

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

L._____, à Chavannes-Renens, recourante, représentée par Me Alexandre Bernel, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 4; art. art. 28 al. 2 LAI; art. 8; art. 16 LPG; art. 88a RAI

E n f a i t :

A. L._____, née en 1948, mariée et mère de trois enfants, sans formation professionnelle, a travaillé du mois de février 1974 au 31 mai 1991 comme ouvrière, affectée à une machine fabriquant des filtres à cigarettes, au service de l'entreprise B._____ à [...], avant d'être licenciée en raison d'une restructuration. Elle a ensuite bénéficié de l'assurance-chômage. N'ayant pas réussi à retrouver un emploi, elle est restée à la maison, comme ménagère, puis elle a décidé de reprendre une activité lucrative à 100 % en raison de difficultés financières du couple.

En date du 22 février 1996, L._____ a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), se plaignant de douleurs progressivement invalidantes du talon gauche, d'une surcharge pondérale ainsi que du rhume des foies, affections s'étant aggravées progressivement depuis 1992, puis péjorées de manière nette à fin 1994.

Plusieurs rapports médicaux ont été adressés à l'OAI, notamment par la Dresse F._____, médecin généraliste traitant FMH, par le Dr R._____, médecin associé auprès de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, par le Dr D._____, médecin interniste traitant FMH, ainsi que par le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès de la Clinique chirurgicale de Longeraie.

A la suite d'un premier projet de décision du 13 août 2001, frappé d'opposition en date du 16 août 2001, l'assurée a subi un examen clinique bidisciplinaire effectué le 8 mars 2002 par le Service médical régional AI (ci-après : SMR), lequel a rendu son rapport le 11 mars 2002 (confirmé le 20 mars suivant), sous la signature du Dr M._____, médecin généraliste FMH, et de la Dresse H._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Ces médecins, qui ont examiné le status général, le status ostéoarticulaire et le status psychiatrique, ont posé les diagnostics suivants : troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec spondylose hyperostosante dorsale et

spondylo-discarthrose lombaire basse associée à une hernie discale L5-S1 gauche et à une arthrose sacro-iliaque prédominant à droite; chondropathie rotulienne droite non décompensée actuellement; pieds plats de stade II à III, transverses et longitudinaux avec tendinites d'insertion; rhizarthrose débutante; obésité morbide (BMI à 48). La capacité de travail retenue était de 50 % dans l'activité antérieure d'ouvrière d'usine; dans une activité adaptée permettant d'alterner environ une fois par heure les positions assise et debout, assise pour les $\frac{3}{4}$ et debout pour le $\frac{1}{4}$ du temps, sans charge excédant 10 kg compte tenu de la hernie discale, sans mouvement de porte-à-faux et de torsion répété du tronc, sans hyperextension du rachis pour ranger du matériel en-dessus du buste, une capacité de travail de 80 % était exigible.

L'OAI a rendu un second projet de décision le 5 avril 2002 sur la base du rapport précité du SMR, retenant un taux d'invalidité de 35,8 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente AI. Ensuite des critiques émises par l'intéressée, en particulier dans sa lettre du 9 décembre 2002, les Drs M. _____ et H. _____, pour le SMR, ont analysé différentes radiographies et rédigé un avis le 6 octobre 2003. Le SMR a en outre procédé à un nouvel examen bidisciplinaire en date du 7 novembre 2003, examinant à nouveau le status général, le status ostéoarticulaire et le status psychiatrique. Dans leur rapport du 22 décembre 2003, les Drs M. _____ et H. _____, ainsi que le Dr [...], psychiatre FMH, ont posé les diagnostics suivants : arthrose nodulaire des doigts en poussée synovitique à droite (MCP, rhizarthrose); arthrose des premières métatarso-phalangiennes; trouble statique rachidien avec spondylose hyper-ostosante et spondylo-discarthrose; obésité sévère (BMI 45); dysbalances musculaires. Pour ce qui était des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, l'activité adaptée consistait en une activité légère avec charges inférieures à 5 kg, évitement des positions assise-debout prolongées au-delà d'une heure consécutive en favorisant la position assise pour les $\frac{3}{4}$ du temps, évitement des mouvements extrêmes du rachis, des porte-à-faux, de la torsion répétée du tronc, de l'hyperextension, par exemple pour le rangement en hauteur, et évitement des activités répétitives de préhension de la main droite. La

capacité de travail de l'assurée était nulle comme ouvrière d'usine, mais de 80 % dans une activité adaptée. Enfin, le SMR a précisé admettre les éléments d'aggravation et les limitations fonctionnelles de la main droite à partir du mois d'octobre 2002, date à partir de laquelle des éléments radiologiques objectifs en ont apporté la preuve.

Par décision du 20 avril 2004, se fondant notamment sur un avis médical du Dr M. _____ du 27 janvier 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente au motif que l'invalidité s'élevait à 35,8 %, degré inférieur aux 40 % requis pour l'allocation d'une telle prestation. A la suite de l'opposition de l'intéressée du 24 mai 2004, l'OAI, se fondant notamment sur un nouvel avis du Dr M. _____ du 5 septembre 2005, a rendu sa décision sur opposition en date du 4 octobre 2005, rejetant l'opposition et confirmant sa première décision.

B. Par acte du 4 novembre 2005, L. _____ a recouru contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée dès le 1^{er} février 1996. Elle requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise médicale à confier à une instance externe, soit l'Unité d'expertise médicale multidisciplinaire de la Polyclinique médicale de Lausanne au titre de COMAI.

Dans sa réponse du 13 janvier 2006, l'office intimé a conclu au rejet du recours et de la requête d'expertise, de même qu'à la confirmation de la décision attaquée.

La recourante, dans sa réplique du 2 février 2006, et l'intimé, dans sa duplique du 27 février 2006, ont chacun maintenu leurs conclusions respectives.

