

# VD\_GERICHTE ZD09.029604 vom 17. November 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-11-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.029604](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.029604)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.029604 du 17 novembre 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.029604 del 17 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 12

kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membre supérieur D: pas de lever de charges avec le membre supérieur D de plus de 8 kg.

- 6 - Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan ostéoarticulaire, il y a une incapacité de travail de 50% depuis mars 2005. Nous nous écartons ainsi de l'évaluation faite par le Dr R. \_\_\_\_\_, qui atteste une incapacité de travail complète dans son expertise, ce dernier ayant cependant pris en compte la présence d'une pathologie psychiatrique concomitante, qui selon lui, est également invalidante. Par ailleurs, il faut relever que ce médecin a posé le diagnostic de périarthrite scapulo-humérale D pour lequel nous n'avons actuellement pas d'éléments. Par ailleurs, il faut relever que les troubles statiques et dégénératifs du rachis sont relativement modérés comme le diastasis acromioclaviculaire D. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas eu d'incapacité de travail durable. Pour ces raisons, nous ne pensons pas que l'incapacité de travail est supérieure à 50% dans l'activité habituelle de l'assurée. [...] [II] apparaît que la capacité de travail exigible est de 50% dans l'activité habituelle d'ouvrière en cosmétiques et qu'elle est complète dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées". En date du 9 octobre 2007, se référant notamment au rapport d'examen précité, le Dr C. \_\_\_\_\_, du SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de cervicobrachialgies droites, de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, de diastasis acromio-claviculaire et de tendomyogélose du MSD, puis une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Dans un projet de décision du 30 novembre 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente. Sur la base de l'examen clinique du SMR, il a retenu que l'intéressée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avant de relever que le revenu d'invalidé était au moins aussi élevé que celui sans atteinte à la santé. Par courrier du 18 janvier 2008 de son mandataire, l'assurée a contesté ce préavis, en faisant valoir que les conclusions du SMR entraient en contradiction avec celles du Dr R. \_\_\_\_\_. L'assurée a également indiqué qu'elle avait fait un tentamen et avait été hospitalisée à l'Hôpital de Payerne courant décembre 2007.

- 7 - Le 29 janvier 2008, à la demande de l'OAI, la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin à l'Hôpital intercantonal de la Broye à Payerne, a diagnostiqué une tentative de suicide, un état dépressif et une hypothyroïdie substituée, avant de faire état d'une bonne évolution clinique après un traitement du 15 au 16 décembre 2007 et une prise de médicaments sédatifs. Dans un certificat médical du 27 mars 2008, la Dresse H. \_\_\_\_\_ et la psychologue P. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires, des difficultés dans les rapports avec le conjoint, des difficultés dans les rapports avec les beaux-parents et d'autres événements difficiles

ayant une incidence sur la famille et le foyer. Ils ont retenu que l'assurée présentait un état dépressif sévère avec des idées morbides ainsi que des accès de colère avec risque de passage à l'acte. Le 7 mai 2008, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 22 avril 2005 et signalé notamment de l'agressivité, de la tristesse, des difficultés relationnelles, des accès de colère et des risques de passage à l'acte. Sur proposition du SMR, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique, effectuée par le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, assisté de la psychologue B.\_\_\_\_\_. Le 18 décembre 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics d'état dépressif de gravité moyenne avec somatisation dd: trouble somatoforme douloureux (axe I), de personnalité fruste, probablement à traits dépendants (axe II), d'hypothyroïdie substituée (axe III) et de difficultés familiales, conjugales, fille handicapée (axe IV). Il a en particulier retenu ce qui suit: "D'un point de vue psychopathologique, il paraît acquis que Mme G.\_\_\_\_\_ présente un état dépressif probablement de gravité moyenne, en 2005, ce qui est attesté par l'expert, Dr R.\_\_\_\_\_ qui l'a examinée, le 08.05.2006. [...] [...]

- 8 - En d'autres termes, il paraît acquis que Mme G.\_\_\_\_\_ présente un état dépressif. Mais celui-ci paraît varier suivant les moments, les circonstances et les interlocuteurs vu le nombre d'avis divergents dans ce dossier. S'il y a eu une légère amélioration en 2007, la décision de refus de l'OAI semble avoir entraîné une nouvelle aggravation ultérieure. Là encore, il n'est pas rare dans ce type de contexte que la décision négative ait pu être perçue comme un échec et ait entraîné des sentiments de frustration, d'injustice et la majoration transitoire de la symptomatologie dépressive. Lorsque nous l'examinons, cette symptomatologie dépressive plaide pour un état dépressif de gravité moyenne. L'observance au traitement de sertraline est bonne; ceci d'ailleurs expliquant peut-être aussi la légère amélioration clinique. Il faut néanmoins relever que l'assurée, en fin d'entretien, paraissait authentiquement débordée émotionnellement et qu'il existe des éléments objectifs défavorables dans son environnement: une fille gravement handicapée à la charge de la famille; une situation très conflictuelle avec un époux peu soutenant, souvent critique; l'émancipation de ses filles qui actuellement ne vivent plus au domicile familial. Bien entendu, les bénéfices secondaires de la maladie sont importants puisqu'ils permettent de mobiliser son entourage autour de cette femme acculturée, pour laquelle les perspectives professionnelles ou les ambitions d'intégration sont probablement très mesurées. Il est très difficile de se faire une idée quant à ses capacités d'assumer son activité quotidienne. Mme G.\_\_\_\_\_ ne paraît pas non plus totalement inactive, et son mari paraît peu présent à cet égard même si le discours est contradictoire d'un moment à l'autre. Même si l'assurée est un peu soutenue par ses filles qui habitent à distance et une voisine, il paraît aussi clair qu'elle peut assumer au moins 50% de ses tâches quotidiennes. On pourrait facilement aussi imaginer que si elle avait un emploi simple, répétitif, sans grande sollicitation de ses capacités intellectuelles et d'attention, elle devrait être apte à fournir un rendement qu'on peut estimer pour l'heure à 50%. [...] Le pronostic paraît relativement défavorable vu la chronicisation des troubles et l'environnement psychosocial et familial. Du point de vue médical il faudrait néanmoins recommander d'envisager d'autres alternatives thérapeutiques puisque la sertraline n'a jamais été modifiée depuis de nombreuses années. Le Cymbalta® ou l'Efexor®, dans ce cas, représentent des alternatives intéressantes à explorer. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique: nombreuses somatisations probablement plus subjectives qu'objectives; cf. spécialiste concerné.

