimentation Préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions [...] Depuis l'atteinte, l'assurée gère dans la préparation 1 repas sur 2 en fonction de ses douleurs. Si [l'assurée] désire cuisiner des pâtes, elle utilise une mesure d'un litre pour remplir l'eau dans la casserole. Le reste de la semaine à midi, c'est les enfants qui s'occupent de mettre des produits surgelés dans le four en raison de l'atteinte à la santé de l'assurée. Les repas du soir sont confectionnés par le mari de l'intéressée. Le service à table est géré totalement par les enfants. 2 à 3 fois par semaine, les enfants de l'assurée chargent, déchargent le lave-vaisselle et rangent la vaisselle. Le reste du temps, cette tâche incombe au mari lorsqu'il a terminé son travail. Lorsque l'intéressée est trop fatiguée, elle se fait servir le repas en chambre par un membre de la famille. Depuis l'accident, la famille ne reçoit plus personne. 6.3 Entretien du logement Epousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits [...] Depuis l'atteinte, l'assurée bénéficie de l'aide du CMS à raison d'1h30 par semaine pour l'entretien de la cuisine, la salle de bain et l'aspirateur. Une belle-sœur prend la poussière, entretient les sanitaires. L'assurée dit ne plus toucher à l'entretien du logement depuis son atteinte à la santé. Les grands nettoyages et l'entretien des vitres sont reportés à des jours meilleurs. Le déplacement des meubles est effectué par le mari. Le changement de literie est fait par le mari avec l'aide de sa fille et d'un de ses fils. La réfection totale des lits est gérée par le mari en fonction de ses horaires de travail. Si l'époux de l'intéressée n'est pas là, les lits ne sont pas faits. 6.4 Emplettes et courses diverses Poste / assurances / services officiels [...] Depuis l'atteinte, l'assurée établit la liste des courses. Le mari de l'assurée effectue la plupart des achats quotidiens. L'intéressée accompagne son conjoint ou sa belle-sœur 1 fois par mois au magasin en voiture pour les grosses courses. Cette dernière délègue les produits à mettre dans le chariot. Les achats sont chargés, déchargés de la voiture et portés à la maison soit par le mari ou la belle-sœur. Les enfants et le mari rangent les emplettes. L'assurée prépare les paiements, rédige le courrier. Si un membre de la famille a un besoin d'habits, le mari de l'assurée s'occupera de l'accompagnement en voiture. 6.5 Lessive et entretien des vêtements Laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder [...] Depuis l'atteinte, l'assurée trie le linge et c'est le mari qui porte la corbeille, charge, décharge et programme les 7 à 9 machines par semaine. Le linge est suspendu par les enfants et l'époux. Le personnel du CMS effectue le repassage à raison d'1h30 par semaine. L'assurée plie le linge et c'est chaque membre de la famille qui range son tas de linge. 6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille Surveillance et promenades des enfants / soins / contrôle des tâches scolaires / Trajets école

et activités extrascolaires [...] Depuis l'atteinte, l'assurée accompagne à pied 3 fois par semaine son fils jusqu'au passage piéton situé à 200m de la maison. L'intéressée attend que son fils traverse la route pour revenir à la maison. L'école se trouve à 200m du passage piéton. L'assurée se déplace uniquement en béquille à l'extérieur. Le mercredi, [...] a un horaire scolaire normal et va à l'école avec sa sœur. L'intéressée est souvent couchée lorsque les enfants rentrent de l'école. Si l'un des enfants a un problème avec ses leçons, il se déplace auprès de cette dernière. [L'assurée] délègue à son mari tous les déplacements en voiture pour les activités de tous les enfants. L'intéressée, en fonction de l'intensité de ses douleurs mandate son mari pour les rendez-vous avec l'école. 6.7 Divers Soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / création artistique [...]

