

## **VD\_GERICHTE ZD13.052561 vom 25. Juni 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.052561](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.052561)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.052561 du 25 juin 2015

IT: VD\_GERICHTE ZD13.052561 del 25 giugno 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

janvier 2014. Dans sa réponse du 20 janvier 2014, l'intimé conclut au rejet du recours. Il estime que l'expertise du B. \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante

- 15 - et que le fait qu'un tel centre se voit régulièrement confier des mandats d'expertise ne permet pas de fonder un manque d'objectivité. S'agissant des nouveaux principes émis par la jurisprudence pour l'établissement d'une expertise, l'intimé a indiqué que le Tribunal fédéral avait estimé plus récemment encore qu'il était disproportionné de considérer que les expertises réalisées suivant les principes valables à une époque donnée perdaient leur valeur probante. Par écriture du 13 février 2014, la recourante renonce à répliquer. Le 27 février 2014, Me Carré a remis une liste détaillée de ses opérations. Les parties ne se sont pas déterminées plus avant. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse et respecte les autres conditions de

- 16 - recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment). Il convient donc d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du

#### **E. 21**

mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 356

consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 30 octobre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

- 17 - 3. Il incombe à la Cour de céans d'examiner si l'intimé a rendu une décision conforme aux considérants de l'arrêt de renvoi rendu le 9 février 2010 dans la présente cause (AI 374/09-48/2010), soit concernant la question du rendement dans une activité adaptée, de la présence d'une pathologie psychiatrique et du taux d'abattement. Dès lors est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). 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. 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\_83/2013 du 9 juillet 2013

- 18 - consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 précité consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai

2013 consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante 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 et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 précité consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

- 19 - Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). 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; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4 et 9C\_649/2008 du 31 août 2009 consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a). 5. S'agissant de l'aspect médical, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du B.\_\_\_\_\_. a) Dans un premier moyen, la recourante soutient que la désignation du B.\_\_\_\_\_ n'est pas conforme aux normes actuelles en matière de désignation des experts. S'il est exact que dans un arrêt du 28 juin 2011, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9) et qu'une nouvelle jurisprudence s'applique d'une manière générale à toutes les procédures pendantes ou futures (ATF 133 V 96 consid. 4.4.6), la Haute Cour a toutefois estimé plus récemment encore qu'il était disproportionné de considérer que des expertises réalisées suivant les principes valables à une époque donnée perdaient leur valeur probante,

- 20 - nonobstant la pertinence des arguments développés, au seul motif qu'elles ne remplissaient pas des critères immédiatement applicables, mais fixés postérieurement à leur réalisation (TF 9C\_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2 et 9C\_776/2010 du 20 décembre 2011 consid. 3.3). Tel est le cas en l'espèce. La recourante a été convoquée le 19 juillet 2010 au B.\_\_\_\_\_ pour une expertise bidisciplinaire qui a été réalisée les 22 et 23 septembre 2010, soit à une époque antérieure à la parution de l'ATF 137 V 210 précité. Par ailleurs, elle se limite à relever que la désignation du B.\_\_\_\_\_ n'est pas conforme à la nouvelle jurisprudence dès lors qu'elle n'a pas pu se prononcer sur le choix de l'expert, sans

toutefois indiquer les conséquences négatives que la violation de ce droit aurait concrètement entraînées. Elle n'argumente pas davantage lorsqu'elle se plaint du changement de l'expert rhumatologue, premièrement désigné, sans avoir été consultée. Dans cette mesure, il serait disproportionné de considérer que l'expertise du B. \_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante au seul motif que sa mise en oeuvre ne correspond pas aux nouvelles exigences jurisprudentielles. La recourante émet en outre des réserves sur la partialité du B. \_\_\_\_\_ à l'égard de l'OAI arguant que les assureurs privés ou sociaux s'acharnent à désigner ce centre alors que leurs expertises feraient régulièrement polémique. Or, il s'agit-là d'une affirmation d'ordre général. Elle ne démontre aucunement que l'appréciation du 26 novembre 2010 du B. \_\_\_\_\_ manquerait de neutralité ou d'objectivité. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité; TF

- 21 - 9C\_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). A cet égard, il sied de rappeler que le fait qu'un médecin ou un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3). En outre, la jurisprudence a également admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) étaient garanties (ATF 123 V 175). En l'espèce, il convient d'écarter les griefs soulevés par la recourante, dès lors qu'elle ne fait état d'aucun élément objectif susceptible de remettre en cause la partialité du B. \_\_\_\_\_. b) Dans un deuxième moyen, la recourante allègue que le rapport du B. \_\_\_\_\_ n'est pas convaincant, faisant notamment référence à l'avis du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2011, ainsi que du rapport d'évaluation du Centre E. \_\_\_\_\_. Certes, une diminution de rendement a été constatée par le Centre E. \_\_\_\_\_ lors de son évaluation du 25 août au