C. Par décision incidente du 21 mars 2006, le Juge instructeur, au vu des pièces médicales figurant au dossier, a considéré que l'instruction sur le plan médical était complète, tant sur le plan des aspects physiques et psychiques de l'état de santé de la recourante que sur le plan de sa

capacité de travail; dès lors, aucune nouvelle mesure d'instruction ne se justifiant, il a rejeté la requête d'expertise.

Par jugement du 30 juin 2006, confirmé le 30 janvier 2007 et le 5 mars 2008, le Tribunal des assurances a ordonné la mise en œuvre d'une expertise médicale ayant pour but d'investiguer, pour la période qui suit le mois d'octobre 2002 et qui va jusqu'au 4 octobre 2005, uniquement l'atteinte bilatérale aux deux mains, d'évaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles y relatives et d'indiquer quels sont les emplois adaptés compte tenu de cette affection.

Le 31 octobre 2008, le Juge instructeur a toutefois décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

D. Un rapport et un rapport complémentaire d'expertise ont été rendus les 16 septembre 2009 et 25 février 2010 par le Centre d'expertise médicale (CEM) à Genève. Il ressort de ces rapports en substance ce qui suit :

"Expertise du 16 septembre 2009:

Depuis 1992, Madame L. _____ présente un excès pondéral et se plaint de douleurs sous malléolaires des deux chevilles. En 1994, on constate la présence d'une rhizarthrose droite débutante. En janvier 1995, en raison de la persistance de talalgies, de nouvelles radiographies montrent un petit éperon calcanéen plantaire gauche, pour lequel l'assurée sera adressée au Docteur R. _____ au CHUV. En juin 1995, elle consulte le Docteur [...] en raison d'érythrasma des plis inguinaux et un intertrigo bactérien des plis sous-mammaires. Le traitement sera local. Par la suite, la talalgie persistera et une nouvelle consultation au CHUV montrera que la mobilité de la colonne lombaire est excellente.

Dans un premier rapport AI du 13.03.1996, il est mentionné une tendance aux pieds creux avec le début d'une arthrose scapho-astragaliennne. On préconise alors des orthèses et un traitement physique, ainsi qu'une activité en position assise. Un hallux valgus est mentionné une première fois dans un rapport de radiologie du

14.05.1996. Madame L. _____ sera examinée le 08.12.1997 par le Docteur [...], spéc. FMH en Psychiatrie, dans le but d'évaluer son problème de douleurs et de déterminer si des facteurs psychogènes jouent un rôle. Dans ce rapport, il estime «je n'ai pas trouvé de problématique dépressive particulière, ni autre problème psychologique et il n'y a aucune raison d'accorder une assurance invalidité ». En 1998, des radiographies de la colonne lombaire montrent des troubles dégénératifs étagés de la colonne prédominant en L5-S1, sans altération de la structure osseuse. Le 27.04.2000, le médecin-conseil de l'AI mentionne dans son rapport la présence de syndromes des tunnels carpiens, mais estime qu'il n'y a aucune raison à l'octroi d'une rente AI. On apprend dans un rapport du Docteur [...] de juillet 2000, que l'assurée a subi une cure de syndrome de tunnel carpien à droite en mars 1999, intervention dont les suites ont été simples. Dans un rapport du 17.08.2000, le Docteur R. _____ estime que l'incapacité de travail est de 100% en tant qu'ouvrière et il ne pense pas que l'on puisse véritablement prétendre à une réinsertion professionnelle au vu des problématiques multiples (métatarsalgies sur troubles statiques des pieds, obésité morbide, déconditionnement physique, hyperlaxité ligamentaire, surcharge lombaire inférieure, arthrose trapézo-métacarpienne prédominant à droite, souffrance du nerf médian au tunnel carpien gauche). A cette époque, l'assurée pèse 110 kg pour une taille de 153 cm. Un nouveau bilan radiologique est effectué le 16.11.2000 qui confirme la présence de troubles dégénératifs du rachis lombaire de façon modérée, avec une discarthrose L5-S1 et une discopathie L3-L4. Madame L. _____ présente également des troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes des deux côtés. Elle subira ensuite une IRM lombaire le 01.11.2001, laquelle montre des protrusions discales des quatre derniers étages postérieurs et antérieurs.

Lors de leur examen médical du 08.03.2002, les médecins du SMR concluent alors à des lésions rachidiennes évoluant sur troubles statiques, avec spondylose hyperostosante dorsale. Ils retiennent également une chondropathie rotulienne droite non décompensée, des pieds plats transverses et longitudinaux stade II à III et confirment l'obésité morbide, l'indice de masse corporelle étant alors à 48 kg/m². Ils admettent une incapacité de travail de 50%

comme ouvrière d'usine et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 04.12.2002, la Doctoresse F. _____ considère que l'état physique de Madame L. _____ s'est nettement péjoré et que le traitement des douleurs reste difficile.

Un nouvel examen, qui a lieu au SMR en novembre 2003 confirme les diagnostics de l'évaluation précédente. La capacité de travail comme ouvrière d'usine est alors de 0%, mais pourrait être de 80% dans une activité adaptée.

L'expertisée sera ensuite examinée le 1^{er} février 2005 par le Docteur [...], spéc. en Chirurgie orthopédique, qui estime que sur le plan orthopédique, l'atteinte à l'état de santé n'a aucune répercussion sur l'activité de femme au foyer.

Dans son rapport daté du 20.04.2005 le Docteur Z. _____, spéc. FMH en Chirurgie reconstructive et de la main, nous apprend avoir opéré la rhizarthrose du pouce droit le 12.11.2004 (résection du trapèze et une stabilisation de la base métacarpienne par suture invaginante de la capsule articulaire), avec une évolution favorable des troubles subjectifs résiduels modérés. Dans le même temps, une infiltration de la métacarpo-phalangienne du médus a été effectuée en raison d'une arthrose débutante. Un second rapport opératoire de juin 2007 fait état d'une synovite sténosante du long fléchisseur du pouce droit pour laquelle une section de la poulie annulaire et une révision du canal des fléchisseurs de l'index ont été effectuées. Dans le même temps une révision de l'interphalangienne de l'index a été effectuée en raison d'une suspicion de kyste ténosynovial à ce niveau le status per- opératoire n'a pas confirmé cette suspicion. Le 06.05.2008, une intervention, identique à celle effectuée à droite, a eu lieu en raison de la rhizarthrose gauche.

