

VD_GERICHTE ZD07.037687 vom 24. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.037687

FR: VD_GERICHTE ZD07.037687 du 24 mai 2011

IT: VD_GERICHTE ZD07.037687 del 24 maggio 2011

Erwägungen

E. 3

La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas. Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables

- 20 - dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3; ATF 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 7 novembre 2007. Les modifications consécutives à la 5ème révision de la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont par conséquent pas à être prises en considération dans le présent cas. Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1er janvier 2004, puis, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2004, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

E. 3.1

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Au plan physique Oui, selon les limitations fonctionnelles données ci-dessus. Au plan psychique Toute activité adaptée à l'état physique.

E. 3.2

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? Au plan physique 75% de l'horaire quotidien. Au plan psychique A temps plein.

- 17 -

E. 3.3

Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure? Au plan physique Non, pas à ce %. Au plan psychique Non. [...]" Par préavis du 8 novembre 2010, l'OAI se rallie aux conclusions de l'expertise judiciaire – particulièrement fouillée, parfaitement motivée et bénéficiant d'une pleine valeur probante – et propose le rejet du recours. Dans ses déterminations du même jour, la recourante se prévaut de diverses contradictions et

incohérences à l'encontre du rapport précité. En particulier, elle critique l'exactitude des faits retenus dans l'exposé des motifs de l'expertise (p. 4) et souligne qu'elle suit un traitement régulier composé de prise de Dafalgan, d'applications locales d'anti-inflammatoires et de cours de gymnastique aquatique. Elle relève que les experts parlent d'un examen en deux parties (p. 27), mais qu'elle ignore ce à quoi ces derniers se réfèrent. Elle fait valoir que le poste d'aide infirmière ne constitue pas une activité adaptée, que sa tension artérielle est élevée, qu'elle a perdu espoir après plus de 7 ans de procédure, et que ses chances de retrouver un emploi diminuent avec l'âge. Elle allègue qu'elle a consulté le Dr L. _____ – qui la soigne depuis 1990 – une fois par mois en 2010, et a été suivie par le Dr T. _____ du 9 février au 28 mai 2010. Elle observe que si elle est capable de marcher entre Lausanne et Morges, ce trajet se fait sur un sentier mou, entrecoupé de haltes régulières, et n'a aucun lien avec le port de charges. Elle soutient que l'amélioration de son état provient de l'absence d'activité depuis 7 ans, et que la reprise d'un emploi aurait une influence négative sur sa santé. Elle observe que les experts ont employé à tort le terme de plaintes «subjectives», puisque cet adjectif s'applique de toute manière aux plaintes d'un patient. Elle conteste la capacité de travail résiduelle de 75% retenue par les spécialistes du Bureau M. _____ dans une activité adaptée, dès lors qu'elle n'a aucune formation hormis dans le domaine de

- 18 - la coiffure, secteur dans lequel elle serait désormais incapable de travailler vu ses limitations fonctionnelles. Elle conteste pouvoir mener une vie quotidienne normale et relève que c'est à tort que les experts ont retenu une capacité de travail de 100% (sic). Elle sollicite un complément d'expertise afin d'amener ces spécialistes à répondre à diverses questions (concernant en substance : le suivi d'un traitement régulier; les deux parties de l'expertise mentionnées en p. 27 du rapport en cause; l'existence d'un traitement en relation avec sa tension artérielle; le lien entre l'évolution favorable de ses atteintes et l'absence de travail; les motifs permettant de retenir que la fonction d'aide infirmière est adaptée; la description précise des activités considérées comme adaptées; le fait de savoir si sa vie quotidienne «normale» peut être assimilée à celle d'une personne valide); elle requiert également que les Drs L. _____ et T. _____ soient interpellés afin d'indiquer le nombre de consultations intervenues en 2009 et en 2010. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier

- 19 - 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 117 al. 1 LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales

ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à partir du 1er avril 2004. En effet, l'intimé reconnaît le droit à un quart de rente à compter de cette date, ce que la recourante conteste en concluant à l'allocation d'une rente entière tout en présentant des arguments tendant à l'octroi d'une demi-rente au moins. L'intéressée critique en particulier la valeur probante des expertises médicales au dossier, et invoque des erreurs dans le calcul de son préjudice économique.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). Selon l'art. 7 LPGA, 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. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2004, une invalidité d'au moins 40 % ouvre le droit à un quart de rente, celle de 50 % au moins à une demi-rente, et celle de 66 2/3 % au moins à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI dans sa version postérieure au 1er janvier 2004 (dont la teneur correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI, entré en vigueur le 1er janvier 2008 dans le cadre de la 5ème révision de la LAI) énonce que 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

- 21 - invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 et les

- 22 - références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1; TF 8C_1021/2008 du 3 décembre 2009 consid. 2.2.2). 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 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 no 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 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). Dans le cadre d'une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis; il y a alors lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5).

- 23 - d) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux 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 notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). e) L'AI n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié

liées à des facteurs étrangers à l'invalidité – tels que des difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou l'âge. S'il est vrai que de tels facteurs jouent un rôle pour déterminer dans le cas concret les activités que l'on peut raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voir impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 21 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1).

E. 5

Il ressort de la décision entreprise que l'OAI s'est fondé sur le constat de l'expert F._____ du 28 avril 2004 et sur le rapport de la Dresse S._____ du 7 mars 2005, pour reconnaître à l'assurée une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations

- 24 - fonctionnelles, ce que l'intéressée conteste en se prévalant notamment des rapports de ses médecins traitants les Drs L._____ et W._____. Afin d'éclaircir la situation, une expertise bidisciplinaire a été mise en œuvre par la juge instructeur, qui a désigné la Dresse H._____ en qualité d'experte rhumatologue, et le Dr G._____ comme expert psychiatre. Ces derniers ont fait part de leurs observations dans un rapport du 30 septembre 2010. a) Sur le plan somatique, il est constant que l'intéressée présente des affections invalidantes. aa) Dans son rapport du 6 octobre 2003, le Dr L._____ atteste de cervico-brachialgies droites sur troubles dégénératifs, et de lombo-sciatalgies droites sur troubles dégénératifs; il ajoute que l'activité habituelle n'est plus exigible, et qu'une activité adaptée paraît difficilement envisageable, d'autant qu'il faudrait escompter une diminution de rendement et éviter le port de charges, les positions sans mouvement, les positions debout prolongées et les flexions prolongées ou répétées vertébrales. Aux termes de son expertise du 28 avril 2004, le Dr F._____ retient, quant à lui, que l'intéressée présente des cervico-brachialgies chroniques droites non déficitaires et non irritatives (sur une hernie discale C6-C7 latérale droite, des protrusions discales cervicales C4-C5 et C5-C6, et une sténose du trou de conjugaison C5-C6 à droite), ainsi que des lombo-sciatalgies droites chroniques (sur des discopathies L4-L5 et L5-S1, une hernie discale L5-S1 paramédiane droite, une spondylolisthésis de grade I de L5/S1 et un déconditionnement physique), atteintes confirmées notamment par un rapport d'IRM établi le 2 septembre 2003 par le Dr C._____; l'expert F._____ relève que l'incapacité de travail dans l'activité d'auxiliaire de salle d'opération est complète, mais que la capacité résiduelle de travail est de 75% dans une activité évitant la position statique debout et assise prolongée, les positions en porte-à-faux avec le rachis lombaire, et le port de charges supérieures à 15 kg. Par rapport d'examen SMR du 12 mai 2004, la Dresse D._____ se rallie aux observations et conclusions de l'expert F._____. Dans son rapport du 15 juillet 2005, le Dr W._____ reprend, pour

- 25 - l'essentiel, les diagnostics incapacitants retenus par l'expert F._____; il confirme que l'activité effectuée jusqu'alors ne peut plus être pratiquée, mais observe que l'exercice d'une activité adaptée doit être restreint à 4 heures par jour, assurer une alternance des position assise et debout, et éviter le port de charges supérieures à 8-10 kg ainsi que les flexions et inclinaisons du tronc sur une durée prolongée; il produit un rapport du Dr