- 9 - Au plan psychique et mental: humeur variable; somatisations; parfois manque de motivation et d'entrain; passivité; émotivité. Au plan social: difficile à apprécier, car l'assurée est bien entourée par sa famille et l'acculturation est majeure. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? IT 100% du 05.03.2005 au 16.03.2005; 100% du 23.03.2005 au 30.07.2005. Par la suite, au vu des éléments en notre possession, probablement à 50% dans une activité médico-théorique adaptée sur la base d'un temps plein et 50% en tant que ménagère, toujours sur la base d'un temps plein. Nous tenons compte de la persistance globalement d'un état dépressif de gravité moyenne avec certaines fluctuations en fonction des moments et des circonstances. L'assurée a probablement eu une brève période d'aggravation dès le 1.12.2007, suite à la décision de refus de l'OAI, valant peut-être pour une incapacité de travail de l'ordre de 100% sur 6 mois, soit jusqu'au 31.5.2008, consécutif à un léger trouble de l'adaptation. Depuis lors, sa capacité de travail est de l'ordre de 50% dans une activité médico-théorique adaptée et de 50% en tant que ménagère. 2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail 50% dès le 01.06.2008 (cf. pt 2.1)". En date du 8 janvier 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_, du SMR, s'est rallié aux conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_ et a retenu une capacité de travail nulle du 15 décembre 2007 au 31 mai 2008, puis une capacité de travail de 50% comme ouvrière et dans une activité adaptée depuis le 1er juin 2008. Dans un préavis du 19 janvier 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Se référant à l'expertise psychiatrique, il a relevé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité simple depuis le 1er juin 2008. Compte tenu d'un salaire sans invalidité de 38'793 fr. dans l'ancienne activité et d'un revenu d'invalidité de 25'659 fr. selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) en 2008 pour un taux de 50%, il a retenu un degré d'invalidité de 34%, ne donnant pas droit à une rente. Le 20 février 2009, par son mandataire, l'assurée a contesté ce préavis et a conclu à l'octroi, à tout le moins, d'une demi-rente d'invalidité. Elle a fait valoir que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr

- 10 - V.\_\_\_\_\_ n'étaient pas pertinentes, en particulier en raison de la difficulté de la langue, et que le revenu d'invalidité de 25'659 fr. retenu par l'OAI était irréaliste. Le cas a été soumis au SMR, qui a relevé, dans un avis médical du 7 juillet 2009 des Drs C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, que la valeur des tests psychométriques effectués par l'expert psychiatre avait dûment été prise en compte, au vu des difficultés linguistiques de l'intéressée. Le SMR a en outre contesté que l'assurée présente encore aujourd'hui des signes de dépression grave, renvoyant à l'avis de l'expert et s'écartant de celui de la Dresse H.\_\_\_\_\_. Par décision du 9 juillet 2009, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente. Se référant à l'expertise psychiatrique, il a relevé que l'intéressée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité simple depuis le 1er juin 2008. Compte tenu d'un salaire sans invalidité de 38'795 fr. dans l'ancienne activité et d'un revenu d'invalidité de 26'069 fr. 75 selon l'ESS en 2008 pour un taux de 50%, il a retenu un degré d'invalidité de 32.8%, ne donnant pas droit à une rente. Dans un courrier d'accompagnement du 9 juillet 2009, l'OAI a exposé que l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ avait valeur probante et que l'assurée avait été considérée comme une personne active à 100% puisqu'elle travaillait à plein temps avant son atteinte à la santé. Pour l'évaluation du revenu d'invalidité, il a retenu que des facteurs de réduction supplémentaires (âge, nationalité, taux de travail, limitations fonctionnelles) ne devaient pas être pris en compte. B. Par acte du 4 septembre 2009 de son mandataire, G.\_\_\_\_\_ a fait recours au Tribunal cantonal et a conclu, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision du 9 juillet 2009 de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Se référant aux avis du

Dr R. \_\_\_\_\_ et de la Dresse H. \_\_\_\_\_, elle se prévaut d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30