Dans un rapport du 20.04.2005, le Docteur D. _____, spéc. FMH en Médecine interne, indique que Madame L. _____ a subi une plastie abdominale en janvier 2002. Dans une lettre à l'avocat daté du 22.04.2009, le Docteur D. _____ rappelle que Madame L. _____ continue à présenter des douleurs des deux mains dans un contexte de polyarthralgies, ainsi que des lombalgies chroniques. Les troubles dégénératifs sont évolutifs et, du point de vue thérapeutique, le traitement reste palliatif et symptomatique. Dans ce rapport, il déplore la chronicisation des plaintes et suggère une expertise

orthopédique globale pour préciser la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il estime cette capacité autour de 50%.

(...)

S'AGISSANT DES TROUBLES PHYSIQUES:

4. Quels sont les troubles présentés par la recourante (diagnostics)?

Sur le plan ostéo-articulaire

- o Rhizarthrose bilatérale opérée des deux côtés (droite en 2004 et gauche en 2008).
- o Syndrome du canal carpien bilatéral (opéré à droite en 1999).
- o Hallux valgus droit.
- o Pied plat gauche.
- o Eperons calcaneés bilatéraux.
- o Discopathies C5/C6, L4/L5 et L5/S1.
- o Maladie de Forestier du rachis dorsal.
- o Status après ténosynovite sténosante des fléchisseurs du pouce.

Sur le plan général:

- o Asthme allergique (pollens).
- o Obésité morbide avec hypertension artérielle et diabète non insulino-dépendant.
- o Status après hystérectomie en 1987.

Sur le plan psychiatrique:

- o Suspicion de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68. 0).
- o Trouble de l'adaptation — réaction mixte, anxieuse et dépressive (F34.21), actuellement en rémission.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante?

Ses limitations fonctionnelles résident principalement au niveau des mains, avec impossibilité d'effectuer une pince entre le pouce et les autres doigts. Cet élément n'était pas encore présent lors des évaluations du SMR. Au niveau des pieds, il y a une importante limitation de la déambulation et du maintien prolongé d'une position

statique en raison des douleurs. L'obésité entraîne également une limitation de cette mobilité.

6. Sont-elles de nature à empêcher l'activité professionnelle d'ouvrière de la recourante totalement ou partiellement?

Oui, dans la mesure où la recourante n'a pas l'usage complet de la fonction de ses mains et qu'elle présente une limitation dans sa mobilité. Ces troubles engendrent également des limitations dans la vie quotidienne et le ménage.

7. En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent et pour quels motifs et depuis quand?

Compte tenu de l'évolution objective (images radiologiques des troubles dégénératifs), on peut estimer que la capacité de travail a diminué progressivement depuis 2003 avec l'apparition d'une rhizarthrose à droite, puis à gauche entraînant une limitation fonctionnelle des mains certaine. Les difficultés liées à la mobilité sont plus difficiles à situer dans le temps mais il est clair que l'obésité connue depuis 1985 environ a de tout temps joué un rôle limitant à la marche et aggravant des troubles dégénératifs. Aucune des autres affections dont souffre l'expertisée ne justifie, en soi, une diminution de la capacité de travail. Seule la rhizarthrose entraîne une limitation fonctionnelle des deux mains et une baisse de rendement dans les gestes. Il faut cependant admettre que l'on se trouve face à un cas de polyarthrose touchant essentiellement les mains, les chevilles, les pieds et le rachis. Celle-ci engendre une exacerbation algique en fonction des sollicitations physiques (charge, répétition, amplitude). L'activité exercée comme ouvrière chez B. _____ n'est plus exigible depuis 2003 pour les raisons médicales mentionnées ci-dessus.

8. Du point de vue médical, quels sont les types d'activités adaptées à l'état physique?

L'expertisée souhaiterait reprendre une activité permettant l'alternance des positions assise et debout. Compte tenu du sentiment d'insécurité décrit plus haut, un travail debout n'est pas envisageable. On peut, par ailleurs, exclure toute activité nécessitant une préhension fine ou le port de charges de plus de

trois kilos. Il doit donc s'agir d'une activité physiquement légère, en position assise, où elle peut travailler les bras sur un établi, avec manipulation d'objets légers, d'une taille d'au moins quatre centimètres (par exemple, compter ou contrôler des pièces).

9. En cas d'empêchement partiel dans une activité adaptée, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Les renseignements recueillis et nos constatations permettent d'estimer que la capacité de travail est de 35% depuis janvier 2005 en raison des problèmes de mains et de pieds. Dans une activité adaptée, il persiste une capacité de travail résiduelle de 35% (présence à mi-temps avec un rendement diminué de 30%).

(...)

S'AGISSANT DES TROUBLES PSYCHIQUES:

10. Quels sont les troubles présentés par la recourante?

L'assurée ne présente pas de trouble psychique que l'on peut caractériser d'une façon fiable selon les classifications psychiatriques officielles. Il est possible qu'elle présente une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle a eu probablement dans le passé des réactions anxieuses et dépressives légères, transitoires à ses maladies physiques.

11. Dans la mesure où il s'agit d'un trouble somatoforme douloureux, comment évaluez-vous le caractère exigible par la recourante d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique, au regard des critères suivants: la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, de quelle acuité et de quelle durée (en cas de trouble dépressif, veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme), d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant

simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble?

Il est peu probable que l'assurée présente un trouble somatoforme douloureux. Même si l'on admettait qu'il s'agit de ce trouble, l'absence manifeste d'une comorbidité psychiatrique importante et la bonne intégration sociale ne permettent pas de le considérer comme trouble incapacitant sur le plan professionnel.

