

# VD\_GERICHTE ZD21.009209 vom 27. Mai 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.009209](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.009209)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.009209 du 27 mai 2022

IT: VD\_GERICHTE ZD21.009209 del 27 maggio 2022

## Erwägungen

### E. 15

avril 2010.” Après avoir requis le point de vue du SMR ([Service médical régional de l’assurance-invalidité] rapport du 24 septembre 2010) et nanti des éléments économiques idoines (document intitulé « Proposition de DDP » du 7 octobre 2010), l’OAI a, par décision du 22 novembre 2010 confirmant un projet du 12 octobre 2010, dénié le droit de l’assurée à des prestations de l’assurance-invalidité. Malgré la présence d’une atteinte somatique, il a considéré que l’intéressée conservait la capacité d’exercer son activité habituelle à 70 % et présentait un degré d’invalidité de 30 %, insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente. Par ailleurs, aucune mesure d’ordre professionnel n’apparaissait nécessaire dans la mesure où l’assurée bénéficiait d’un poste léger et totalement adapté à ses limitations fonctionnelles. N’ayant pas fait l’objet d’un recours, la décision du 22 novembre 2010 est entrée en force. B. C. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande, parvenue à l’OAI le 27 juin 2011. Elle se référait à un rapport établi le 19 avril 2011 par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l’assurée, relevant l’évolution

- 4 - défavorable de l’état de santé. Le médecin évoquait un épisode dépressif réactionnel sévère nécessitant une prise en charge spécialisée à la suite de son licenciement le 23 février 2011, ainsi qu’une aggravation des lombosciatalgies justifiant de requérir un avis neurologique. Il ajoutait que sa patiente n’avait pas pu reprendre son travail à 100 % ces deux dernières années et présentait, depuis le 23 février 2011, une incapacité de travail totale. Par décision du 29 juillet 2013 confirmant un projet du 14 novembre 2012, l’OAI a refusé d’octroyer une rente d’invalidité à l’assurée. Par arrêt du 18 novembre 2014 (CASSO AI 232/13 - 280/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé le dossier à l’OAI pour mise en œuvre d’une expertise rhumatologique. L’OAI a confié une expertise médicale à la Dre E. \_\_\_\_\_. Une expertise bidisciplinaire a ensuite été confiée aux Drs S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Par décision du 20 juillet 2018 annulant et remplaçant celle du 29 juillet 2013, l’OAI a rejeté la demande de rente d’invalidité de l’assurée. Il a confirmé que le taux d’invalidité de l’assurée, en tenant compte d’une capacité de travail de 70 % dans une activité non qualifiée du domaine de la production et des services, s’élevait à 23.90 %. Par arrêt du 24 février 2020 (CASSO AI 269/18 – 59/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision du 20 juillet 2018 et renvoyé la cause à l’OAI pour mise en œuvre d’une expertise rhumato-psychiatrique et dans toute discipline jugée utile, puis nouvelle décision. Suivant le point de vue du SMR (avis médical du 21 avril 2020), l’OAI a confié la réalisation d’une expertise médicale pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Dans leur rapport du 29

- 5 - septembre 2020, les Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, ont posé les diagnostics de lombosciatalgies droites, conflit sous-acromial de l'épaule droite, arthrose digitale débutante, trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 de degré léger, et, sur le plan ophtalmologique, de status après traumatisme oculaire en 2002 (précisant que l'assurée s'était plainte que cette dernière atteinte n'avait pas été prise en compte dans les expertises ultérieures, mais à ce jour n'exprimait pas spontanément de plainte de ce domaine). Au moment d'apprécier la situation, les experts ont, de manière consensuelle, émis les considérations suivantes : "7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE 7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de cette assurée y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle Sur le plan professionnel, après son arrivée en Suisse en [...], à l'âge de 19 ans, pour se marier, l'assurée n'a commencé à travailler qu'après avoir conduit une troisième grossesse, en 2009. Elle a exercé pendant quelques temps des activités de femme de chambre dans les hôtels, puis elle est rentrée, à partir de 2000 ou 2001, à P.\_\_\_\_\_, où elle exerçait une activité d'ouvrière de production. Son poste a été adapté lors de la survenance des problèmes lombosciatalgiques et, comme l'ont souligné toutes les expertises antérieures, il est idéalement adapté à l'atteinte rachidienne de l'assurée, étant exercé en position assise avec des efforts de soulèvement légers. Par ailleurs, en dehors de cette atteinte principale et pratiquement unique sur le plan somatique, l'assurée a présenté des plaintes multiples, qui ont eu une forte tendance à s'amplifier au cours du temps et à s'étendre. Comme l'a écrit lui-même son rhumatologue traitant, le Dr V.\_\_\_\_\_, dans son dernier rapport du 19.01.2018, elles ont conduit l'assurée dans un état d'invalidé avec un tableau de douleurs étendues qui évoque une fibromyalgie secondaire. Ces plaintes douloureuses, devenues pratiquement ubiquitaires, participent en effet largement à son installation dans un statut d'invalidé qui, après toutes ces années, pèse très lourd dans le pronostic en termes de retour à l'emploi.