Depuis l'atteinte, l'assurée n'est plus retournée à la gymnastique et ne participe plus aux activités bénévoles. L'entretien et l'arrosage des plantes est assuré par le mari et les enfants car l'assurée dit ne plus à voir la force de le faire. » Par ailleurs, l'enquêtrice a fait part de ses remarques finales en ces termes : « [...] La situation observée sur place est probablement influencée par l'encadrement familial et culturel dont bénéficie l'intéressée. Sans cette aide, l'assurée serait contrainte de participer davantage aux diverses tâches ménagères en fractionnant éventuellement davantage ses activités. [...] » Le descriptif de la vie quotidienne, tel que retranscrit par la Dresse T. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 août 2010, rejoint pour l'essentiel les déclarations consignées par l'enquêtrice de l'OAI, à savoir : « [...] Le matin, elle se lève à 6h30 ; elle prend soin de sa toilette puis elle déjeune. Elle lève les enfants et leur prépare le déjeuner. Elle accompagne son fils benjamin à l'école, lorsqu'il ne va pas avec sa sœur ou avec une connaissance. Durant la matinée, l'expertisée se recouche ou s'assied au salon. Elle pratique quelques exercices de gymnastique. Elle n'arrive pas à exercer les travaux du ménage et elle ne sort pas de chez elle. En fin de matinée, elle prépare un repas simple pour les 3 enfants cadets qui rentrent à midi ; souvent, l'assurée se couche pour manger en raison de ses douleurs. L'après-midi, elle pratique quelques exercices de gymnastique, mange une collation et ne sort que lorsque nécessaire. Elle s'occupe des tâches administratives au domicile et se repose. L'assurée regarde la TV, appréciant les histoires vraies, les feuilletons et les films joyeux. Elle écoute volontiers de la musique, notamment un CD de relaxation qu'elle a reçu à la Clinique K. \_\_\_\_\_ ; elle n'allume pas la radio. L'assurée lit des livres, essentiellement en français (elle maîtrise également les langues serbe et albanaise). Le soir, elle prépare avec l'aide de ses enfants un repas qui est pris en famille. Elle se couche entre 18h et 20h, passant la soirée alitée ; elle s'endort vers 23h. Durant les week-ends, l'expertisée sort rarement se promener ; elle vaque par ailleurs aux mêmes activités que les jours de la semaine. Elle a dû interrompre tous ses loisirs, se contentant de jouer avec ses enfants. Elle ne pratique aucun sport hormis ses rares promenades. La famille ne possède pas d'animaux et l'assurée n'a aucune vie associative. Sa vie sociale est principalement constituée par les membres de sa famille : son frère se rend souvent chez elle et elle reçoit occasionnellement la visite d'amies. L'expertisée téléphone volontiers à des connaissances. Pour le ménage, une aide du CMS se rend chez l'assurée 3h par semaine pour les « gros travaux » et le repassage. Le mari prend en charge la lessive ; toute la famille participe aux travaux ménagers. Les achats sont réalisés en voiture par le mari ; l'assurée lui rédige parfois une liste. Elle ne conduit plus la voiture familiale. [...] »

Selon le rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2011, le quotidien de l'assurée est décrit comme suit : « [...] Le matin, elle se lève entre 9 et 11 h ; elle boit de l'eau, déjeune puis reste couchée dans son lit. Lorsque sa fille rentre de l'école à midi, l'enfant aide sa mère

à faire sa toilette. Le mari cuisine un repas ou il achète un plat préparé qui est pris en famille. L'assurée est ensuite raccompagnée par ses enfants dans sa chambre où elle se couche dans son lit. L'après-midi, elle s'entraîne, au moyen d'un ballon, à effectuer des exercices de physiothérapie de renforcement du dos. Elle se recouche dans son lit, tentant de s'évader de ses douleurs. Parmi ses activités, elle regarde un peu la TV, appréciant les « émissions de réalité » et les films joyeux. Elle écoute rarement de la musique et la radio, que les enfants lui proposent. Alors qu'elle appréciait la lecture, actuellement l'assurée lit toujours mais elle ne retient plus le sens des phrases, disant que « c'est vide ». Elle n'utilise pas l'ordinateur. L'assurée ne sort de la maison que pour ses rendez-vous médicaux, étant portée par son mari dans les escaliers et conduite en voiture par ce dernier depuis que les transports de bénévoles ne sont plus remboursés. L'assurée dit passer presque l'entier de ses journées et de ses nuits couchée dans son lit. Elle ne regarde pas trop longtemps la TV car celle-ci l'agace rapidement. En fin de journée, le mari cuisine le repas du soir que l'expertisée mange seule dans sa chambre car elle décrit son lit comme plus confortable que la salle à manger. Elle passe la soirée au lit et s'endort par bribes ; elle n'a plus de rythme nyctéméral et dort d'une manière fractionnée le jour et la nuit. Elle se plaint de cauchemars de chutes durant lesquels elle crie. Les achats sont réalisés par le mari, les travaux du ménage et de la lessive par les enfants et le mari. La mère de l'expertisée et sa fille repassent. La famille ne reçoit plus d'aide au domicile de la part des services sociaux. L'assurée ne conduit plus sa voiture, qu'elle n'a pour ainsi dire pas reprise depuis son accident ; le mari conduit. Les week-ends sont passés au domicile. L'assurée tente de jouer avec ses enfants, mais elle interrompt cette activité très rapidement en raison de ses douleurs. Sa vie sociale est constituée par son mari, les quatre enfants, le frère de l'expertisée et la famille de celui-ci. Actuellement, la mère de l'expertisée vient une fois par semaine au domicile et l'aide aux travaux du ménage. L'assurée voit de temps en temps sa belle-famille qui réside en Suisse. Elle téléphone très rarement à son père qui vit en Serbie. Elle n'a plus de contact avec ses amis habituels. L'assurée ne pratique plus aucun sport, ni même la promenade ; elle n'a pas de vie associative et elle ne possède pas d'animaux. [...] »