12. Quel est l'environnement psychosocial de la recourante (veuillez le décrire) et comment l'appréciez-vous?

L'assurée présente une continuité de sa bonne intégration sociale dans une famille bien soudée et sans conflits apparents, dans une culture du sud de l'Italie transposée sur le lieu de son immigration. Elle vit dans un couple harmonieux, a des contacts quotidiens avec ses enfants qui vivent à proximité, a des excellent contacts avec ses voisins. Toutes ces personnes sont très sensibles aux limitations de l'assurée dans son fonctionnement et lui offrent tant une aide qu'un milieu affectif favorable.

13. Les troubles dont est atteinte la recourante ont-ils valeur de maladie au plan médical?

Non, pas sur le plan psychiatrique.

14. Sont-ils de nature à empêcher l'activité professionnelle de la recourante totalement ou partiellement?

Non.

(...)

S'AGISSANT DES TROUBLES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES:

16. Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans la profession habituelle de la recourante,

quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'elle pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand?

Dans la mesure où il n'y a pas de limitations psychiques, seules les atteintes somatiques se répercutent sur la capacité de travail. Ainsi nous vous renvoyons aux réponses des questions 6 à 9.

L'ensemble des troubles présentés par la recourante sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail?

Madame L. _____ n'a plus travaillé depuis mai 1991 (licenciement) et la période de chômage ne lui a pas permis de retrouver un emploi. Son état physique s'est détérioré depuis lors et engendre une incapacité de travail partielle depuis environ 2003 lorsque la rhizarthrose droite est devenue symptomatique.

En cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Cf. réponse à la question 9.

17. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative? Dans l'affirmative : quelles sont ces mesures ? Quel genre d'activité et à quel taux?

Il n'y a rien à attendre d'un traitement chirurgical, mais une cure de son hallux valgus droit pourrait légèrement améliorer ses capacités de déambulation. Un suivi médical est cependant nécessaire dans le cadre de l'antalgie et du traitement des problèmes annexes (hypertension, diabète, surcharge pondérale). Compte tenu de la longue période d'inactivité, il est peu probable que de la physiothérapie améliore la situation actuelle ou de l'ergothérapie amène une amélioration de la capacité de travail.

Expertise complémentaire du 25 février 2010 :

Bref rappel

Mme L. _____ a travaillé comme ouvrière à la fabrique de papiers B. _____ de 1974 à 1991. Elle a été licenciée pour raison de restructuration et s'est retrouvée logiquement au bénéfice de l'assurance chômage le 1^{er} juin 1991. En 1992, elle consulte le Dr F. _____ qui la met en incapacité de travail du 24.04 au 11.05.1992

en raison de douleurs des chevilles. Ce n'est que le 16.01.95 qu'une incapacité de travail, qui perdure actuellement, est prescrite en raison de douleurs d'origine congénitale (pieds plats) et dégénérative (éperon calcanéen) dans les pieds. On retiendra par ailleurs une surcharge pondérale voire une obésité de longue date (années septante après son troisième accouchement). Par la suite, on notera l'apparition de lombalgies, possiblement liées à l'obésité et d'une rhizarthrose droite sans rapport avec l'obésité. En 2002 le SMR fixe à 80% la capacité de travail dans une activité adaptée et à 50% dans un travail d'usine. Cependant aucune proposition de réadaptation ne figure au dossier. Par la suite, les troubles fonctionnels des mains continuent à se péjorer. La main droite est opérée en novembre 2004 avec une incapacité totale de travail jusqu'au 28 février 2005. Elle sera ensuite opérée en 2007 pour une ténosynovite sténosante du pouce, puis en 2008 pour une rhizarthrose gauche. On retiendra donc pour une activité adaptée, une incapacité de travail de 20% durant la période comprise entre le 16.01.1996 et le 14.10.2004, puis de 65% dès le 01.03.2005. Face à la situation actuelle, l'obésité n'entrant pas en ligne de compte, les experts externes ont fixé la capacité de travail de Madame L._____ à une capacité résiduelle de 35% dans une activité adaptée (voir expertise).

Réponses aux commentaires du SMR:

Le rapport est circonstancié et je suis d'accord avec les conclusions, sous réserve des points suivants:

- Certes, les pathologies des pieds entraînent les limitations fonctionnelles retenues par l'expert (déambulation et position debout prolongée), mais je ne comprends pas pour quelles raisons médicales elles diminuent la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

Réponse de l'expert: La diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée provient des limitations fonctionnelles au niveau des mains avec impossibilité d'effectuer une pince entre le pouce et les autres doigts. Cette limitation est due à la rhizarthrose aux deux mains. Une activité adaptée doit donc pouvoir s'effectuer sans sollicitation des pouces.

- Les pathologies des mains se sont clairement aggravées, et la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée me paraît correcte. Mais je ne comprends pas pour quelles raisons l'expert a choisi janvier 2005 comme début de cette exigibilité à 35%: à cette époque-là, l'assurée était en incapacité de travail totale dans les suites de l'opération de la rhizarthrose droite (incapacité de travail à 100% du 15.10.2004 au 28.02.2005 selon le Docteur Z. _____, voir avis médical du 05.09.2005).

Réponse de l'expert: il s'agit d'une erreur de date. L'incapacité de travail est bien de 100% du 15.10.2004 au 28.02.2005. A défaut d'activité adaptée et d'emploi, aucune activité professionnelle n'a été reprise au 01.03.2005. La limitation fonctionnelle est certaine et objectivée par l'expertise mais aucun stage en atelier dans le but de juger des capacités résiduelles de la patiente n'a été organisé.

- Je rappelle que le Docteur Z. _____ avait considéré l'évolution comme favorable avec des troubles subjectifs résiduels modérés; on devrait s'attendre dès lors, dans une activité adaptée, à une capacité de travail supérieure à 35% à partir du 01.03.2005.

Réponse de l'expert: La diminution de la capacité de travail même dans une activité adaptée, se justifie par les difficultés de la déambulation (l'assurée ne quitte plus son domicile seule) l'exacerbation douloureuse engendrée par toute sollicitation des mains. Ceci dit, on pourrait effectivement imaginer un taux plus élevé dans une activité qui ne fait appel qu'à l'usage de la pince entre la paume et les doigts II à V, donc à l'exclusion du pouce.