- 6 - 7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation etc, discussion des chances de guérison L'assurée n'a jamais fait l'objet de mesures de réadaptation et, si elle s'est constamment opposée au projet de décision de l'AI, les recours contre les refus de prestation[s] ne sont pas à eux seuls à l'origine de la durée de l'instruction, puisque nous sommes maintenant à neuf ans après le dépôt de sa première demande AI. Plusieurs facteurs ont contribué à cet étalement dans le temps, au premier rang desquels l'évolution mentionnée ci-dessus de son atteinte rachidienne ; évolution certes authentique et documentée sur le plan radiologique, certainement vraie aussi sur le plan clinique concernant la péjoration intervenue en 2013. Mais ces péjorations transitoires ne modifiaient pas sur le fond la capacité de travail de cette assurée dans une activité adaptée. L'amalgame qui a été fait à tort entre péjoration, principalement radiologique, et capacité de travail, a certainement contribué à la répétition des expertises, donc à la durée de l'instruction. Pourtant, à la lecture de ce très long dossier, on est aujourd'hui frappé par la constance remarquable de la description clinique de l'assurée par les experts. Il est donc frappant de constater, en fonction de ces évaluations successives, que la capacité de travail médico-théorique, depuis la première expertise de la Dresse E.\_\_\_\_\_, en 2010, avant même le dépôt de sa demande AI, n'a pratiquement pas changé. Par ailleurs, il s'est glissé dans le rapport de la seconde expertise de la Dresse E.\_\_\_\_\_, en mars 2015, une erreur manifestement typographique, entre capacité et incapacité de travail. Il n'est pas douteux

pour nous, lorsqu'on relit le rapport de cette expertise, à laquelle nous nous associons pleinement sur le plan médical, que la Dresse E. \_\_\_\_\_ retenait une incapacité de 40 % et non une capacité. L'ensemble de son rapport est cohérent avec cette notion d'une amélioration. Elle écrivait ainsi (p. 494 du dossier AI) que ces 40 % se justifiaient « car la réapparition de la hernie discale n'a pas entraîné de déficit neurologique et cliniquement la patiente va mieux mais reste plus fragile car l'évolution en 2013 montrait une nette aggravation. Globalement, l'examen du jour est meilleur que celui de 2010 durant lequel Madame montrait une décharge antalgique du MID [membre inférieur droit] en position debout. » Or, en 2010, la Dresse E. \_\_\_\_\_ elle-même retenait une incapacité de seulement 30 %. Elle ne pouvait retenir en 2015 une incapacité de 60 %, en écrivant qu'il y avait eu amélioration. Cette incohérence devait être relevée par le juriste de l'AI. Mais, mieux encore, ces 40 % étaient alors correctement interprétés comme une capacité de travail par M[ai]tre Bishof lui-même, défenseur de l'assurée, dans son courrier du 22 septembre 2016. (rapport p. 570 du dossier AI).

- 7 - Les choses se sont compliquées dès lors que la Dresse E. \_\_\_\_\_, interrogée à la demande du juriste par le SMR, a maintenu qu'il s'agissait bien d'une incapacité de 60 %, ceci contre toute attente. Quoi qu'il en soit, nous maintenons à la lecture des différents rapports d'expertise, qu'ils sont étonnamment semblables dans leur description clinique de l'assurée, et qu'ils ne pouvaient pas raisonnablement conduire à une évaluation de la capacité de travail de seulement 40 %, dans l'activité antérieure adaptée. 7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité La présentation de l'assurée s'est révélée variable d'un de nos examens experts à l'autre et cela est vrai également lorsqu'on compare entre eux les rapports médicaux et experts antérieurs. De telle sorte qu'une majoration des symptômes était suspectée chez elle de longue date. Le rapport de la Dresse E. \_\_\_\_\_ en particulier était particulièrement éloquent dans sa description de l'incohérence et particulièrement développé aux pages 24 et 25 de son rapport à l'AI (pages 485 et suivantes du dossier AI). On retrouve cette notion de majoration appelée « amplification » qui indique que « le somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie lombaire, évoque la fluidité de la mobilité spontanée ». On note encore la notion de surcharge dans le rapport en 2011 du Dr [...], neurologue. Au cours de nos expertises, la démonstrativité de l'assurée a été d'expression variable d'un examen à l'autre, mais toujours massive. Lors de notre première expertise, elle s'est manifestée pendant le recueil de l'anamnèse, puisque, à peine arrivée, l'assurée a demandé à s'allier sur la table d'examen en raison de ses douleurs. Elle avait pourtant déclaré avoir effectué le trajet depuis son domicile sans aucun problème et elle devait pourtant rester ensuite assise pendant plus d'une heure lors de la poursuite du recueil anamnestique, sans aucune manifestation douloureuse. Au cours de l'examen rhumatologique, c'est son parasitage de l'examen par des contre-pulsions et la positivité des signes de Waddell qui indiquent la majoration. Mais c'est surtout au cours de l'Evaluation des Capacités Fonctionnelles que l'autolimitation de l'assurée a été mise en évidence de façon objective et flagrante. L'assurée s'autolimité de façon caricaturale, c'est-à-dire qu'elle met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. 7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Comme on l'a vu, aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu et partant aucune limitation fonctionnelle de cette nature.