Enfin, la recourante a déclaré ce qui suit au Dr AA. \_\_\_\_\_ : « [L'assurée] se lève à 6 h 30 : « je me repose, j'essaie un peu de faire mon ménage, parfois un peu la cuisine... je ne fais pas grand-chose ». Hormis à l'occasion du second examen de la Dresse T. \_\_\_\_\_, il apparaît que la recourante a conservé un rythme régulier et se consacre pour l'essentiel à des tâches administratives, ainsi qu'à ses enfants. Elle concède par ailleurs tenter de faire son ménage et cuisiner. Dans ce contexte, elle dispose manifestement d'une aide conséquente de son entourage familial proche, ce qui permet en tous les cas de déduire qu'elle dispose incontestablement de ressources sociales non négligeables. Par ailleurs, la gestion des tâches administratives, telles que les paiements et la correspondance, ainsi que l'organisation des courses et des réserves, apparaissant au demeurant peu compatibles avec une atteinte à la santé psychique, justifient de conclure que l'assurée est encore dotée de ressources adaptatives importantes et de capacités intellectuelles conservées. Ainsi que l'a d'ailleurs indiqué l'enquêtrice de l'OAI, il y a lieu de relever que le contexte social influence vraisemblablement les effets subjectifs de l'atteinte à la santé, dans la mesure où l'assurée dispose d'un soutien très important de sa famille et n'allègue pas l'avoir perdu nonobstant la séparation d'avec son époux. Vu ces éléments, il y a lieu de retenir que l'assurée – contrairement à ce qu'elle soutient – n'est pas dénuée de toute capacité fonctionnelle et qu'elle est dotée de ressources adaptatives, en dépit de son absence de toute motivation à réintégrer le marché du travail dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles objectivées par les experts somaticiens. bc) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de nier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux affectant la recourante. c) En définitive, il convient de s'en tenir aux évaluations ressortant des différents rapports d'expertise et de considérer avec l'intimé que la recourante est effectivement dotée d'une capacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles consécutives à l'accident du 14 février 2009, tandis qu'elle a recouvré une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010. 8. Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour déterminer le taux d'invalidité de la recourante selon la fiche d'évaluation communiquée à la Cour de céans en annexe à l'écriture du 21 octobre 2014. a) On rappellera préalablement que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d ; TF 9C\_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). En l'espèce, dans le cadre du litige qui opposait l'assurée à son assureur-accidents, la U. \_\_\_\_\_ SA, un degré d'invalidité arrondi à 8% a été mis à jour au terme de la procédure judiciaire qui s'est soldée par l'arrêt de la Cour de céans du 16 juin 2015 (AA 83/14 – 66/2015). Quand bien même l'OAI ne se trouvait pas dispensé de procéder de son côté à une évaluation spécifique de l'invalidité de l'assurée, il n'en demeure pas moins que les revenus retenus en matière d'assurance-accidents constituent des éléments devant être pris considération afin de fixer le degré d'invalidité de la recourante. b) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant 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 (cf. également : TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> éd.,

Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). d) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser – au degré de la vraisemblance prépondérante – s'il n'était pas devenu invalide, il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS, publiées par l'OFS (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246). Dans le cas particulier, la U. \_\_\_\_\_ SA a fixé un revenu hypothétique sans invalidité, fondée sur les données concrètes des employeurs de l'assurée versées à son dossier, ainsi que sur les déclarations de la recourante à l'inspecteur de sinistres de la F. \_\_\_\_\_ SA. Ce revenu a été arrêté à 52'030 fr. 40. Il était remarqué que l'assurée avait exercé des activités lucratives auprès du Supermarché C. \_\_\_\_\_ à hauteur de 50% – taux susceptible d'augmentation ultérieure en fonction de ses disponibilités –, ainsi que de la société O. \_\_\_\_\_ à concurrence de quelques heures par semaine. Elle s'était chargée également de la conciergerie de son immeuble en collaboration avec son conjoint et effectuait des ménages privés. L'assurée avait toutefois envisagé la résiliation de son contrat de travail avec la O. \_\_\_\_\_, vu la conclusion d'un contrat avec le Supermarché C. \_\_\_\_\_. Dès lors, la Cour de céans a considéré plausible la déduction selon laquelle l'assurée en bonne santé aurait déployé une activité d'employée de supermarché à 80%, tout en conservant la tenue de ménages privés et en adaptant à la baisse son engagement en qualité de concierge en concertation avec son époux. Le revenu hypothétique sans invalidité, constitué d'un revenu de 38'230 fr. 40 après actualisation à 2011, tel que réalisable à 80% au sein du Supermarché C. \_\_\_\_\_, d'un gain annuel de 3'800 fr. en tant que femme de ménage et de 10'000 fr. en tant que concierge, soit un total de 52'030 fr. 40, a ainsi été confirmé et peut être retenu également dans le cadre de la présente procédure. Cela étant, si l'on devait considérer que le revenu hypothétique sans invalidité ne peut être fixé