- Pour des raisons que j'ignore, les questions clefs concernant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles pour la période s'étalant entre 10.2002 et le 04.10.2005 n'ont pas été posées.

Réponse de l'expert: aucun document extérieur au SMR n'atteste d'une capacité ou d'une incapacité de travail pour la période d'octobre 2002 à octobre 2004, hormis les rapports du Dr F. _____ pour la période après octobre 2004, traitée ci-dessus.

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elles touchent la déambulation, la station debout prolongée, le port de charges de plus de 3 à 5 kg et la préhension.

Ainsi, on peut admettre une incapacité de travail totale pour l'activité d'ouvrière en usine depuis 2003. Dans une activité adaptée, il y avait encore une capacité de travail résiduelle qu'on peut estimer à environ 35%.

Réponses aux questions posées par Maître Alexandre Bernel

- Comment les experts évaluent-ils les rapports de la Dresse F. _____ de 1996, qui retenait déjà une incapacité de travail durable de 100% ?

Réponse de l'expert: outre la description de l'atteinte de la statique du pied droit, de nombreux rapports sont annexés (dermatologie, radiologie). Sur le plan dermatologique le problème a été traité et résolu. Sur le plan orthopédique, le port de chaussures orthopédique n'a, semble-t-il, pas résolu le problème des douleurs, ce qui paraît cohérent compte tenu de l'obésité qui reste l'atteinte majeure de Madame L. _____. Il est d'ailleurs à craindre qu'à moyen ou à long terme cette obésité entraîne d'autres complications que celles déjà connues (diabète, troubles statiques des deux pieds, spondylarthrose) sur le plan cardio-vasculaire et respiratoire en particulier.

Quant au rapport de Dr. F. _____ proprement dit, il ne rapporte que des faits constatés qui ne justifient pas un arrêt de travail prolongé. On peut estimer que la capacité de travail en position assise prolongée, laquelle pouvait être difficile en raison de l'adiposité abdominale qui avait engendré auparavant des infections cutanées, elle était de 80%. Un poste adapté aurait pu être recherché dès ce moment.

- Comment les experts évaluent-ils le rapport du Docteur R. _____ du 16.08.2000, qui retenait une incapacité de travail de 100%, en relation avec les problèmes de mobilité ?

Réponse de l'expert: dans la situation de l'époque ses propositions étaient parfaitement logiques sur le plan orthopédique, à savoir supports plantaires pour le pied plat et traitement physique. Il proposait déjà à l'époque un travail assis. On rappellera que le problème des mains était discret à l'époque. Quant à l'atteinte des pieds, on proposerait les mêmes mesures à l'heure actuelle. L'incapacité de travail à 100% qu'il indique n'est pas justifiée dans le

contexte des pieds. Dans sa globalité, et dans un travail adapté, la capacité de travail était à cette époque de 80%.

- Comment les experts évaluent-ils le rapport du SMR du 08.03.2002, qui admettait une capacité de travail de 50% dans l'ancienne profession et de 80% dans une activité adaptée?

Réponse de l'expert: dans son ancien emploi auprès de l'entreprise B._____, l'activité de Madame L._____ en tant qu'ouvrière d'usine (ancienne profession) était impossible. Dans une activité adaptée, sans port de charge de plus de 5kg et sans position debout prolongée, le taux de 80% avec éventuellement un rendement diminué paraissait possible. A ce jour, cette proposition n'est plus d'actualité et un nouveau taux a été fixé dans l'expertise en raison des troubles dégénératifs des mains pour lesquels le SMR avait émis une réserve en 2000 déjà.

- Comment l'expert a-t-il arrêté à janvier 2005 le début de l'incapacité de travail durable de 65%?

Réponse de l'expert: il s'agit d'une erreur de date. L'incapacité de travail est bien de 100% du 15.10.2004 au 28.02.2005, ce qui paraît parfaitement raisonnable. A défaut d'activité adaptée et d'emploi, aucune activité professionnelle n'a été reprise au 01.03.2005.

- En résumé, en fonction des éléments qui précèdent, l'expert peut-il chiffrer l'incapacité de travail durable dont souffrait l'assurée, Madame L._____:

Réponse de l'expert: on notera qu'en dehors des rapports AI aucun certificat d'incapacité de travail en bonne et due forme ne figure au dossier. Nous devons donc nous référer au rapport à l'AI du Dr F._____ du 01.04.1996 qui juge que l'incapacité de travail est totale à dater du 16.01.1995; on retiendra également une incapacité à 100% du 23.04 au 11.05.1992 alors que Mme L._____ était au chômage.

- Dès 1995?

Le Dr. F._____ justifie l'incapacité de travail totale par des douleurs des talons et une platipodie. Par ailleurs des infections cutanées abdominales et inguinales sont survenues en juin 1995, dont l'évolution a été favorable. On peut estimer, qu'en raison du

traitement, une incapacité de travail de l'ordre d'un mois était alors justifiée. Pour l'expert cette incapacité totale de travail n'était pas justifiée médicalement à l'époque.

- Dès 1996?

Là encore, l'incapacité de travail est discutable. Il est cependant évident que Madame L._____ ne pouvait plus exercer sa profession dans une usine de papiers. L'aggravation des douleurs lombaires limitant le port de charge et la diminution de la préhension due à la rhizarthrose droite sont allées en augmentant. Par contre elle aurait été apte à exercer une activité adaptée.

- Dès 2000?

Selon les rapports des Drs F._____ et R._____, la capacité de travail restait nulle en raison des talalgies. L'expert s'étonne de la durée de cette symptomatologie qui a débuté en 1992 et pour laquelle des traitements adéquats ont été entrepris (traitement antalgiques, supports plantaires). Il est clair que l'obésité était un facteur aggravant certain. Donc il n'y avait pas de changement notable de la capacité de travail par rapport à 1996.

- Dès 2002?

Au début 2002, Madame L._____ a subi une plastie abdominale avec ablation d'un tablier graisseux «d'Hottentot ». Cette intervention (anneau gastrique ou non) peut justifier une incapacité de travail de l'ordre de 3 à 6 mois en tenant compte de la rééducation de l'hygiène alimentaire.