- 11 - septembre 2008. S'agissant de la période à partir du 1er octobre 2008, compte tenu d'une capacité de travail de 50% dans une activité médico- théorique adaptée selon l'expert psychiatre V. \_\_\_\_\_ et d'une capacité de travail de 50% dans l'activité d'ouvrière en cosmétique selon le SMR – qui vaut aussi pour une activité adaptée – elle soutient que son incapacité de travail globale est de 75%. Avec un abattement de 15% (en raison d'un travail à 50% et de ses limitations fonctionnelles), elle retient un revenu d'invalidé de 11'079 fr. 65, aboutissant à un degré d'invalidité de 71.44%. Dans sa réponse du 3 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ satisfaisait aux critères en matière de valeur probante, que l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ n'était pas convaincante au sujet de la capacité de travail et que l'avis du SMR était pertinent à cet égard. L'OAI a par ailleurs contesté le calcul de l'incapacité de travail totale effectué par la recourante et a relevé que la prise en compte d'un abattement pour le revenu d'invalidé n'était pas justifiée, l'exigibilité réduite de 50% englobant déjà le désavantage salarial dû aux limitations fonctionnelles. Par réplique du 17 décembre 2009, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente entière, compte tenu d'un degré d'invalidité de 100%. Elle a déposé un rapport du 10 septembre 2009 de la Dresse H. \_\_\_\_\_ et de P. \_\_\_\_\_, retenant qu'elle présentait un état dépressif sévère avec des idées morbides, des accès de colère avec un important risque de passage à l'acte et un important taux d'irritabilité, l'incapacité de travail étant de 100% depuis février 2006, soit depuis la prise en charge psychothérapeutique, qu'il convenait de maintenir. Le 18 janvier 2010, se référant à un avis médical du 12 janvier 2010 du SMR, l'OAI a relevé que ce nouveau rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_ ne contenait aucun élément susceptible de modifier sa position. C. L'assurée a été soumise à une expertise judiciaire au centre d'expertise médicale de l'AI (ci-après: le CEMed), effectuée par les Drs A. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et W. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. En date du

- 12 - 23 novembre 2010, ces médecins ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de cervicarthrose, de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, d'hypothyroïdie auto-immune traitée, d'hypertension artérielle, de diabète non insulinoquérant, d'obésité, d'épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique, de personnalité émotionnellement labile de type borderline et de trouble somatoforme indifférencié. Ils ont en particulier retenu ce qui suit: "Sur le plan rhumatologique les plaintes demeurent des cervico- brachialgies et scapulalgies droites, constamment présentes, variables en intensité. A noter que l'assurée ne prend pas de médicament antalgique car tous se sont révélés inefficaces. Il en est de même pour les traitements physiques. Selon Madame G. \_\_\_\_\_, les douleurs l'empêchent de faire la plupart des activités ménagères mais il est difficile, en raison d'une anamnèse peu précise, d'apprécier ce qu'elle fait réellement. Du point de vue objectif, on constate de discrets troubles statiques du rachis. La collaboration est insuffisante pour apprécier correctement les capacités fonctionnelles avec un examen marqué par des lâchages antalgiques immédiats, des contre-pulsions volontaires et une mobilité qui semblent meilleures lorsque Madame G. \_\_\_\_\_ ne se sent pas observée. Globalement, on peut retenir qu'il n'y a pas d'atteinte organique majeure d'un point de vue ostéo-articulaire ou neurologique. Une tendinopathie de la coiffe des rotateurs est possible, mais dont il est difficile d'apprécier l'importance clinique et les éventuelles répercussions fonctionnelles. Cela peut entraîner

une limitation dans les activités nécessitant les bras au-dessus de l'horizontale ou de porter des charges. Pour le reste, il n'y a pas d'explication organique aux plaintes de l'assurée, notamment pas d'épicondylite typique ou autre pathologie qui nécessiterait d'autres thérapies voire une approche chirurgicale. Les autres affections médicales, à savoir l'hypothyroïdie, l'hypertension artérielle et le diabète traités, n'influencent pas la capacité de travail dans ce cas. Sur le plan psychique sur la base des éléments anamnestiques et de l'observation clinique, nous retenons en premier lieu un trouble somatoforme. L'assurée parle assez volontiers de ses douleurs mais elle ne le fait pas spontanément. De plus, il n'y a pas de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs ni de comportement algique durant l'entretien. L'assurée n'a pas non plus un faciès particulièrement algique. Nous retenons donc un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et non un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

- 13 - Une affection de ce type a été suggérée dès 2005. A cette période, on décrivait également un contexte psychosocial difficile. Par la suite, ce type d'affection n'a pas été retenu individuellement, mais mis en relation avec un état dépressif accompagné de somatisation. Toutefois, le Dr V. \_\_\_\_\_ retenait un trouble somatoforme comme diagnostic différentiel. Madame G. \_\_\_\_\_ est restée assez discrète sur ses problèmes psychosociaux, ne mentionnant pas de conflits particuliers avec son époux ou son fils. Elle ne s'est pas non plus exprimée sur les difficultés liées à sa relation professionnelle avec sa fille. Madame G. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble de l'humeur. Il y a une tentative de suicide en 1993 mais l'anamnèse n'a pas permis de confirmer la présence d'un épisode dépressif à ce moment-là. En revanche il paraît clairement établi que Madame G. \_\_\_\_\_ a présenté un épisode dépressif dès 2005, ce qui a au moins conduit à une hospitalisation à ce moment-là. Depuis, il n'y a pas eu de période de rémission complète. La sévérité de l'épisode dépressif fluctue dans le temps. Ceci a notamment été le cas lorsque Madame G. \_\_\_\_\_ n'a pas obtenu les prestations AI qu'elle souhaitait. Il y a aussi une différence d'appréciation entre les médecins-traitants et les médecins ayant expertisé l'assurée. Toutefois, personne n'a décrit de rémission [durable] depuis 2005. Actuellement, on retrouve des symptômes dépressifs. Le visage n'est pas très expressif, mais il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. C'est essentiellement une irritabilité qui est au premier plan. Le cours de la pensée fluctue en fonction des sujets abordés. Surtout, on observe que Madame G. \_\_\_\_\_ peut montrer une certaine réactivité et une meilleure collaboration lorsqu'on lui propose de différer cet entretien. L'attitude à la limite menaçante et sa tentative d'emprise sur l'examineur parlent en défaveur d'un épisode dépressif sévère. L'intensité dépressive peut donc être considérée de légère à moyenne, par ailleurs on ne retrouve pas d'élément objectif en faveur d'un syndrome somatoforme. Une personnalité frustrée a été rapportée par le Dr V. \_\_\_\_\_. Il y a une certaine labilité émotionnelle. Madame G. \_\_\_\_\_ montre aussi de l'impulsivité avec des passages à l'acte auto-agressif. Toutefois, cela ne conduit généralement pas à de longues hospitalisations. Elle reste assez explosive, surtout envers ses proches. Elle se montre plutôt satisfaite d'elle-même lorsqu'on lui fait remarquer qu'elle a des attitudes d'emprise sur son entourage et l'on observe aussi des tentatives d'intimidation durant cet entretien. On peut considérer qu'il y a des éléments caractéristiques. Vu le retentissement des comportements sur la qualité des relations avec l'entourage, on peut retenir le diagnostic de trouble de la personnalité (état limite et passive-agressive). D'ailleurs on peut s'attendre à un passage à l'acte auto-agressif si la décision rendue par l'AI n'est pas conforme à ses attentes. Pour cette raison, le cas échéant, il est nécessaire d'annoncer la décision de concert avec le médecin-traitant. Le diagnostic