- 8 - La modeste réduction de l'acuité visuelle de l'OD [œil droit] n'entraîne pas de limitation fonctionnelle. Sur le plan ostéoarticulaire, l'atteinte rachidienne est authentique et

la dernière activité exercée dans l'industrie est adaptée aux limitations fonctionnelles imposées par cette atteinte ; à savoir pas de flexion antérieure du rachis, pas de port de charges significatives, ni de maintien de positions immobiles et prolongées. On peut raisonnablement penser qu'elle est en mesure de changer de position quelques minutes toutes les 1h30. Pas plus aujourd'hui qu'à la lecture des expertises antérieures, nous ne pensons que l'atteinte à la santé puisse être responsable dans l'activité antérieure d'une incapacité de travail plus que minime." En résumé, les experts de la CRR ont retenu une capacité de travail résiduelle de l'assurée identique depuis la première expertise du 17 mai 2010 de la Dre E. \_\_\_\_\_, indiquant que l'atteinte à la santé centrale était de nature ostéoarticulaire et représentée par des lombosciatalgies droites. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 septembre 2020 comporte notamment un document intitulé « Evaluation des capacités fonctionnelles (version courte) » du 19 août 2020 de la physiothérapeute diplômée G. \_\_\_\_\_. Il en ressort en particulier que la volonté de l'assurée de donner le maximum aux différents tests avait été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation faible. Les observations étaient les suivantes : "- des mouvements de compensation - une décharge de la région douloureuse - une boiterie - des mouvements précautionneux - des frottements/soutiens de la zone douloureuse - des mimiques douloureuses - des soupirs - des plaintes très fréquentes d'une douleur." Après avoir soumis l'expertise pluridisciplinaire au SMR (avis médical du 26 octobre 2020), l'OAI a, par projet de décision du 28 octobre 2020, fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Selon ses constatations, si celle-ci ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 23 juin 2009, elle présentait cependant une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à son état de

- 9 - santé, telle une activité industrielle légère de type conditionnement, contrôle de qualité, montage, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de port de charges de plus de 5-10 kg, limitations des mouvements en porte-à-faux ». La comparaison entre le revenu de valide (48'500 fr.) et celui d'invalidé (36'909 fr. 60 ; calculé sur la base des données salariales statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], sur la base d'un taux d'activité de 70 %, et sans prise en compte d'un abattement), aboutissait à une perte de revenu de 11'590 fr. 40 correspondant à un degré d'invalidité de 23,90 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Le 19 novembre 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de Me Philippe Graf, a fait part de sa contestation envers ce préavis négatif. Elle demandait l'octroi d'un stage d'orientation professionnelle, un complément d'instruction sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne, avec également un complément d'expertise rhumatologique, ainsi que la parallélisation des revenus déterminants en requérant par ailleurs la prise en compte d'un abattement d'au moins 15 % sur celui d'invalidé. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a recueilli un avis juriste du 28 janvier 2021 qui a fait le point de la situation. Par décision du 29 janvier 2021 adressée à Me Graf, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée. Il a complété les motifs exposés dans le projet du 28 octobre 2020 en y intégrant les remarques recueillies auprès de son service juridique. Ses constatations étaient dès lors les suivantes : "Conformément à l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 24 février 2020, nous avons complété l'instruction médicale du dossier de Mme C. \_\_\_\_\_, notamment en effectuant une expertise médicale pluridisciplinaire. Ce complément d'expertise vient confirmer notre position (qui avait donné lieu à une précédente décision de refus de rente entrée en force du 22 novembre 2010), à savoir que Mme C. \_\_\_\_\_ ne peut plus exercer son activité habituelle depuis le 23 juin 2009.

- 10 - Cependant, elle présente une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à sa situation, telle une activité industrielle légère de type conditionnement, contrôle qualité, montage et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5-10 kg, limitation des mouvements en porte-à-faux. Il en résulte que l'instruction médicale dûment complétée confirme que nous ne pouvons retenir, depuis la dernière décision matérielle entrée en force (à savoir notre décision de refus de rente du 22 novembre 2010), aucune aggravation notable de son état de santé. Or l'absence d'une telle aggravation signifie également qu'il n'existe aucun motif de révision (au sens de l'article 17 de la Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales/LPGA) dudit refus ; l'article

#### **E. 17**

LPGA étant applicable par analogie en cas de demande ultérieure à un refus (en vertu de l'article 87 alinéas 2 et 3 du Règlement sur l'assurance-invalidité/RAI et selon confirmation du Tribunal fédéral/TF à l'arrêt RCC 1984 p. 355 et 364, 1983 p. 491, 1981 p. 123). Par conséquent, la présente demande de votre mandante doit être rejetée. Par surabondance, et bien qu'un tel calcul ne soit en effet pas applicable en l'absence de motif de révision (9C\_759/2019), nous avons procédé au calcul actualisé (eu égard à la jurisprudence topique) du préjudice économique qui serait applicable dans l'hypothèse où un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA était présent. Pour ce faire, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 48'500.00 en 2010, avec celui auquel elle peut prétendre dans une activité adaptée à son atteinte. Dans la situation de Mme C.\_\_\_\_\_, étant donné qu'elle n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité. En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 36'909.60 à 70 % en 2010. Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous constatons qu'aucun abattement ne serait justifié dans son cas. Comparaison des revenus : Revenu sans atteinte à la santé CHF 48'500.00 Revenu avec atteinte à la santé CHF 36'909.60 Perte de revenu CHF 11'590.40 Degré d'invalidité 23.90 % Ainsi un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnant pour mémoire pas droit à une rente d'invalidité, le présent calcul hypothétique confirme par ailleurs l'absence de motif de révision." Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI estimait que les critiques du conseil de l'assurée n'étaient pas