- Dès 2003?

Par la suite la situation a continué à se dégrader au niveau des mains nécessitant des interventions à gauche en octobre 2004 puis à droite en 2007 et en 2008. On peut estimer l'incapacité de travail entre 3 et 4 mois pour chacune de ces interventions. Par la suite, soit depuis mars 2005, on peut estimer que la capacité de travail est de 35% (travail à mi temps avec un rendement diminué de 30%) dans une activité adaptée.

E. Il ressort des déterminations de l'OAI du 25 mars 2010 et de l'avis du SMR du 16 mars 2010 que ledit office retient les capacités de travail suivantes dans une activité adaptée :

- 80% entre 1996 et le 14 octobre 2004
- 0% entre le 15 octobre 2004 et le 28 février 2005
- 35% dès le 1^{er} mars 2005.

L'OAI conclut qu'«il se justifie dès lors d'admettre le recours dans le sens que la recourante a droit à un quart de rente pour une invalidité de 40 % dès le 1^{er} décembre 2004 et à une rente entière pour une invalidité de 70 % dès le 1^{er} mars 2005».

Dans ses déterminations du 2 juillet 2010, la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2003 pour une durée indéterminée et à l'octroi de dépens conséquents.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, - au moment du dépôt du recours le Tribunal des assurances - est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), 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 qui succède au Tribunal des assurances est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

2. La recourante se plaint d'une violation des dispositions de droit fédéral relatives aux prestations de l'assurance-invalidité et d'une appréciation erronée de sa situation médicale. Elle fait valoir en dernier lieu le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2003.

a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

b) Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^e révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA, arrêt du 17 mai 2005 en la cause I 7/05, consid. 2; arrêt du 6 septembre 2004 en la cause I 249/04, consid. 4). Il n'en va pas différemment s'agissant de la 5^e révision de cette loi.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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.

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 ²/₃ % au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et

non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

3. La recourante soutient en dernier lieu ce qui suit : Même si le rapport d'expertise du 16 septembre 2009 estime à 80% la capacité de travail résiduelle de Mme L. _____ dans une activité adaptée en 2002, les experts ont toutefois précisé dans le complément d'expertise (cf. p. 4/6, avant-dernière réponse) que cette réduction de 80 % de la capacité de travail pouvait «éventuellement» s'accompagner d'«un rendement

diminué». Ils ont en outre souligné que depuis 2002, «les troubles fonctionnels des mains continuent à se péjorer» (rapport d'expertise complémentaire, p. 2/6, § 2), autrement dit qu'à cette époque «la situation a continué à se dégrader au niveau des mains» (p. 6/6 du rapport d'expertise complémentaire). L'incapacité de travail étant de 100% dès le 15 octobre 2004, la capacité de travail aurait ainsi diminué, selon la recourante, de 80% à 0% entre 2002 et octobre 2004. Elle ajoute qu'en définitive, les experts ont considéré ce qui suit pour 2003 (p. 3/6 du rapport d'expertise complémentaire) : «Ainsi, on peut admettre une incapacité de travail totale pour l'activité d'ouvrière en usine depuis 2003. Dans une activité adaptée, il y avait encore une capacité de travail résiduelle que l'on peut estimer à environ 35%.» Elle en conclut que sa capacité de travail dans une activité adaptée se serait réduite de 80 % en 1996 à 35 % en 2003. Fondé sur ce qui précède, la recourante estime avoir présenté une capacité de travail dans une activité adaptée de:

- 80% entre 1996 et le 31 décembre 2002;
- 35% du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003;
- 0% du 1^{er} janvier 2004 au 28 février 2005;
- 35% dès le 1^{er} mars 2005.

La recourante conteste également le revenu sans invalidité retenu par l'OAI dans ses déterminations.

a) La lecture que la recourante fait de l'expertise et de son complément n'est pas correcte, de même que les citations de l'expertise figurant dans ses déterminations du 2 juillet 2010 qui ne sont pas complètes ou sorties de leur contexte. Dans le complément d'expertise, les experts ont précisé que la diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée provenait essentiellement des limitations fonctionnelles au niveau des mains avec impossibilité d'effectuer une pince entre le pouce et les autres doigts. Cette limitation est due à la rhizarthrose aux deux mains. Une activité adaptée doit donc pouvoir s'effectuer sans sollicitation des pouces. Dans leur rapport d'expertise, les experts ont retenu que les renseignements recueillis et les constatations permettaient d'estimer que la capacité de travail était de 35% depuis janvier 2005 dans une activité adaptée. Dans leur complément

d'expertise, ils ont convenu qu'il s'agissait d'une erreur dans la mesure où la recourante présentait une incapacité de travail des suites de l'opération de la rhizarthrose droite du 15 octobre 2004 au 28 février 2005 et ils ont dès lors rectifié leur expertise en ce sens que l'assurée présentait une capacité de travail de 35 % dans une activité adaptée depuis mars 2005. Les experts ont ensuite précisé les faits rappelant que la recourante avait travaillé comme ouvrière à la B. _____ de 1974 à 1991; qu'elle avait été licenciée pour raison de restructuration et s'était retrouvée au bénéfice de l'assurance-chômage le 1^{er} juin 1991. En 1992, elle avait consulté le Dr F. _____ qui l'avait mise en incapacité de travail du 24 avril au 11 mai 1992 en raison de douleurs aux chevilles. Ce n'est que le 16 janvier 1995 qu'une incapacité de travail, qui perdure actuellement, était prescrite en raison de douleurs d'origine congénitale (pieds plats) et dégénérative (éperon calcanéen) dans les pieds. Les experts retiennent par ailleurs une surcharge pondérale voire une obésité de longue date (années septante après son troisième accouchement). Par la suite, ils notent l'apparition de lombalgies, possiblement liées à l'obésité et d'une rhizarthrose droite sans rapport avec l'obésité. En 2002, le SMR fixe à 80% la capacité de travail dans une activité adaptée et à 50% dans un travail d'usine. Par la suite, les troubles fonctionnels des mains continuent à se péjorer et la main droite est opérée en novembre 2004 avec une incapacité totale de travail jusqu'au 28 février 2005. La recourante sera ensuite opérée en 2007 pour une ténosynovite sténosante du pouce, puis en 2008 pour une rhizarthrose gauche. Au vu de ces éléments, on retiendra donc pour une activité adaptée, une incapacité de travail de 20% durant la période comprise entre le 16 janvier 1996 et le 14 octobre 2004, puis de 65% dès le 1^{er} mars 2005.