d'anxiété généralisée (F41.1) a été retenu en 2005, mais pas par la suite. Cette anxiété focalisée sur ses enfants [...] est à mettre en lien avec une incapacité à trouver des activités - 14 - autonomes, cela ne représente pas en soi une affection psychiatrique. La compliance à la sertraline est bonne. Nous doutons qu'un changement de traitement amène un changement significatif dans son cas car, le tableau clinique est principalement conditionné par le trouble de la personnalité. Le taux de rispéridone est infrathérapeutique, voire même indétectable. Ce traitement paraît cependant avoir un effet favorable sur son seuil d'agressivité. On peut retenir qu'il y a une recherche de bénéfices secondaires. Madame G. \_\_\_\_\_ est prise dans un processus d'invalidation. Cela lui permet d'obtenir et de s'assurer la sollicitude de son entourage. Cela lui offre également un cadre dans lequel elle peut laisser libre cours à des pulsions agressives. Synthèse et conclusions: Sur le plan rhumatologique, l'hypothyroïdie, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité n'influencent pas la capacité de travail. Il existe des troubles dégénératifs du rachis cervical modérés ainsi que des troubles statiques et dégénératifs aussi modérés du rachis lombaire, connus depuis 2006 en tout cas. Ces atteintes organiques n'expliquent pas l'importante symptomatologie douloureuse et les répercussions qu'elles entraîneraient dans la vie quotidienne selon l'assurée. Nous avons affaire à un syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit, sans substrat anatomique clair, comme cela était déjà constaté par plusieurs médecins en 2005. Une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite est possible, difficile à apprécier par un manque de collaboration. Ce problème peut tout au plus entraîner des limitations dans certaines activités sollicitant le membre supérieur droit. Dans ce type de situation on peut reconnaître une éventuelle baisse de rendement. En conclusion, seule l'épaule droite justifie des limitations (bras au-dessus de l'horizontale, charges de plus de 10 kg ou charges de 7,5 kg de façon répétitive). Dans toute activité adaptée, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail, la capacité est complète sans diminution de rendement. Sur le plan psychique, Madame G. \_\_\_\_\_ ne présente pas de limitation fonctionnelle en lien avec une affection donnée. Toutefois, il n'y a que très peu d'amélioration depuis l'évaluation du Dr V. \_\_\_\_\_ en décembre 2006, actuellement l'épisode dépressif est de léger à modéré. L'expert mentionnait qu'il était clair qu'elle pouvait assumer au moins 50% des tâches quotidiennes. Ceci suggère que la capacité pouvait être supérieure à ce 50%. Il estimait que la capacité de travail devrait être de 50% en tant que rendement dans une activité adaptée, sans préciser explicitement le nombre d'heures.

- 15 - Les problèmes de motivation, de manque d'entrain et de passivité qui avaient été retenus comme limitations fonctionnelles nous paraissent surmontables par un effort de volonté, ces problèmes sont entretenus pas des bénéfices secondaires également rapportés par le Dr V. \_\_\_\_\_. Ces problèmes ne s'intègrent pas dans une affection psychiatrique connue. Il s'agit là de la principale différence d'appréciation concernant le rendement, qui est notamment en relation avec des difficultés d'adaptation suite à l'émigration en Suisse. L'épisode dépressif et la personnalité émotionnellement labile ne justifient pas pris isolément d'incapacité de travail ou de diminution de rendement, mais ces deux affections peuvent avoir un effet cumulatif et être à l'origine d'une diminution de rendement par période, ce d'autant plus que le trouble de l'humeur peut varier en intensité. On peut estimer cette diminution variable de rendement à 25% sur l'année, dans le cadre d'une capacité de travail à plein temps. Madame G. \_\_\_\_\_ ne s'est pas intégrée en Suisse. Elle décrit que ses problèmes psychiques remontent à 1993, ce qui correspond à son arrivée en Suisse. Sa