sur la base des données concrètes ci-dessus, il s'agirait de se référer à l'ESS, ainsi que le préconise la jurisprudence fédérale citée ci-avant. Cas échéant, au vu de la diversité des activités exercées par l'assurée, il y aurait lieu de prendre en considération le tableau regroupant le total des activités de la production et des services. Selon ces données, les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, pouvaient prétendre un salaire mensuel de 4'225 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise, sans qualification professionnelle particulière (ESS 2010, 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 2011 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel serait majoré à 4'405 fr. ( $4'225 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$ ), correspondant à un salaire annuel de 52'855 francs. Après actualisation à l'année 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3), le revenu annuel déterminant à plein temps serait de 53'367 francs. e) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF

8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir avec l'intimé qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce constat rend superflu de définir précisément des activités adaptées, ainsi que l'a requis la recourante. Cela étant, les activités énumérées exemplativement par l'intimé dans son écriture du 21 octobre 2014 – à savoir employée de services généraux, dans le scannage des documents, dans la gestion de courrier ou au sein d'un économat – peuvent être qualifiées d'adaptées à l'état de santé de la recourante. 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 2011 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel doit être majoré à 4'405 fr. (4'225 fr. x 41,7 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 52'855 francs. La recourante étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès janvier 2011, son salaire d'invalidé s'élèverait en définitive à 53'367 fr. après actualisation à l'année 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3). Compte tenu d'une capacité de travail restreinte à 50% pour la période d'octobre à décembre 2010, ce salaire serait de 26'684 francs. Il se justifie en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 10% paraît approprié pour tenir compte du fait que seule une activité légère reste à la portée de la recourante et au vu de sa relativement longue période d'inactivité. Les autres critères dégagés par la jurisprudence fédérale dans ce cadre n'ont pas lieu d'être pris en considération puisque l'assurée est encore jeune, dotée de ressources adaptatives, et ne subit d'entraves ni du fait de sa nationalité, ni d'une quelconque problématique linguistique. On ajoutera qu'une réduction de 10%, supérieure à celle de 5% proposée par l'OAI dans sa détermination du 21 octobre 2014, ne modifie en rien les degrés d'invalidité déterminants pour le cas d'espèce. Déduction faite, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève ainsi à 48'030 fr. pour un temps de travail de 100%, respectivement 24'015 fr. à 50%. f) Etant donné les revenus fixés ci-avant, l'incapacité de gain se monte dès janvier 2011 à 7,7% ( $(52'030 \text{ fr.} - 48'030 \text{ fr.}) \times 100 / 52'030 \text{ fr.}$ ), arrondis à 8% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), excluant de facto le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI à compter d'avril 2011 en application de l'art. 88a al. 1 RAI. Quant à la période antérieure s'étendant limitativement d'octobre à décembre 2010, l'incapacité de gain se monte à 53,8% ( $(52'030 \text{ fr.} - 24'015 \text{ fr.}) \times 100 / 52'030 \text{ fr.}$ ), arrondis à 54%, ce qui justifie la réduction de la prestation versée précédemment. Ce taux ouvre en effet le droit à une demi-rente d'invalidité dès janvier 2011 conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Le recours aux ESS pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité ne modifierait pas les prestations litigieuses. Dès le recouvrement d'une pleine capacité de travail en janvier 2011, le taux d'invalidité serait de 10% au maximum ( $(53'367 \text{ fr.} - 48'030 \text{ fr.}) \times 100 / 53'367 \text{ fr.}$ ) n'ouvrant derechef aucun droit à une rente d'invalidité dès avril 2011. Pour la période antérieure d'octobre 2010 à décembre 2010, l'incapacité de gain s'élèverait

au plus à 55% ( $(53'367 \text{ fr.} - 24'015 \text{ fr.}) \times 100 / 53'367 \text{ fr.}$ ) permettant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du mois de janvier 2011. 9. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et les décisions querellées confirmées. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. c) Il n'y a au demeurant 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). La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gilliard à compter du 29 avril 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 5 mai 2015, Me Gilliard a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à huit heures et trente minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 16 fr. 80 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'670 fr. 55 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, tandis que la recourante est rendue attentive qu'il lui incombera de rembourser le montant corrélatif dès que sa situation financière le lui permettra (art. 123 al. 1 CPC). Il appartient au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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