X. _____, dont il ressort que la recourante présente des turgescences synoviales aux poignets sans lésion osseuse. Par avis SMR du 17 octobre 2005, la Dresse P. _____ s'en tient aux constatations formulées par ce service le 12 mai 2004. Par écrit du 10 décembre 2007, le Dr L. _____ fait état d'une capacité de travail nulle et relève que l'état de santé de l'intéressée suit une évolution défavorable «d'année en année». Dans un avis SMR du 10 mars 2008, les Drs P. _____ et Z. _____ exposent que rien au dossier ne démontre une péjoration de l'état de santé de la recourante sur le plan physique, mais qu'une évolution des troubles n'est pas à exclure compte tenu de l'écoulement du temps. bb) L'experte rhumatologue H. _____ expose notamment que l'assurée présente une spondylodiscarthrose cervico-lombaire sans myélopathie ni radiculopathie évolutive, ainsi qu'un status après radiculopathie irritative S1 droite. Elle relève une certaine amélioration de l'état de santé depuis 2004, qu'il convient toutefois de nuancer eu égard aux processus de vieillissement osseux et musculaire. Aussi, tenant compte de l'ensemble de la situation au plan somatique, elle retient que l'état de santé doit être considéré comme stable par rapport à 2004, année de l'expertise du Dr F. _____. Elle nie toute aggravation sous l'angle des pathologies de la médecine interne et des pathologies de l'appareil locomoteur. Elle estime que l'intéressée peut travailler jusqu'à 75% par jour dans son ancienne activité avec une baisse de rendement proportionnelle au poste occupé, pour autant qu'elle ne soit pas appelée à porter des charges ou à rester uniquement debout, et qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail de 75% dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir: éviter le port de charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 8-10 kg, permettre des alternances de position en évitant une activité strictement debout, et - 26 - favoriser une activité semi-sédentaire, légère). En outre, l'assurée pourrait travailler comme aide infirmière à 50%, hors salle d'opération et salle de réveil, sans se charger seule du transfert d'un patient grabataire, ni porter du matériel de soins supérieur à 5 kg, ou travailler uniquement debout sans alternance avec la position assise ou de petits déplacements. Ce rapport d'expertise est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante, et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4c supra), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Si les médecins traitants de la recourante ont certes exprimé une opinion divergente, celle-ci ne permet pas de mettre sérieusement en doute les conclusions de l'experte H. _____, dès lors que les Drs L. _____ et W. _____ ne se réfèrent à aucun élément pertinent que cette dernière aurait omis de prendre compte. A cela s'ajoute que les médecins traitants ne sont pas unanimes, puisqu'en se fondant sur des diagnostics et limitations fonctionnelles analogues, ils ont pourtant apprécié différemment la capacité résiduelle de travail en cause (passée de «difficilement envisageable» [cf. annexe au rapport médical du 6 octobre 2003] à nulle [cf. écrit du 10 décembre 2007] pour le Dr L. _____, et évaluée à 50% par le Dr W. _____ [cf. annexe au rapport médical du 15 juillet 2005]). Par ailleurs, les conclusions retenues par l'experte rhumatologue s'avèrent superposables à celles de l'expert F. _____ pour ce qui est de la capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, reconnue comme inexistante avant l'expertise judiciaire, la Dresse H. _____ évoque un taux de 75% avec une baisse de rendement, pour autant que l'assurée ne soit pas contrainte à porter des charges ou à rester longtemps en position debout (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2010 p. 43 ch. 2.3); implicitement, elle reconnaît donc que le travail exercé jusqu'en avril 2003 en tant qu'aide de salle

d'opération – activité impliquant précisément le port de charges et le maintien de la position debout sur un temps prolongé (cf. rapport d'expertise du Dr F. _____ du 28 avril 2004 p. 8, 1er

- 27 - paragraphe in fine) – n'est plus exigible en tant que tel. Aussi cet aspect ne saurait-il remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire. b) Sur le plan psychiatrique, l'opinion de la Dresse S. _____ (psychiatre traitante; cf. rapport du 7 mars 2005), du SMR et de l'expert psychiatre G. _____ convergent pour retenir que la recourante ne présente aucun trouble ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Dès lors, il convient sous cet angle également d'accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4c supra) à l'expertise du 30 septembre 2010, laquelle s'avère cohérente, sérieusement motivée et totalement convaincante, et corrobore les conclusions de la psychiatre traitante. c) Dans ces conditions, il convient de retenir que la recourante présente une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique, et qu'elle ne présente aucune atteinte invalidante au niveau psychique. C'est le lieu de relever que les griefs soulevés par la recourante à l'encontre de l'expertise judiciaire s'avèrent dénués de pertinence. D'une part, l'assurée n'invoque aucun point décisif que les experts auraient ignoré, et se limite essentiellement à opposer sa propre appréciation à celle des spécialistes, sans apporter d'élément concret susceptible d'étayer ses dires. Elle reproche aux spécialistes du BREM d'avoir retenu à son égard une capacité de travail de 100% (cf. déterminations du 8 novembre 2010 p. 3 ch. 14), ce qui est inexact. D'autre part, elle s'attarde sur des points n'ayant aucun rapport avec l'évaluation médicale de sa situation, notamment lorsqu'elle critique l'exposé des motifs de l'expertise (cf. ibid. p. 1 ch. 1) ou relève que les plaintes d'un patient sont par définition subjectives (cf. ibid. p. 3 ch. 11).

E. 6

Cela étant, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par la recourante, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

- 28 - a) 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 règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu d'invalide 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'invalide. 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'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1;

- 29 - TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4c). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81). b) En l'espèce, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence 2004. S'agissant du revenu de valide, l'OAI a retenu un montant de 63'043 fr. correspondant à la moyenne des salaires effectivement perçus de 2001 à 2003 selon le questionnaire pour l'employeur du 20 octobre 2003. L'office a précisé que ce revenu n'avait pas à être indexé, dans la mesure où le salaire brut en 2004 n'aurait pas évolué par rapport à celui indiqué en 2003 (cf. décision attaquée du 7 novembre 2007 p. 5 et courrier de l'ancien employeur du 11 octobre 2005). L'assurée conteste ce calcul, faisant valoir qu'elle a effectué 2'040 heures de travail en 2001 et en 2002, mais seulement 1'955 en 2003 après s'être retrouvée en incapacité de travail dès le 1er avril 2003, et que, bien

portante, elle aurait
- 30 - pu travailler 2'040 heures en 2003 pour un salaire annuel d'au moins 63'376 fr. 95. Elle soutient, dès lors, que la moyenne des revenus de 2001 à 2003 s'élève à 63'923 fr (cf. mémoire de recours du 10 décembre 2007 p. 10s.). L'intéressée n'a toutefois fourni aucun élément de preuve concret à l'appui de ses allégations; en particulier, on ignore par quel biais elle parvient à un salaire de 63'376 fr. 95 pour l'année 2003. Dans ces conditions, force est d'admettre qu'elle n'a pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le revenu de valide de 63'043 fr. retenu par l'OAI était erroné. Quoi qu'il en soit, il faut souligner qu'un revenu sans invalidité de 63'923 fr. n'aurait eu aucune incidence sur l'issue de la cause, ainsi qu'il sera démontré ci-après. Il convient encore d'ajouter, au demeurant, que la solution retenue par l'OAI est favorable à l'assurée, puisque sur la base de l'écrit de l'ancien employeur du 11 octobre 2005, l'office aurait pu se fonder sur revenu annuel brut de 58'500 fr. pour 2004, ainsi qu'il l'avait tout d'abord retenu dans sa décision du 28 juin 2006. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la décision attaquée se base à juste titre sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS 2004, et non sur les données de l'ESS 2002 avec indexation, ainsi que cela avait été fait dans la décision du 28 juin 2006. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2004 les femmes effectuant des

activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 3'893 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Quoi qu'en pense la recourante et même si elle présente des atteintes à sa santé, ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles lui soient immédiatement accessibles (cf. dans ce sens TF 9C_146/2010 du 30 août 2010 consid. 3). Ce salaire représente – compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2004 (41,6 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B9.2]) – un revenu d'invalidité de 4'048 fr. 72 par mois (3'893 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 48'584 fr. 64 par année.

- 31 - A ce salaire, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction, que l'intimé a fixé en l'espèce à 10 %. Cet abattement tient dûment compte des limitations fonctionnelles somatiques présentées par la recourante. En revanche, l'absence de formation et les difficultés à écrire en français ne sont pas des éléments susceptibles d'influencer le degré d'invalidité (cf. consid. 4e supra). Au demeurant, on voit mal que le marché de l'emploi serait inaccessible à toute personne peu scolarisée et présentant des difficultés linguistiques. De telles lacunes constituent certes un obstacle à la reprise d'une activité lucrative, mais ne sauraient signifier que la recourante – qui s'exprime bien en français (cf. note d'entretien de l'OAI du 31 août 2004; cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2010 p. 30) – n'est pas en mesure d'occuper un poste approprié à ses atteintes. Pour le reste, on peut raisonnablement attendre de l'assurée, vu son âge au moment de la décision litigieuse (54 ans) et de la naissance du droit à la rente (51 ans), qu'elle trouve une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle y est par ailleurs tenue selon le principe général de l'obligation de diminuer le dommage, valable en droit des assurances sociales (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées). Elle ne présente pas non plus de limitations supplémentaires liées à la nationalité dès lors qu'elle vit en Suisse depuis 1973 et est titulaire d'une autorisation d'établissement. Il résulte de ce qui précède qu'en retenant un taux d'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, l'administration n'a nullement outrepassé les limites de son pouvoir d'appréciation (cf. dans le même sens, TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.4), de sorte qu'il n'existe aucun motif pertinent de s'en écarter. Enfin, compte tenu d'une capacité de travail de 75%, le revenu d'invalidité déterminant doit être réduit de 25%, et s'élève ainsi à 32'794 fr. 632. Après comparaison du revenu d'invalidité (32'794 fr. 632) avec celui sans invalidité (63'043 fr.), il résulte une perte de gain de 30'248 fr. 368 correspondant à un degré d'invalidité de 47,98% (30'248 fr. 368 / 63'043 fr. x 100). Conformément à la jurisprudence, (ATF 130 V 121

- 32 - consid. 3.2), ce taux doit être arrondi à 48 %. Inférieur à 50%, il n'ouvre toutefois pas le droit à une demi-rente (cf. consid. 4a supra), et encore moins à une rente entière d'invalidité. Le droit à un quart de rente doit donc être confirmé. A noter que le revenu sans invalidité préconisé par la recourante, soit 63'923 fr., aboutit à un taux d'invalidité de 49% ((63'923 fr. – 32'794 fr. 632) / 63'923 fr. x 100 = 48,69%, soit 49%), n'ouvrant lui aussi le droit qu'à un quart de rente.

E. 7

La Cour de céans a donné suite aux mesures d'instruction requises par l'assurée dans son recours du 10 décembre 2007 (cf. let. D supra); ces dernières sont donc devenues sans objet. Dans ses déterminations du 8 novembre 2010, l'intéressée requiert encore la mise en œuvre d'un complément d'expertise judiciaire, et l'interpellation des Drs L. _____ et

T._____. a) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence la Cour de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). En revanche, si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c; 124 V 90, consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3, et les références). b) En l'espèce, il ne se justifie pas de procéder à l'interpellation des Drs L._____ et T._____, le dossier médical étant suffisamment - 33 - étayé pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause. Pour les mêmes motifs, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément à l'expertise judiciaire du 30 septembre 2010, laquelle est suffisamment claire et détaillée (cf. consid. 5a/bb et 5b supra); tout au plus convient-il de rappeler que les griefs soulevés par la recourante à l'encontre de ce rapport ne sont pas pertinents (cf. consid. 5c supra).

E. 8

En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Les frais de justice sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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