demande de naturalisation a été refusée contrairement à certains de ses enfants. Son mari est mieux intégré. Elle reste très isolée, mais cet isolement n'est pas à mettre en lien avec une affection psychiatrique, bien que ses comportements caractériels limitent ses capacités d'intégration. Toutefois, par le passé, cela ne l'a pas empêchée d'exercer une activité professionnelle. Il faut reconnaître que Madame G.\_\_\_\_\_ a des capacités d'adaptation réduites, ce qui a certainement compliqué ses relations lorsque l'une de ses filles est devenue sa responsable. Réponses au questionnaire [...] Sur le plan physique, on peut retenir tout au plus des limitations concernant le membre supérieur droit. En raison d'une éventuelle tendinopathie de la coiffe des rotateurs, les activités se déroulant avec les bras au-dessus de l'horizontale sont contre-indiquées, de même que les activités nécessitant de lever des charges de plus de 10 kg ou des charges de 7,5 kg de façon répétitive. Sur le plan psychique et mental [il n'y a pas de limitation en lien avec les troubles constatés]. Sur le plan social, limitation en lien avec une acculturation. Sur le plan rhumatologique, selon les gestes requis dans son activité d'ouvrière en usine, dernière profession exercée, les troubles peuvent diminuer les capacités fonctionnelles en raison de l'atteinte du membre supérieur droit. Sur le plan psychique, le cumul des troubles psychiques peut faire varier le rendement au cours du temps. Les variations sont transitoires.

- 16 - Sur le plan rhumatologique, on peut admettre une diminution partielle de la capacité de travail en qualité d'ouvrière d'usine, par une baisse du rendement. [...] Sur le plan rhumatologique, en fonction du poste concret de travail, on peut admettre une diminution du rendement au maximum de 50% en raison de l'atteinte du membre supérieur droit. Sur le plan psychique, la diminution de rendement est de 25%". Le 11 janvier 2011, se référant à un avis médical du SMR du 14 décembre 2010 qui reprend les conclusions de l'expertise du CEMed, l'OAI a maintenu ses conclusions. En date du 7 février 2011, la recourante a déposé un rapport du 24 janvier 2011 de la Dresse H.\_\_\_\_\_ et de P.\_\_\_\_\_, qui ont relaté les circonstances d'une tentative de suicide de l'assurée le 15 décembre 2007 et des épisodes de violence dans sa famille, puis ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, respectivement d'épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires. Le 24 février 2011, sur la base d'un avis médical du SMR du 16 février 2011 des Drs C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ – qui s'écartent des conclusions de la Dresse H.\_\_\_\_\_, puis retiennent que les limitations objectives ont correctement été évaluées par deux expertises et que leur consoeur ne se prononce pas sur la capacité de travail dans son dernier rapport – l'OAI a relevé qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa décision. Dans un courrier du 11 avril 2011 requis par le juge instructeur, le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé que la Dresse H.\_\_\_\_\_ décrivait des symptômes qui correspondaient pour la plupart aux plaintes de l'assurée et qu'il avait tenu compte, pour la sévérité de l'épisode dépressif, des plaintes subjectives et des constatations objectives. Il a expliqué que les motivations de sa consoeur ne permettaient pas de justifier une incapacité de travail à long terme.

- 17 - Les 3 et 16 mai 2011 respectivement, se référant au courrier précité du Dr W.\_\_\_\_\_, l'OAI et la recourante ont maintenu leur position. 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 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). Les délais en

jours ou en mois fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 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 est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le droit de la recourante à une rente d'invalidité est litigieux, prestation que lui nie l'office intimé. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références

- 18 - citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du

#### **E. 14**

mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2). b) 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. 1er in fine LAI). En vertu de 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. Selon l'art.

#### **E. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. c) 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

- 19 - 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, 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 confidentiels 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

- 20 - d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). d) 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 351 consid. 3b/aa; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2). e) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). 3. a) Dans le cas présent, la recourante présente d'importantes douleurs, notamment au niveau de l'épaule droite, attestées par les Drs L. \_\_\_\_\_ (rapport du 23 septembre 2005), S. \_\_\_\_\_ (rapport du 20 mai 2005) et Q. \_\_\_\_\_ (rapports des 17 mai et 28 octobre 2005). Elle présente par ailleurs des troubles psychiques, exposés par l'UPA de Payerne (rapport du 31 janvier 2006 du Dr T. \_\_\_\_\_)

et par le CPNVD,

- 21 - institution dans laquelle elle a été hospitalisée en octobre et novembre 2005 (rapport du 30 novembre 2005 de la Dresse H. \_\_\_\_\_), puis par la Dresse H. \_\_\_\_\_ (rapports du 23 octobre 2006). A la demande de son assureur perte de gain, l'assurée a été examinée par le Dr R. \_\_\_\_\_, qui a fait état de cervicarthrose débutante, de troubles statiques et dégénératifs du bas rachis lombaire, d'ostéopénie, de tendinopathie chronique du sus-épineux droit, d'épicondylite droite aigue, d'hypothyroïdie d'origine auto-immune substituée, de probable hypertension artérielle et d'état dépressif majeur, épisode actuel de degré moyen. Il a retenu que l'assurée, vu ses troubles rhumatologiques et son affection thymique, n'était plus capable d'exercer une quelconque activité professionnelle (expertise du 19 mai 2006). b) L'assurée a été soumise à un examen bidisciplinaire par le SMR, qui a retenu le diagnostic de cervicobrachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec diastasis acromioclaviculaire modéré et tendo-myogélose en cascade du membre supérieur. Il a été retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante. La capacité de travail a été évaluée à 50% dans l'activité habituelle d'ouvrière en cosmétiques et à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (rapport d'examen du 15 août 2007 des Drs K. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_). Des problèmes psychiques, avec en particulier une tentative de suicide et un épisode dépressif sévère, ont par la suite été signalés par la Dresse M. \_\_\_\_\_ (rapport du 29 janvier 2008) ainsi que par la Dresse H. \_\_\_\_\_ (certificat du 27 mars 2008). Cette dernière a par la suite retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 22 avril 2005 (rapport du 7 mai 2008). c) Sur demande du SMR, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par le Dr V. \_\_\_\_\_, qui a posé les diagnostics d'état dépressif de gravité moyenne avec somatisation (trouble somatoforme douloureux), de personnalité fruste, probablement à traits