- 11 - susceptibles de remettre en question le bien-fondé de son projet de décision, lequel devait être confirmé. Le 4 février 2021, répondant à une demande de précisions adressée par le conseil de l'assurée le jour précédent, demandant également l'annulation de la décision précitée, l'OAI a indiqué que sa décision du 29 janvier 2021 comportait une erreur d'écriture, en ce sens qu'il fallait retenir comme précédente décision, celle du 20 juillet 2018 et non celle du 22 novembre 2010. Il ressortait la prise en compte des mêmes revenus dans la décision de janvier 2021 pour la comparaison dont il découlait un préjudice qui restait donc de 23,90 % ; l'OAI a confirmé l'absence de motif de révision sur la base de son instruction médicale. S'agissant de l'abattement, l'OAI a expliqué que les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans le cadre de la diminution de la capacité de travail retenue de sorte qu'il était incorrect, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, de procéder à une réduction supplémentaire en appliquant un abattement sur le revenu d'invalidité pour ce même motif. Le 9 février 2021, le conseil de l'assurée a écrit à

l'OAI qu'il y avait eu confusion de sorte qu'il convenait de retenir comme précédente décision celle du 22 novembre 2010 (et non celle rendue le 20 juillet 2018). Depuis le 22 novembre 2010 elle soutenait qu'un changement s'était produit dans les circonstances pertinentes qui constituait un motif de révision du calcul effectué, soit son licenciement selon la lettre de la société P. \_\_\_\_\_ SA du 23 février 2011 dont elle a joint une copie. A ses yeux, un autre motif de révision existait, à savoir une péjoration de l'état de santé, attestée par la Dresse E. \_\_\_\_\_ par rapport d'expertise du 12 mars 2015, péjoration que cette médecin avait confirmée par rapport complémentaire du 19 septembre 2016, expliquant sans ambiguïté que « les éléments de décompensation aiguë depuis février 2013, l'augmentation de la consommation médicamenteuse, l'aggravation sur le plan radiologique font que [...] la situation s'est globalement aggravée » ; elle soutenait présenter une incapacité de travail de 40% dès le jour de l'expertise, soit depuis le 12 mars 2015, ajoutant que cette analyse avait

- 12 - été entérinée par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 27 mars 2015. L'assurée observait que si les experts de la CRR n'avaient fixé nulle part l'exigibilité sous forme de pourcentage, ils avaient écrit à la page 14 de leur rapport d'évaluation consensuelle, « nous nous associons pleinement sur le plan médical » au rapport d'expertise rhumatologique établi le 12 mars 2015 par l[a] Dresse E. \_\_\_\_\_. Aussi, il existait depuis le 3 mars 2015 une exigibilité de 60% (et non pas de 70%) justifiant l'annulation de la décision rendue le 29 janvier 2021 pour nouveau calcul du préjudice économique qui tiendrait compte d'une parallélisation des revenus à comparer, puis pour nouvelle décision. Compte tenu des années de service, de l'âge et du taux d'occupation partiel, l'assurée était d'avis que si le revenu avec invalidité devait être déterminé sur la base des données statistiques, il convenait de procéder à un abattement de 15 %. Après avoir requis un nouvel avis juriste du 22 février 2021, l'OAI a, par courrier du même jour adressé à l'avocat de l'assurée, pris position sur les critiques soulevées à l'appui de la demande d'annulation formulée les 3 et 9 février 2021 à l'encontre de sa décision de refus de rente du 29 janvier 2021. C. Par acte du 1er mars 2021, C. \_\_\_\_\_, représentée par Me Philippe Graf, a déféré la décision du 29 janvier 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis une date à définir en 2013 jusqu'au 31 décembre 2013, d'une demi-rente du 1er janvier 2014 au 30 juin 2015, puis d'un quart de rente depuis le 1er juillet 2015. Subsidièrement, elle conclut à la mise en œuvre d'un complément d'expertise médicale judiciaire ainsi qu'à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il détermine le début et le montant de la rente d'invalidité, sur la base des conclusions de l'expertise mise en œuvre et d'un abattement de 15 %, l'instruction devant par ailleurs porter sur une éventuelle parallélisation des revenus ; plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, puis nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la recourante conteste la capacité de travail

- 13 - résiduelle de 70 % retenue dans une activité adaptée, estimant qu'il ressort du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 29 septembre 2020 que le taux d'incapacité de travail est de 40 % dans toute activité depuis le 12 mars 2015, ceci en référence à la capacité résiduelle de travail correspondante retenue à cette date par la Dre E. \_\_\_\_\_ ; en l'absence d'une quelconque amélioration de l'état de santé établie par les experts de la CRR entre le 12 mars 2015 et le jour de leur expertise, respectivement d'une augmentation de la capacité de travail, le taux d'incapacité de travail devant être retenu sur la base du rapport

d'expertise de la CRR est bien de 40 % depuis le 12 mars 2015. A défaut de retenir son interprétation du rapport d'expertise, la recourante est d'avis que seule la mise en œuvre d'un complément d'expertise judiciaire auprès de la CRR s'imposerait. En ce qui concerne la période antérieure au 12 mars 2015, sur la base de l'expertise de la Dre E. \_\_\_\_\_, la recourante précise que l'incapacité de travail a été de 30 % jusqu'au 31 janvier 2013, de 100 % du 1er février 2013 au 30 septembre 2013, puis de 50 % du 1er octobre 2013 au 11 mars 2015. Elle prétend également que lorsque la décision querellée retient que « Mme C. \_\_\_\_\_ ne peut plus exercer son activité habituelle depuis le 23 juin 2009 » elle n'est pas conforme aux conclusions de la CRR ; les experts ont au contraire exposé, en page 13, que le dernier emploi de la recourante « est idéalement adapté à l'atteinte rachidienne », et ils ont écrit, en page 15, que « l'atteinte rachidienne est authentique et la dernière activité exercée dans l'industrie est adaptée aux limitations fonctionnelles ». Sur le plan économique, elle plaide qu'un abattement de 15 % au moins aurait dû être retenu sur le revenu d'invalidité au vu de l'ensemble des circonstances du cas. La recourante en déduit l'existence d'un motif de révision intervenu depuis la décision de refus précédente du 22 novembre 2010. Dans sa réponse du 8 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il relève le caractère probant de l'expertise CRR, estimant que les critiques de la recourante ne sont pas de nature à modifier sa position.

- 14 - Aux termes d'un second échange d'écritures des 3 et 18 mai 2021, les parties ont maintenu leur position respective. Dans sa duplique, l'OAI observe qu'à la page 14 de leur rapport pluridisciplinaire du 29 septembre 2020, les experts de la CRR indiquent qu'une erreur s'est glissée dans le rapport de leur consœur de mars 2015 ; la Dre E. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de 40 % et non pas une capacité de travail. Par ailleurs, ladite médecin a conclu en 2010 à une incapacité de travail de 30 % ; elle ne pouvait pas admettre en 2015 une incapacité de 40 % en écrivant qu'il y avait eu une amélioration. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) La contestation porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 27 juin 2011.

- 15 - b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 29 janvier 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3. a) L'invalidité se définit comme

l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

- 16 - 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

- 17 - d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure

probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). e) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

- 18 - prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 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 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 4. a) En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 22 novembre 2010 qui lui refusait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Malgré la présence d'une atteinte somatique, l'OAI a considéré que l'intéressée conservait la capacité d'exercer son activité habituelle à 70 % et présentait un degré d'invalidité de 30 %, insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente. Cette décision se base sur les conclusions du rapport d'expertise rhumatologique du 17 mai 2010 mise en œuvre par l'assurance perte de gain auprès de la Dre E. \_\_\_\_\_. Dans le cadre de son instruction du cas, l'OAI a recueilli un rapport SMR du 24 septembre 2010, signé par le Dr Z. \_\_\_\_\_ (pièce 29). Sur la base de l'expertise précitée mentionnant l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies droites légèrement déficitaires sur hernie discale L5-S1 droite (M54.1), le SMR a retenu une capacité de travail nulle du 23 juin 2009 au 30 août 2009, à 50 % du 31 août 2009 au 13 juin 2010, puis à 70 % en toute activité (dont celle habituelle d'opératrice sur machine dans l'industrie légère reprise à mi-temps en septembre 2009 et à 70 % en juin 2010, où l'intéressée bénéficiait d'un poste léger et totalement adapté) respectant ses limitations fonctionnelles (« pas de port de charges de plus de 5 kg ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions ») depuis le 14 juin 2010. Le cas de l'assurée était résumé en ces termes : « Cette assurée de 35 ans, mariée et mère de 3 enfants, n'a pas

de formation et travaille comme opératrice sur machine dans l'industrie légère. Elle est en IT [incapacité de travail] depuis juin 2009 en raison de lombosciatalgies droites évoluant depuis 2006, avec une discrète parésie des releveurs du pied droit ; une volumineuse hernie discale paramédiane droite intraforaminale L5-S1 irritant la

- 19 - racine L5 avait été déjà mise en évidence en 2006, et l'assurée avait refusé la chirurgie. Le traitement conservateur avait amené une diminution des douleurs, qui vont cependant à nouveau s'exacerber début 2009, causant une IT dès juin 2009. Une nouvelle IRM montre à nouveau la hernie discale, qui a cependant un peu diminué de volume. Une infiltration a permis de diminuer les douleurs sciatiques et l'assurée a repris son activité habituelle, qui est adaptée, à 50 % en août 2009. Une expertise rhumatologique pour l'assurance perte de gain a eu lieu le 17.05.2010 auprès de la Dresse E. \_\_\_\_\_ ; cette spécialiste a confirmé le diagnostic, elle a retenu les limitations fonctionnelles citées en page 1, qui sont respectées au poste de travail habituel. Elle estime que la CT exigible est de 70 % dans le poste habituel qui est adapté, et l'assurée a repris ce taux en juin 2010." b) Au terme de l'instruction de la nouvelle demande, se fondant sur les constatations et conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR, l'office intimé a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée à sa situation, telle une activité industrielle légère de type conditionnement, contrôle qualité, montage et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de port de charges de plus de 5-10 kg, limitation des mouvements en porte-à-faux ». Il en résultait l'absence d'aggravation notable de l'état de santé depuis la précédente décision de refus de rente entrée en force du 22 novembre 2010, conduisant au rejet de la nouvelle demande de prestations déposée en l'absence de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Par surabondance, le degré d'invalidité (de 23,90 %), calculé après comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA), confirmait l'absence de motif de révision. Estimant avoir désormais droit à une rente d'invalidité, la recourante conteste l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle, en opposant son interprétation de l'expertise de la CRR sur la question. Elle allègue également qu'un abattement de 15 % au moins aurait dû être retenu sur le revenu d'invalidité. c) Il convient de rappeler que, par arrêt du 24 février 2020 annulant la décision du 20 juillet 2018 (CASSO AI 269/18 – 59/2020), l'affaire a été renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au motif que le dossier ne contenait aucune analyse complète et détaillée des interactions entre les différentes atteintes ainsi

- 20 - que leurs conséquences sur la capacité de travail. Dans le cadre de l'instruction menée à la suite de cet arrêt, l'office intimé a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire à la CRR de Sion, laquelle a rendu son rapport le 29 septembre 2020. aa) L'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 29 septembre 2020 a retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites, conflit sous-acromial de l'épaule droite, arthrose digitale débutante, trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 de degré léger, et, sur le plan ophtalmologique, de status après traumatisme oculaire en 2002 (l'assurée s'était plainte que cette dernière atteinte n'avait pas été prise en compte dans les expertises ultérieures, mais à ce jour n'exprimait pas spontanément de plainte de ce domaine). bb) L'expertise se fonde sur une anamnèse détaillée et un status exhaustif des différentes problématiques posées, ainsi qu'une analyse consensuelle des interactions entre les divers diagnostics retenus. Si au cours des expertises, la démonstrativité de l'assurée a été d'expression variable d'un examen à l'autre mais toujours massive (en particulier lors de l'anamnèse où les douleurs

ont été exprimées de façon croissante par l'intéressée qui faisait de moins en moins appel à l'interprète pour les exprimer), elle a surtout été mise en évidence lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles du 19 août 2020. L'évaluatrice G. \_\_\_\_\_ a rapporté de nombreuses autolimitations de l'assurée, et ceci de manière caricaturale, à savoir que c'était l'intéressée elle-même qui mettait fin à la tâche avant qu'il n'ait pu être observé les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Cette notion de démonstrativité constatée chez l'assurée était également relevée dans l'expertise comme ayant déjà été observée par la Dre E. \_\_\_\_\_ (cf. pp. 24 – 25 de son rapport d'expertise du 12 mars 2015) ; une majoration des symptômes était suspectée de longue date. Sur le plan rhumatologique, le diagnostic de lombosciatalgies droites a été posé. L'expert a indiqué que l'assurée présentait ces atteintes depuis 2006 ce qui avait nécessité l'intervention de plusieurs

- 21 - rhumatologues et des évaluations dans le cadre d'expertises ; de son côté, l'intéressée indiquait une aggravation des lombosciatalgies droites de 2006 à 2009, une amélioration de 2009 à 2013, puis une nouvelle détérioration depuis lors, avec une situation pratiquement sans modification. L'expert a indiqué, sur la base de son examen clinique et de la dernière IRM de 2019 qui montrait une discopathie L4-L5 avec une petite hernie discale foraminale entrant plutôt en contact avec la racine L4 (et non plus une volumineuse hernie discale entrant en contact de la racine L5 comme en 2010), que depuis environ quatre ans l'assurée souffrait d'arthralgies périphériques. Il retenait cliniquement des signes discrets d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite, sans rupture de coiffe, pour lesquels aucune infiltration n'avait jusqu'ici été réalisée, ainsi qu'une arthrose digitale débutante n'engendrant pas de limitation fonctionnelle. L'expert rhumatologue a constaté l'absence d'incapacité de travail significative, basée sur une atteinte de l'appareil locomoteur, dans la dernière activité exercée dans l'industrie pharmaceutique (préparation et contrôle de poches de perfusion). Admettant que des activités impliquant le dos en terme de posture (flexion antérieure du rachis), de port de charges (plus de dix kilos de façon répétée) ou de maintien de position (debout immobile pendant plus d'une heure) étaient limitées, l'expert était d'avis qu'une pleine capacité de travail pouvait toutefois être exigée de la part de l'assurée dans une autre activité permettant d'éviter de telles postures ou ports de charges. Sur le plan psychiatrique, l'expert a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), sans impact sur la capacité de travail dans une activité non qualifiée telle que celle exercée auparavant par l'assurée qui restait capable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité (capacité de planification et de structuration de tâches, capacité de décider et de s'affirmer, d'entrer et de maintenir le contact avec d'autres, par exemple au sein d'un groupe, ainsi que la capacité de se déplacer) ; il n'existait ainsi pas d'obstacle d'ordre psychique à une éventuelle reprise d'activité professionnelle, cependant hypothétique chez une assurée établie dans une identité d'invalidé depuis une dizaine d'années. L'expert a relevé que l'assurée avait présenté une période

- 22 - difficile après son licenciement de 2011, vécu comme brutal et injuste. En 2013, lors d'une période d'exacerbation des lombalgies, le psychiatre traitant avait rapporté une répercussion sur la thymie équivalant alors à un trouble dépressif chronique, sans plus de précision. En 2017, l'expert D. \_\_\_\_\_ avait noté une symptomatologie anxieuse et dépressive mixte secondaire aux douleurs, évaluée de degré léger. Selon l'expert psychiatre de la CRR, une psychopathie de degré léger était retrouvée au jour de son examen, sur la base des critères suivants : signes anxieux et dépressifs se manifestant à travers une tendance à la catastrophisation et comprenant aussi par intermittence quelques symptômes

neurovégétatifs (tremblements) ou somatoformes (impression de tête qui explose) ainsi qu'un fort pessimisme. A dire d'expert, ces symptômes n'atteignent pas l'intensité suffisante pour justifier un autre diagnostic et n'altèrent pas de manière significative les ressources de cette assurée qui étaient suffisantes pour s'adapter aux règles et aux routines d'une activité adaptée sur le plan physique. Enfin, sur le plan ophtalmologique, l'assurée avait été victime, en 2002, d'un accident professionnel, sous forme d'un traumatisme cornéen avec le coin tranchant d'une poche plastique médicale compliquée d'une conjunctivite virale à adénovirus. A l'examen, l'expert a relevé des nodules sous-épithéliaux ainsi qu'une taie d'un millimètre au niveau de la cornée de l'œil droit, consécutifs à la conjunctivite. La correction de l'astigmatisme irrégulier de l'œil droit découlant de ces atteintes permettait d'obtenir une acuité visuelle de cet œil à 8 sur 10. Selon l'expert, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au plan ophtalmologique, la capacité de travail étant de 100 % dans le type d'activité exercée par l'assurée, sans limitations ni d'options thérapeutiques à envisager. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont exposé de manière circonstanciée, en pages 13 et 14 de leur rapport, que la capacité de travail résiduelle de la recourante était de 70 % depuis le mois de juin 2009, voire dès le 15 avril 2010, ceci en accord avec les évaluations précédentes au dossier dont en particulier l'expertise

- 23 - de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 17 mai 2010. Ils ont indiqué que plusieurs facteurs avaient contribué à la durée de l'instruction, au premier rang desquels l'évolution rapportée ci-dessus de l'atteinte rachidienne ; si cette évolution était certes authentique et documentée au plan radiologique, et certainement vraie également sur le plan clinique concernant la péjoration intervenue en 2013, les péjorations transitoires ne modifiaient toutefois pas la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Dans ce contexte, les experts ont noté l'amalgame qui avait été fait à tort entre péjoration, principalement radiologique, et capacité de travail, ce qui avait certainement contribué à la répétition des expertises, et partant à la durée de l'instruction. Ils ont clairement démontré dans leur rapport que la situation n'avait subi aucune modification et était demeurée inchangée depuis l'attestation initiale d'incapacité de travail émise en juin 2009 jusqu'au jour de leur expertise. A la lecture du volumineux dossier, les experts de la CRR ont été frappés par la « constance remarquable de la description clinique de l'assurée » par leurs confrères experts. Ils étaient par conséquent d'avis, en fonction de ces évaluations successives, que la capacité de travail médico-théorique depuis la première expertise de la Dre E. \_\_\_\_\_, en 2010, n'avait pratiquement pas changé. Ils ont écrit en ce sens que « pas plus aujourd'hui qu'à la lecture des expertises antérieures, nous ne pensons que l'atteinte à la santé puisse être responsable dans l'activité antérieure d'une incapacité de travail plus que minime ». A cela ils ont ajouté que « sachant que les nombreuses incohérences [liées à l'autolimitation constatée chez l'assurée] ne donnent pas un caractère plausible aux limitations alléguées par l'assurée, nous ne nous prononcerons pas plus précisément sur sa capacité de travail dans son activité antérieure adaptée ». De son côté, la recourante conteste la capacité de travail résiduelle retenue de 70 %. Elle soutient qu'il ressort du rapport d'expertise pluridisciplinaire des experts de la CRR du 29 septembre 2020 que le taux d'incapacité de travail est de 40 % depuis le 12 mars 2015, ajoutant qu'en ce qui concerne la période antérieure au 12 mars 2015, l'incapacité de travail a été de 100 % du 1er février 2013 au 30 septembre 2013 et de 50 % du 1er octobre 2013 au 11 mars 2015.

- 24 - Dans leur rapport, les experts de la CRR ont relevé qu'« en 2010, la Dre E. \_\_\_\_\_ elle-même retenait une incapacité de travail de seulement 30 %. Elle ne pouvait retenir en 2015 une incapacité de 60 %, en écrivant qu'il y avait eu amélioration ». Ils ont maintenu qu'« à la lecture des différents rapports d'expertise, qu'ils sont étonnamment semblables dans leur description clinique de l'assurée, et qu'ils ne pouvaient pas raisonnablement conduire à une évaluation de la capacité de travail de seulement 40 %, dans l'activité antérieure adaptée ». Ils ont indiqué, à la page 14 de leur expertise, qu'une erreur s'était glissée dans le second rapport de la Dre E. \_\_\_\_\_ datant de mars 2015. Cette dernière avait retenu une incapacité de travail de 40 % et non pas une capacité de travail. Cette médecin avait conclu en 2010 à une incapacité de travail de 30 %. Dès lors elle ne pouvait admettre en 2015 une incapacité de travail de 40 % en écrivant qu'il y avait eu une amélioration ; la Dre E. \_\_\_\_\_ indiquait que ces 40 % se justifiaient car « la réapparition de la hernie discale n'a pas entraîné de déficit neurologique et cliniquement la patiente va mieux mais reste plus fragile car l'évolution en 2013 montrait une nette aggravation. Globalement l'examen du jour est meilleur que celui de 2010 durant lequel Madame montrait une décharge antalgique du MID [membre inférieur droit] en position debout ». A cette situation demeurée inchangée sur le plan rhumatologique, s'ajoutait l'absence d'une atteinte à la santé avec impact significatif sur la capacité de travail retenue par les experts de la CRR sur le plan psychique. Par ailleurs, les experts ont noté que la modeste réduction de l'acuité visuelle de l'œil droit n'entraînait pas de limitation fonctionnelle. Les experts de la CRR ont ainsi clairement conclu à une situation médicale demeurée inchangée depuis le mois de juin 2009. cc) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire des experts de la CRR du 29 septembre 2020 se fonde sur une analyse détaillée des diverses problématiques médicales posées et des interactions entre les différents diagnostics retenus, exposant de manière circonstanciée les difficultés imposées par la situation médicale prise dans sa globalité, respectivement l'évolution dans le temps de cette situation sur la base de l'ensemble des éléments figurant au dossier. Il en résulte que l'instruction

- 25 - médicale dûment complétée met en évidence que, depuis la dernière décision matérielle entrée en force (à savoir la décision de refus de rente du 22 novembre 2010), aucune modification de l'état de santé ne s'est produite. Partant en l'absence de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cet article étant applicable par analogie en cas de demande ultérieure à un refus, en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, cf. consid. 3c supra) depuis la précédente décision de refus de rente entrée en force du

## **E. 22**

novembre 2010, la nouvelle demande de prestations déposée le 27 juin 2011 ne peut qu'être rejetée. dd) En l'occurrence, à défaut d'une modification notable, le taux d'invalidité n'avait pas à être fixé à nouveau, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C\_759/2019 du 31 juillet 2020 consid. 5). Du reste, un nouveau calcul du préjudice économique de la recourante ne fait que confirmer l'absence d'aggravation notable par rapport à la situation qui prévalait en 2010. Au surplus, selon la Haute Cour (TF 9C\_759/2019 précité consid. 2), il convient de rappeler que l'art. 17 al. 1 LPGA n'exige pas une modification notable des circonstances prévalant lors de l'octroi de la rente mais une modification notable du degré d'invalidité. Le licenciement intervenu le 23 février 2011 reste donc sans incidence sur l'invalidité de la recourante. En effet, selon le calcul effectué, son résultat, et partant le taux d'invalidité, passerait (après licenciement) au contraire de 30 % à 23,9 % (en utilisant, pour le revenu hypothétique d'invalidé, le revenu issu de la

statistique applicable ; cf. avis juriste du 22 février 2021, p. 2). ee) Dans un dernier moyen, la recourante soutient que l'absence d'abattement ne tiendrait pas compte des circonstances du cas particulier. Elle est d'avis que, l'ensemble des éléments, appréhendés dans le contexte individuel et concret, justifierait de tenir compte d'un abattement de 15 % au moins sur le revenu d'invalidé. aaa) Par surabondance, on relèvera que la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de

- 26 - services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Il s'agit de circonstances personnelles et professionnelles, exhaustivement énumérées par la jurisprudence (TF 9C\_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.1 et la référence). Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge uniquement si l'autorité administrative a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou a abusé ("Ermessensmissbrauch") de celui-ci. bbb) Concernant la question de l'abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé, aucun abattement ne serait par ailleurs justifié compte tenu des circonstances du cas particulier. En effet, les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans le cadre de la diminution de rendement de 30 % (TF 9C\_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5). Par ailleurs, âgée de 46 ans à la date de la décision litigieuse, l'intéressée n'a pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; voir également TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 et les références citées). Quant aux facteurs tels que ceux du degré de formation (scolarité très courte) et de l'absence de formation professionnelle ainsi que de la langue française (connaissances en français limitées), ils ne sont pas susceptibles d'influer sur les perspectives salariales de la recourante

- 27 - dans une activité simple et ne nécessitant pas de formation particulière. Outre les quelques exemples mentionnés par l'intimé, telle une activité industrielle légère de type conditionnement, contrôle de qualité, montage, elle conserve une capacité à réintégrer le marché équilibré du travail, qui offre un large éventail d'activités simples et répétitives adaptées à sa situation. Concernant les facteurs de la nationalité et du titre de séjour, l'assurée ne les invoque à juste titre pas. Vivant en Suisse depuis [...], elle bénéficie de la nationalité suisse depuis [...]. Le critère du taux partiel d'activité ne constitue également pas un élément pertinent dans le cas d'espèce : dans à peu près tous les cas de figure distingués en fonction du degré d'occupation et du niveau de qualifications, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnent souvent pas, d'après les statistiques, un revenu moins élevé que les personnes travaillant à plein temps (TF 9C\_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3 ; TF 8C\_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2, in SVR 2012 IV n° 17 p. 78 et résumé dans RSAS 2012 p. 71). Enfin, resterait certes l'applicabilité d'un seul critère, à savoir celui des années de service. La recourante a travaillé comme opératrice sur machines chez P. \_\_\_\_\_ SA, depuis janvier 2001 jusqu'en juin 2009. Elle a repris ce travail à 50 % dès août 2009 puis à 70 % depuis juin 2010. Elle n'a plus exercé aucune activité professionnelle

après son licenciement de ce poste le 23 février 2011. A l'aune d'une analyse de la situation globale, ce facteur ne saurait justifier à lui seul une réduction des perspectives salariales de la recourante et avoir un effet sur le revenu d'invalidité. d) Ainsi, à la date de la décision litigieuse du 29 janvier 2021, l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis la décision de refus du 22 novembre 2010 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

- 28 - 5. Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – en particulier le complément d'expertise judiciaire requis ainsi que l'extension de l'instruction sur une éventuelle parallélisation des revenus – ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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