b) En ce qui concerne la progression des atteintes de la recourante depuis 1995 et l'appréciation des Drs F. _____ et R. _____, les experts apportent les précisions suivantes : Dès 1995, le Dr. F. _____ justifie l'incapacité de travail totale par des douleurs des talons et une platipodie. Par ailleurs, des infections cutanées abdominales et inguinales sont survenues en juin 1995, dont l'évolution a été favorable. Ils estiment, qu'en raison du traitement, une incapacité de travail de l'ordre d'un mois

était alors justifiée. En 1996, l'incapacité de travail était discutable selon eux. L'aggravation des douleurs lombaires limitait le port de charge et la diminution de la préhension due à la rhizarthrose droite a augmenté. La recourante ne pouvait plus exercer sa profession dans une usine de papiers, par contre elle aurait été apte à exercer une activité adaptée à 80%. Dès 2000, selon les rapports des Drs F._____ et R._____, la capacité de travail restait nulle en raison des talalgies. Les experts se sont étonnés de la durée de cette symptomatologie qui a débuté en 1992 et pour laquelle des traitements adéquats ont été entrepris (traitement antalgiques, supports plantaires). Selon eux, il n'y avait donc pas de changement notable de la capacité de travail par rapport à 1996. Dès 2002, la recourante a subi une plastie abdominale avec ablation d'un tablier graisseux «d'Hottentot». Cette intervention (anneau gastrique ou non) peut justifier, selon les experts, une incapacité de travail de l'ordre de 3 à 6 mois en tenant compte de la rééducation de l'hygiène alimentaire. Dès 2003, la situation a continué à se dégrader au niveau des mains nécessitant des interventions à gauche en octobre 2004 puis à droite en 2007 et en 2008. Les experts estiment l'incapacité de travail entre 3 et 4 mois pour chacune de ces interventions. Par la suite, soit depuis mars 2005, ils estiment que la capacité de travail est de 35% (travail à mi-temps avec un rendement diminué de 30%) dans une activité adaptée.

En ce qui concerne le rapport du Docteur R._____ du 16 août 2000, qui retenait une incapacité de travail de 100%, en relation avec les problèmes de mobilité, les experts relèvent que ses propositions étaient parfaitement logiques sur le plan orthopédique, à savoir supports plantaires pour le pied plat et traitement physique. Ce médecin proposait déjà à l'époque un travail assis. Les experts précisent que le problème des mains était discret à l'époque, entre 2000 et 2003, avant de devenir important à la fin de l'année 2004. Quant à l'atteinte des pieds, ils ont indiqué qu'ils proposeraient les mêmes mesures à l'heure actuelle. Selon les experts, l'incapacité de travail de 100% retenue par le Dr R._____ n'est par contre pas justifiée dans le contexte des pieds. Ils estiment que dans sa globalité, et dans un travail adapté, la capacité de travail de

l'assurée était de 2000 à fin 2004 de 80%. Il s'ensuit que l'assurée présentait dans une activité adaptée une capacité de travail de 80% du 16 janvier 1996 au 14 octobre 2004. La recourante ne présente pas au surplus d'atteinte psychiatrique.

c) Une pleine valeur probante doit ainsi être reconnue à l'expertise judiciaire du 16 septembre 2009 et son complément du 25 février 2010 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1), dont les conclusions ne sont par ailleurs pas contestées en tant que telles par les parties. En effet, le rapport d'expertise et son complément se fondent sur des examens complets, prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante et ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical.

d) Sur la base de l'expertise judiciaire du 16 septembre 2009 et de son complément du 25 février 2010, on retient donc les capacités de travail suivantes dans une activité adaptée:

- 80% entre 1996 et le 14 octobre 2004
- 0% entre le 15 octobre 2004 et le 28 février 2005
- 35% dès le 1^{er} mars 2005.

4. Il reste à évaluer le préjudice économique subi par l'intéressée.

a) Conformément à l'article 16 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), le degré d'invalidité des personnes assurées actives se détermine par le biais d'une comparaison des revenus. Le revenu du travail que la personne assurée pourrait réaliser en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation du marché du travail équilibrée (revenu d'invalidé) est comparé au revenu qu'elle aurait pu réaliser si elle n'était pas invalide (revenu de valide).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF), lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle ou alors aucune activité raisonnablement exigible, on peut, pour estimer le revenu d'invalidé, se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

b) Dans la mesure où la recourante a perdu son emploi d'ouvrière chez B._____ en 1991 pour des raisons étrangères à son état de santé et qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative depuis lors, l'OAI a proposé de tenir compte du revenu statistique susmentionné tant pour le revenu d'invalidé que pour le revenu sans invalidité. Cette façon de faire n'est pas critiquable. On relève toutefois que même si on retenait, comme le soutient la recourante, le revenu sans invalidité qu'elle gagnait auprès de l'entreprise B._____ indexé en 2002, 2003, 2004 et 2005, ainsi que l'abattement de 15 % retenu dans la décision litigieuse, la solution ne serait pas différente. En effet, le revenu sans invalidité de la recourante se serait élevé en 2002 à un montant de 49'831 fr. Ce revenu, indexé à l'évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) se serait élevé en 2003 à un montant de 50'130 fr. (IPC + 0,6 % de 2002 à 2003), à un montant de 50'431 fr. en 2004 (IPC + 0,6% de 2003 à 2004), et à un montant de 50'834 fr. en 2005 (IPC +0,8 % de 2004 à 2005). Le revenu d'invalidé, prenant en compte une capacité de travail résiduelle de 80% et un abattement de 15% selon la décision sur opposition du 4 octobre 2005, et indexé à l'IPC conformément au calcul de la recourante, se serait élevé à un montant de 33'885 fr. en 2002 (et non 32'495 fr. comme le retient la recourante), de 34'088 fr. 40 en 2003, de 34'292 fr. 90 en 2004, et de 34'567 fr. 25 en 2005. Le taux d'invalidité aurait atteint 32 % en 2002, 2003 et jusqu'au 14 octobre 2004 et 100 % jusqu'en février 2005. Le degré d'invalidité moyen pour 2004 se serait ainsi élevé à 46,44 % (9 mois à 32% + 1 mois [octobre] à 69.3% [14 jours à 32% + 17 jours à 100% : 31 jours = 69.3%] + 2 mois à 100% : 12 = 46,44), ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2004, cette date correspondant à la date