- 22 - dépendants ainsi que de difficultés familiales et conjugales. Il a retenu, en particulier, que l'assurée présentait des limitations au plan psychique (humeur variable; somatisations; parfois manque de motivation et d'entrain; passivité; émotivité) et social. L'incapacité de travail, en substance fluctuante dans un premier temps, a été fixée à 50% dès le 1er juin 2008 (expertise du 18 décembre 2008). Dans leur expertise judiciaire, les Drs A. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Sur le plan somatique, seule l'épaule droite justifiait des limitations (bras au-dessus de l'horizontale, charges de plus de 10 kg ou charges de 7,5 kg de façon répétitive), la capacité de travail était complète sans diminution de rendement. Sur le plan psychique, l'épisode dépressif et la personnalité émotionnellement labile pouvaient entraîner une diminution variable de rendement à 25%, dans le cadre d'une capacité de travail à plein temps (expertise du CEMed du 23 novembre 2010). Le 24 janvier 2011, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a relaté les circonstances d'une tentative de suicide de l'assurée et des épisodes de violence dans sa famille, puis a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, respectivement d'épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires. 4. a) Sur le plan somatique, dans le cadre de l'expertise judiciaire effectuée par le CEMed, le Dr A. \_\_\_\_\_ a relevé des plaintes de cervico- brachialgies et de scapulalgies droites, puis constaté des discrets troubles statiques du rachis. Il a retenu qu'il n'y avait, globalement, pas d'atteinte organique majeure d'un point de vue ostéo-articulaire ou neurologique, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs étant toutefois possible. Dans sa conclusion, il a relevé la présence de troubles

dégénératifs du rachis cervical modérés ainsi que des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis lombaire, connus depuis 2006 en tout cas, qui n'expliquaient pas l'importante symptomatologie douloureuse de l'assurée. Il a signalé un syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit, sans substrat

- 23 - anatomique clair, puis relevé qu'une possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pouvait entraîner des limitations dans certaines activités sollicitant le membre supérieur droit (bras au-dessus de l'horizontale, charges de plus de 10 kg ou charges de 7,5 kg de façon répétitive) et une éventuelle baisse de rendement. Dans toute activité adaptée, il a relevé qu'il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail ni de diminution de rendement. En réponse aux questions posées, il a retenu tout au plus des limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur droit, en raison d'une éventuelle tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Selon les gestes requis dans l'activité d'ouvrière en usine, dernière profession exercée, les troubles pouvaient diminuer les capacités fonctionnelles en raison de l'atteinte du membre supérieur droit. En fonction du poste concret de travail, on pouvait admettre une diminution du rendement de 50% au maximum en raison de cette atteinte. b) Les constatations du Dr A. \_\_\_\_\_ sont superposables à celles du Dr K. \_\_\_\_\_, qui, dans le rapport d'examen du SMR du 15 août 2007, a retenu des cervicobrachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec diastasis acromioclaviculaire modéré et tendo-myogélose en cascade du membre supérieur, puis signalé que l'assurée se plaignait essentiellement de cervico-brachialgies droites à caractère mécanique. Les Drs L. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ ont pour leur part également signalé des douleurs, en particulier au niveau de l'épaule droite. Le Dr A. \_\_\_\_\_ s'est du reste prononcé en pleine connaissance de cause sur la base des examens neurologiques et radiologiques effectués, lesquels ne permettent en l'occurrence pas d'expliquer l'importante symptomatologie douloureuse de l'assurée. L'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, qui a été effectuée à l'attention de l'assureur perte de gain de l'assurée et non dans le cadre de son droit à des prestations de l'AI, n'est guère étayée et motivée, en particulier s'agissant de la capacité de travail. On peine en effet à discerner les raisons pour lesquelles l'assurée, malgré ses douleurs somatiques, ne présenterait pas, selon cet expert, une capacité de travail résiduelle dans

- 24 - une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On s'écartera donc de l'avis de ce médecin s'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Le Dr L. \_\_\_\_\_ se fonde pour sa part sur une argumentation sommaire et son avis, en tant que médecin traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Au demeurant, le Dr A. \_\_\_\_\_ prend en compte l'ensemble de la symptomatologie somatique de l'intéressée, en se basant sur tous les éléments objectifs figurant au dossier, de sorte qu'on ne voit pas de motifs de s'écarter de son appréciation. c) Dès lors, s'agissant de la problématique physique, on se basera sur les conclusions de l'expertise probante du CEMed. La recourante présente donc, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur droit (en raison de l'éventuelle tendinopathie de la coiffe des rotateurs), ainsi que l'a retenu en substance le Dr A. \_\_\_\_\_. En effet, si ce médecin a retenu une diminution de rendement de 50% au maximum selon le poste de travail en se référant à l'ancienne activité d'ouvrière d'usine exercée par l'assurée, il a également précisé que la capacité de travail était complète sans diminution de rendement dans toute activité adaptée. L'avis du Dr A. \_\_\_\_\_ rejoint du reste celui du Dr K. \_\_\_\_\_, qui a retenu une capacité de travail

entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (rachis et membre supérieur droit). 5. a) Sur le plan psychique, dans le cadre de l'expertise judiciaire effectuée par le CEMed, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique, de personnalité émotionnellement labile de type borderline et de trouble somatoforme indifférencié. Il a relevé que l'assurée souffrait d'un trouble de l'humeur et a évoqué une tentative de suicide en 1993 et un épisode dépressif dès 2005 ayant conduit à une hospitalisation, sans rémission complète et dont la sévérité fluctuait dans le temps. Il a constaté des symptômes dépressifs avec une irritabilité au premier plan, l'assurée démontrant une certaine réactivité et une

- 25 - meilleure collaboration lorsque l'expert lui proposait de différer l'entretien; son attitude à la limite menaçante et sa tentative d'emprise sur l'examineur parlaient en faveur d'un épisode dépressif de gravité légère à moyenne; il n'y avait pas d'élément objectif en faveur d'un syndrome somatoforme. Il a également constaté une certaine labilité émotionnelle, de l'impulsivité avec des passages à l'acte auto-agressif et des éléments caractériels au vu de l'attitude de l'assurée avec son entourage, justifiant le diagnostic de trouble de la personnalité (état limite et passive-agressive). L'anxiété, focalisée sur les enfants de l'intéressée, ne représentait pas en soi une affection psychiatrique. En conclusion, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle en lien avec une affection donnée, l'épisode dépressif étant actuellement de gravité légère à modérée. L'épisode dépressif et la personnalité émotionnellement labile de l'expertisée ne justifiaient pas, isolément, d'incapacité de travail ou de diminution de rendement, mais ces deux affections pouvaient causer une diminution de rendement de 25% sur l'année, dans le cadre d'une capacité de travail à plein temps. L'expert judiciaire a ajouté que l'assurée ne s'était pas intégrée en Suisse et restait très isolée, toutefois sans lien avec une affection psychiatrique et sans l'avoir empêchée d'exercer une activité professionnelle, puisqu'elle avait des capacités d'intégration et d'adaptation réduites. En réponse aux questions posées, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu que le cumul des troubles psychiques pouvait faire varier le rendement au cours du temps, les variations étant transitoires et la diminution de rendement de 25%. b) Le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur un examen personnel de l'assurée (statut psychique), sur une anamnèse détaillée ainsi que sur l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, notamment les rapports d'examen effectués par les Drs V.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Les constatations de l'expert judiciaire sont corroborées par celles du Dr V.\_\_\_\_\_ – qui a constaté un état dépressif, dont l'intensité a pu être variable par moment, et relevé une bonne compliance médicamenteuse – et du Dr N.\_\_\_\_\_ – qui a constaté notamment un abaissement de

- 26 - l'humeur et des idées auto-agressives. Le Dr W.\_\_\_\_\_, en particulier dans son courrier du 11 avril 2011, s'est également prononcé sur les constatations ainsi que sur l'avis de la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, en l'occurrence en confirmant son appréciation. L'expert judiciaire a donc procédé à un examen d'ensemble de la problématique psychique de l'assurée. S'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés chez l'expertisée, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu une humeur variable, des somatisations, parfois un manque de motivation et d'entrain, une passivité et une émotivité. Sur ce point, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que les problèmes de motivation, de manque d'entrain et de passivité – retenus par son confrère comme limitations fonctionnelles – paraissaient surmontables par un effort de volonté, étaient entretenus par des bénéfices

secondaires et ne s'intégraient pas dans une affection psychiatrique connue. Il s'agissait là, selon l'expert judiciaire, de la principale différence d'appréciation concernant le rendement, qui était notamment en relation avec des difficultés d'adaptation suite à l'arrivée en Suisse de l'expertisée. Dès lors, le Dr W. \_\_\_\_\_ a clairement expliqué pourquoi, à la différence du Dr V. \_\_\_\_\_, il retenait une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 25%. Au demeurant, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles la situation familiale de l'assurée (fille gravement handicapée, émancipation de ses autres filles, conflit avec son époux), son sentiment d'être débordée émotionnellement, son acculturation et sa faible intégration justifieraient, selon le Dr V. \_\_\_\_\_, une incapacité de travail ou de rendement de 50%. L'expert judiciaire a relevé, à juste titre, que la faible intégration de l'assurée en Suisse et ses comportements caractéristiques ne l'avaient pas empêchés d'exercer une activité professionnelle, en l'occurrence jusqu'à fin 2004. Par ailleurs, on ne voit pas d'éléments objectifs mentionnés par le Dr V. \_\_\_\_\_ qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert judiciaire. Contestant l'avis de l'expert judiciaire, la recourante se prévaut principalement de l'avis de la Dresse H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Celle-ci a en particulier signalé des idées suicidaires, des

- 27 - difficultés dans les rapports avec sa famille, de l'agressivité et des accès de colère avec risque de passage à l'acte, l'incapacité de travail étant de 100% depuis le 22 avril 2005 (rapports des 27 mars 2008, 7 mai 2008 et 10 septembre 2009); elle a également relaté les circonstances d'une tentative de suicide de l'assurée le 15 décembre 2007 et des épisodes de violence dans sa famille, retenant un épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires (rapport du 24 janvier 2011). Cela étant, cette spécialiste ne se base pas sur d'autres constatations que celles de l'expert judiciaire et ses motivations sont peu étayées et documentées, au regard notamment des expertises figurant au dossier. Le Dr W. \_\_\_\_\_ s'est du reste expressément distancé de l'avis de la Dresse H. \_\_\_\_\_, relevant qu'elle décrivait des symptômes qui correspondaient pour la plupart aux plaintes de l'assurée, alors que lui-même avait tenu compte, pour la sévérité de l'épisode dépressif, tant des plaintes subjectives que des constatations objectives; il a expliqué en outre de manière convaincante que les motivations de sa consoeur ne permettaient pas de justifier une incapacité de travail à long terme. Les médecins du SMR, s'écartant des conclusions de la Dresse H. \_\_\_\_\_, ont pour leur part relevé que les limitations objectives avaient été correctement évaluées par deux expertises (avis médical du 16 février 2011), soit notamment par le Dr W. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, en tant qu'il émane du psychiatre traitant de l'assurée et dans le cadre d'un mandat de soin et non d'expertise, l'avis de la Dresse H. \_\_\_\_\_ doit être apprécié avec les réserves d'usage. Il en va de même, le cas échéant, de l'avis des médecins du CPNVD et de l'UPA de Payerne, dont les constatations ont de toute façon été prises en compte par l'expert judiciaire. c) Dès lors, compte tenu de la variation de la gravité du trouble psychique affectant l'assurée (en raison de tentatives de suicide, qui ont entraîné des périodes d'hospitalisation en institution, et de crises dues à des situations familiales, relatées en détail par la Dresse H. \_\_\_\_\_), il faut considérer avec l'expert judiciaire que la capacité de travail de l'intéressée sur le plan psychique est entière, avec une diminution de rendement, en moyenne sur une année, de 25%.

- 28 - 6. Il reste à examiner la question de l'incapacité de travail en raison d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, ou trouble somatoforme indifférencié. a) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant

d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du

- 29 - conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; voir aussi TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées). b) Dans l'expertise judiciaire, le Dr W. \_\_\_\_\_ a posé, en particulier, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié. Dans son appréciation du cas, en l'absence d'un discours de l'assurée centré sur ses douleurs et d'un faciès particulièrement algique, il a écarté un syndrome douloureux somatoforme persistant au profit d'un trouble somatoforme indifférencié. Pour sa part, se référant à l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_, le Dr V. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic différentiel de trouble somatoforme douloureux. Enfin, le Dr N. \_\_\_\_\_ n'a pas relevé de trouble somatoforme. Dans la mesure où un trouble somatoforme devait être admis, force est de constater que les différents critères posés par la jurisprudence pour le considérer comme invalidant ne sont pas remplis. En effet, les Drs W. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont retenu un trouble (ou état) dépressif léger, alors que le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu un état dépressif de gravité moyenne; on peut donc infirmer la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Au vu notamment des constatations de l'expert judiciaire, on ne saurait véritablement parler de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (en

- 30 - raison des relations familiales, malgré un climat parfois conflictuel), d'affections corporelles chroniques ni d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. On peut par ailleurs se demander si l'assurée ne présente pas un état psychique cristallisé apportant un soulagement du point de vue psychique, étant donné que le Dr W. \_\_\_\_\_ a signalé une recherche de bénéfices secondaires, l'assurée étant prise dans un processus d'invalidation lui permettant d'obtenir la sollicitude de son entourage et d'exprimer ses pulsions agressives. 7. Il reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assurée, compte tenu des éléments économiques figurant au dossier. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). 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 ces revenus 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 (ATF 128 V 29 consid. 1; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). 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

- 31 - 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3). 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 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; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalide, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé

(mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

- 32 - b) Dans le cas présent, la recourante présente, selon son médecin traitant, une incapacité de travail de longue durée depuis mars 2005 (rapport du 23 septembre 2005 du Dr L. \_\_\_\_\_), ce qui a été repris par le SMR (rapport d'examen du 15 août 2007), alors que l'expertise du CEMed a retenu des périodes d'incapacité de travail depuis 2005. Le calcul de comparaison des revenus doit donc être effectué en 2006, compte tenu du délai de carence (art. 28 al. 2 LAI). La recourante ne conteste à juste titre pas que son revenu sans invalidité soit déterminé, comme dans la décision attaquée, selon l'extrait de son compte individuel auprès de la CCVD, qui retient un salaire annuel de 36'600 fr. en 2004. Avec l'indexation des salaires en 2005 (+1%) et en 2006 (+1.2%), ce revenu doit être fixé à 37'409 fr. 60. Pour le revenu d'invalidé, on se basera sur le salaire statistique (selon l'ESS) auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2006, soit 4'019 fr. par mois. Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail en 2006 (41.7h), ce salaire est de 50'277 fr. 69. Après déduction de la diminution de rendement de 25% admise sur le plan psychique dans l'expertise du CEMed, le salaire d'invalidé est de 37'708 fr. 25. La recourante soutient que le revenu d'invalidé doit faire l'objet d'un abattement, qu'elle fixe à 15%. Dans la décision attaquée comme dans ses écritures subséquentes, l'OAI n'a pour sa part pas retenu d'abattement dans le calcul du degré d'invalidité. En l'espèce, même si on tenait compte d'un abattement maximal de 25%, soit la situation la plus favorable à l'assurée, le droit à la rente devrait être nié. En effet, dans cette hypothèse le revenu d'invalidé se monterait à 28'281 fr. 20, ce qui, par comparaison au revenu sans invalidité de 37'409 fr. 60, conduit à un degré d'invalidité de 24.40%, qui est inférieur au taux minimal de 40% donnant droit à un quart de rente. 8. a) Partant, la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. Le dossier étant complet sur le plan médical

- 33 - et économique, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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