#### **E. 24**

novembre 2008, lequel aurait estimé que la baisse de rendement effective était de 10 à 20% sur un taux de présence à 75% en raison de ses limitations physiques et sa fragilité psychique. Toutefois, la question du rendement a été examinée par les experts du B. \_\_\_\_\_. Ils ont tenu compte de l'appréciation du Centre E. \_\_\_\_\_, de même que des rapports de la Dresse T. \_\_\_\_\_ ainsi que du rapport du 17 décembre 2008 du Dr Y. \_\_\_\_\_, lesquels font référence à un état anxio-dépressif. Les experts sont néanmoins arrivés à la conclusion que la recourante ne présente aucune diminution de rendement et ont exposé les raisons amenant à cette conclusion. En effet, sur le plan rhumatologique, ils ont constaté des signes de limitation de la mobilité active et passive de l'épaule gauche avec une rotation externe et une abduction diminuées à gauche, compatibles avec une capsulite rétractile. Ils relevaient également des signes de périarthrite de hanche droite ainsi qu'un discret tunnel carpien; ces deux éléments n'ayant aucune influence sur la capacité de travail. En conséquence, ils rejetaient des limitations fonctionnelles en raison de la capsulite rétractile, qui, dans

- 22 - une activité adaptée, n'étaient pas susceptible d'entraîner une baisse de rendement. Sur le plan psychique, malgré les douleurs dont s'est plaint la recourante, les experts n'ont observé aucun comportement particulièrement algique ni de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs. Ils ont également constaté que son orientation dans les trois modes était normale et qu'elle ne souffrait d'aucun trouble cognitif manifeste (attention, concentration, mémoire). Ils ne relevaient ni de trouble du cours de la pensée, ni de réduction de son dynamisme, ni de perte de l'élan vital. Au contraire, le fait qu'elle gère par ses propres moyens les tensions qui sont réapparues suite à l'arrêt de l'antidépresseur démontre qu'elle dispose de bonnes ressources personnelles. Il ressort par ailleurs de l'examen psychique que la recourante ne comprenait pas pourquoi elle était vue par un psychiatre dès lors qu'elle ne pensait pas souffrir de troubles. Elle considérait qu'elle était en arrêt de travail en raison des problèmes au niveau de son membre supérieur gauche avec une perte de force et des douleurs. Ainsi, au terme de l'évaluation de l'ensemble des éléments au dossier et des examens pratiqués, les experts n'ont retrouvé aucun élément en faveur d'un retard mental ni d'une fragilité psychique. Ils ont par ailleurs exposé que s'il était probable qu'elle ait présenté un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte et dépressive précédemment, l'anamnèse ne permettait pas de retrouver des éléments en faveur d'un épisode dépressif invalidant. C'est au vu de l'ensemble de ces constatations que les experts ont conclu, sur le plan psychique, à l'absence de limitation fonctionnelle et de diminution de rendement, comme le retient à juste titre le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du SMR du 21 juin 2013. Cela étant, les remarques du Dr Y. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 décembre 2011 ne sont d'aucune pertinence dès lors qu'il se limite à critiquer les conclusions des experts du B. \_\_\_\_\_ sans apporter d'éléments médicaux probants permettant de les mettre en doute. Les remarques du Dr Y. \_\_\_\_\_ doivent ainsi être écartées, d'autant plus que les constatations du médecin traitant, ayant tendance à se prononcer en faveur de son patient étant donné sa position de confident, doivent être admises avec réserve (cf. consid. 4c supra).

- 23 - A cela s'ajoute que dans son rapport d'évaluation, le Centre E. \_\_\_\_\_ a relevé que les grands problèmes de communication, le manque d'intérêt ainsi que ses limitations physiques pénalisaient fortement le déroulement du stage, ajoutant qu'il sentait l'assurée contrainte de faire le stage et s'y pliant avec passivité sans bien comprendre les buts de la démarche. En tout état de cause, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). Par conséquent, la Cour de

céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. En d'autres termes, la simple observation dans le cadre d'un stage d'évaluation ne saurait se substituer à l'absence d'éléments médicaux allant dans le sens de la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. La recourante ne peut simplement affirmer de manière péremptoire que son état de santé s'est aggravé depuis le stage au Centre E. \_\_\_\_\_, respectivement depuis

- 24 - l'expertise du B. \_\_\_\_\_ en 2010 sans faire état d'éléments médicaux probants. En effet, les autres pathologies dont elle fait état (vertiges, troubles de l'équilibre, douleurs articulaires, par exemple), ne sauraient être considérées comme invalidantes à défaut de rapports médicaux dans ce sens. En définitive, force est de constater qu'il n'existe aucune appréciation médicale motivée et aucun élément susceptible d'écarter les conclusions du B. \_\_\_\_\_, si bien qu'il convient de retenir que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie physique – à savoir éviter les mouvements utilisant l'épaule gauche et le port de charges avec le membre supérieur gauche – la capacité de travail est de 100% dès 2004, soit depuis son incapacité totale de travail dans son activité habituelle de femme de ménage. c) Au vu des éléments qui précèdent, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du 26 novembre 2010 du B. \_\_\_\_\_. En effet, elle a été réalisée sur la base du dossier médical complet, y compris les documents radiologiques de la recourante, et d'exams adéquats. Elle tient compte des plaintes de celle-ci ainsi que de l'anamnèse, qui ont été soigneusement consignées dans le corps du texte. S'agissant des points litigieux, les constatations permettant d'exclure tant une baisse de rendement sur le plan physique et psychique que des limitations fonctionnelles sur le plan psychique ont été exposées de manière détaillée. De plus, les conclusions sont sans équivoque s'agissant de la capacité de travail qui reste entière dans une activité adaptée. Le rapport d'expertise du B. \_\_\_\_\_ remplit ainsi tous les réquisits de la jurisprudence. 6. Il sied de rappeler que la Cour de céans, dans l'arrêt précité, a clairement considéré que la part ménagère était de 30% et la part active de 70% compte tenu de l'activité de femme de ménage et viticole de l'assurée. S'agissant de la détermination du taux d'invalidité selon la méthode mixte, la recourante se limite à critiquer le taux d'abattement

- 25 - retenu par l'intimé, soit 10% comme dans sa première décision du 19 juin 2009. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146). Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la

méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut

- 26 - notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 133 V 504). Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3). b) En l'espèce, la recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimé dans sa décision litigieuse. A cet égard, la Cour de céans constate que l'intimé a tenu compte des remarques figurant dans l'arrêt de renvoi rendu le 9 février 2010 dans la présente cause s'agissant du calcul de ce revenu, dès lors qu'il a pris en compte, en

- 27 - sus du salaire perçu en tant que femme de ménage, le gain que réalisait la recourante dans son activité d'effeuilleuse de vignes. Il y a donc lieu de retenir que le revenu sans invalidité de la recourante s'élevait à 39'939 fr. 40. S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 2005, ce qui n'apparaît pas critiquable. Du reste, la recourante ne le conteste pas. Ainsi, il convient de retenir que le salaire annuel hypothétique dans une activité légère de substitution exercée à 70% en 2005 s'élève à 34'467 fr. 55. Par ailleurs, dès lors qu'aucune diminution de rendement n'a été établie par l'expertise du B. \_\_\_\_\_, dont la valeur probante a été constatée ci-avant (cf. consid. 5c supra), il n'y a pas lieu de réduire le salaire hypothétique en conséquence. c) Lorsque le revenu d'invalidité est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans

lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances

- 28 - sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Certes, dans son arrêt de renvoi du 9 février 2010, la Casso a considéré, entre autres éléments, que le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI dans sa première décision du 19 juin 2009 paraissait insuffisant, à tout le moins insuffisamment motivé. Or, dans la décision litigieuse du 30 octobre 2013, l'intimé a à nouveau estimé qu'un taux d'abattement de 10% était justifié en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge. S'agissant de l'éventuelle prise en compte d'autres circonstances personnelles (en l'espèce : scolarité de base inachevée, absence de formation particulière, absence de maîtrise du français), il y lieu de noter que les difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne peuvent être considérés comme des critères déterminants (TF 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5, 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 et 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5) au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 4 : activités simples et répétitives). En outre, l'intéressée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte qu'elle ne subirait sous cet angle aucun préjudice salarial en cas de retour sur le marché du travail. Dans ces circonstances, on ne voit aucune raison de s'écarter du taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé.

- 29 - Pour le surplus, même si l'on appliquait un taux d'abattement supérieur, allant même jusqu'à 25% (soit le taux maximum admis par la jurisprudence, cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa), ce qui amènerait probablement à un degré d'invalidité total de 29,4%, le droit à la rente ne serait pas ouvert non plus. 7. Des considérants qui précèdent, il résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations formée par la recourante

et les griefs formulés par cette dernière doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 8. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en

- 30 - considération de l'importance de la cause, de ses difficultés et de l'ampleur du travail consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) – le conseil d'office a produit une liste de ses opérations le 27 février 2014, dont il ressort qu'il a consacré au total 3,2 heures à la défense des intérêts de la recourante, auquel s'ajoutent des débours par 30 francs. C'est ainsi un montant de 654 fr. 50 (3,2 heures au tarif horaire de 180 fr., avec 30 fr. de débours et la TVA à 8%) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées.

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