moyenne pour les 4 mois d'incapacité à 100% (du 14 octobre 2004 au 28 février 2005).

L'OAI a retenu pour sa part un revenu statistique sans invalidité correspondant au salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2004 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2004, p. 43, TA1; niveau de qualification 4), soit un salaire mensuel de 3'893 fr., part du treizième salaire inclus. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La vie économique, 8-2004, p.94, tableau B9.2), ce montant a été porté à 4'048 fr. 72 ($3'983 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$), ce qui donne un salaire annuel sans invalidité de 48'584 fr. 64 ($3'983 \text{ fr.} \times 12$). Le salaire d'invalidé correspond au salaire sans invalidité pour 2004, adapté à la capacité de travail résiduelle de 80% de la recourante en 2004, soit un revenu annuel de 38'867 fr. 71 ($80\% \times 48'584 \text{ fr.} 64$). Pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, l'OAI a procédé à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, ce qui donne un revenu annuel d'invalidé pour 2004 de 34'980 fr. 94 ($38'867 \text{ fr.} 71 - 10\%$). On relève que lorsque tant le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidé sont évalués selon l'enquête sur la structure des salaires, ce qui est le cas en l'espèce, l'âge, la nationalité ou le permis de séjour n'entrent de toute façon pas en ligne de compte pour une réduction sur le salaire statistique vu que ces facteurs influencent de la même manière le revenu avec et sans invalidité. Une réduction de 10% est ainsi appropriée pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. L'OAI n'a dès lors pas abusé de son pouvoir d'appréciation. La perte de gain s'élève ainsi à 13'603 fr. 70 ($48'584 \text{ fr.} 64 - 34'980 \text{ fr.} 94$), soit un taux d'invalidité de 28% ($13'603 \text{ fr.} 70 : 48'584 \text{ fr.} 64 \times 100 = 27.99$) pour 2004.

A partir du 1^{er} mars 2005, la capacité de travail résiduelle de la recourante était de 35%. Le taux d'invalidité est dès cette date calculé comme suit: Un revenu sans invalidité pour 2005 - qui correspond au

revenu statistique sans invalidité pour 2004, indexé à l'évolution des salaires nominaux en 2005 (+ 1% de 2004 à 2005) - de 49'070 fr., et un revenu d'invalidité de 14'598 fr. 47 - qui correspond au revenu statistique annuel sans invalidité de 2005 (49'070 fr.), adapté à la capacité résiduelle de travail de la recourante de 35% dès le 1^{er} mars 2005 ($35\% \times 49'070 \text{ fr.} = 17'174 \text{ fr. } 67$), auquel l'OAI a appliqué une réduction de 15% ($17'174 \text{ fr. } 67 - 15\% = 14'598 \text{ fr. } 47$) pour tenir compte de l'importance accrue des limitations fonctionnelles de l'assurée, ce qui est n'est pas critiquable. La perte de gain s'élève ainsi à 34'472 fr. 02 ($49'070 \text{ fr. } 49 - 14'598 \text{ fr. } 47$), soit un taux d'invalidité de 70% ($34'472 \text{ fr. } 02 : 49'070 \text{ fr. } 49 \times 100 = 70.25$), dès le 1^{er} mars 2005.

c) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée résultant notamment d'une maladie (art. 8 LPGA et art 4 LAI). Selon l'article 29 al.1 let. a LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté en moyenne une incapacité de gain durable de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

Il se justifie en l'espèce de procéder à un calcul du taux d'invalidité moyen sur une année depuis 2004, étant rappelé qu'entre 1996 et le 14 octobre 2004, ce taux s'est élevé à 28%. En 2004, l'assurée a présenté un taux d'invalidité de 28% du mois de janvier au 14 octobre, et de 100% dès le 15 octobre jusqu'au 31 décembre. Il s'ensuit un taux moyen d'invalidité de 43.3% ($9 \text{ mois à } 28\% + 1 \text{ mois [octobre] à } 67.5\% [28\% \times 14 \text{ jours} + 100\% \times 17 \text{ jours} : 31 \text{ jours} = 67.5] + 2 \text{ mois à } 100\% : 12 \text{ mois} = 43.3\%$), ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2004, date moyenne pour 4 mois d'incapacité à 100% (du 14 octobre 2004 au 28 février 2005).

Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans

interruption notable (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). En l'espèce, le quart de rente est remplacé par une rente entière dès le 1^{er} mars 2005, date à laquelle le taux d'invalidité était de 70% (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

5. En résumé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente pour une invalidité de 40% dès le 1^{er} décembre 2004 et à une rente entière pour une invalidité de 70% dès le 1^{er} mars 2005.

Le recours ayant été admis, la recourante qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 3'000 fr., leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et l'ampleur du litige. En effet, la recourante a notamment déposé plusieurs écritures et incidents, des questionnaires pour les experts, ainsi que des déterminations après expertise et complément. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 52 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition du 4 octobre 2005 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente pour une invalidité de 40% dès le 1^{er} décembre 2004 et à une rente entière pour une invalidité de 70% dès le 1^{er} mars 2005.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Alexandre Bernel (pour Mme L. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière: