

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Bonard et Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à Renens, recourante, représentée par Me Marc-Etienne Favre,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. L'assurée F._____, née le [...] 1961, d'origine serbe, entrée en Suisse le [...] 1986, mariée et mère de trois enfants adultes, sans formation professionnelle, a déposé le 13 mai 2002 une demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente, au motif d'une tumeur au sein gauche. Elle a travaillé pour I._____ SA, en tant que formeuse, du 9 septembre 1991 au 21 décembre 2001 et n'a depuis repris aucune activité lucrative.

Le 11 juin 2002, le Pr D._____, médecin traitant, spécialiste FMH en onco-hématologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

- cancer du sein gauche;
- status après tumorectomie et curage axillaire gauche;
- chimio-radiothérapie post-opératoire en cours;
- état dépressif.

Il a précisé que l'assurée présentait une incapacité totale de travailler dans toute activité depuis le 23 mars 2002 et qu'au vu de son état dépressif et de l'affection oncologique, ses chances de réinsertion dans le circuit économique étaient faibles.

a) L'assurée a été expertisée par le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 1^{er} février 2002. Ce rapport comprend une anamnèse, un extrait des rapports médicaux en possession de l'expert, des indications subjectives de l'assurée, des constatations objectives – notamment le résultat d'examens psychométriques –, des examens paracliniques – dont il ressort que les principes actifs des médicaments prescrits n'étaient pas détectables dans l'organisme de l'assurée –, un examen clinique, des diagnostics selon le DSM-IV, une discussion et les réponses aux questions posées par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). S'agissant des diagnostics, l'expert a notamment retenu un

épisode dépressif majeur récurrent de degré léger. Selon son appréciation, les limitations physiques et psychiques étaient plus subjectives qu'objectives et de degré tout au plus léger. L'assurée présentait, à son sens, essentiellement un sentiment de fatigue, troubles de la concentration et de la mémoire ainsi qu'une asthénie. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était, à partir d'octobre 2001, de plus de 80% et qu'une bonne observance au traitement médical prescrit permettrait d'améliorer cette capacité. Toutefois, il a précisé que la sévérité de l'état dépressif de janvier 2001 à juillet 2001 justifiait la reconnaissance d'une incapacité totale de travail pour cette période. D'août à septembre 2001, la capacité de travail était, selon lui, de 50%. Il a en outre considéré que l'activité habituelle de l'assurée était adaptée et qu'une réadaptation professionnelle n'était pas indiquée, compte tenu de l'absence de demande motivée en ce sens.

Le 6 mai 2003, le Pr D. _____ a établi un nouveau rapport médical selon lequel l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Il a retenu comme modification du status ce qui suit: "Péjoration de l'état dépressif, lymphodème du bras gauche". A son sens, aucune activité n'était exigible de l'assurée en raison d'une polymorbidité importante.

b) Le 28 juin 2004, le Dr G. _____ a rédigé un second rapport d'expertise à la requête de l'OAI. Ce rapport comprend une anamnèse, des indications subjectives de l'assurée, des constatations objectives, des examens paracliniques – dont il ressort que les principes actifs des médicaments prescrits n'étaient pas détectables dans l'organisme de l'assurée –, un examen clinique, un diagnostic, une discussion et les réponses aux questions posées. Le diagnostic est superposable à celui posé dans le rapport d'expertise du 1^{er} février 2002. Selon l'expert, l'assurée était, sur le plan psychiatrique, apte à partir d'avril 2003 à travailler à plus de 80% dans n'importe quelle activité adaptée à ses problèmes somatiques. A ce propos, l'expert a relevé qu'une meilleure observance au traitement antidépresseur prescrit permettrait à l'assurée d'avoir une capacité de travail totale. Il a estimé que des mesures professionnelles étaient inenvisageables, compte tenu de l'absence de

demande motivée en ce sens de la part de l'assurée, de l'absence de qualifications professionnelles et de problèmes linguistiques.

Après un examen au SMR du 31 août 2004, le médecin examinateur, la Dresse K._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants: "séquelles douloureuses et fonctionnelles d'un curage axillaire gauche, suite à une tumorectomie pour un carcinome canalaire invasif du sein gauche". La partie "discussion" de ce rapport a la teneur suivante:

"Cette assurée de 43 ans, mariée avec trois enfants, a présenté en mars 2002 un cancer du sein gauche, traité par tumorectomie et curage axillaire, suivi de radiothérapie et de chimiothérapie. Actuellement, elle prend encore une hormonothérapie.

Il persiste comme séquelles fonctionnelles une discrète limitation de l'élévation de l'épaule gauche (chez une droitère) ainsi qu'un petit oedème et parfois des tiraillements à ce niveau.

L'assurée se plaint également de douleurs de l'épaule droite, ayant été traitées avec succès par infiltration de cortisone. Ces douleurs sont présentes principalement aux changements de temps.

Ces séquelles fonctionnelles et sensibles du traitement chirurgical de son cancer du sein limitent l'assurée dans des travaux nécessitant une utilisation en force, avec port de charge ou contre résistance du membre supérieur gauche. Dans tout autre activité professionnelle, la capacité de travail est de 100%.

Cette capacité de travail est exigible depuis début 2003, soit quatre mois après la fin des traitements oncologiques (chimiothérapie et radiothérapie locales)."

Selon la Dresse K._____, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: "pas de port de charge, de travail en force ou contre résistance avec le membre supérieur gauche. Pas de port de charge nettement supérieure droit". Elle estimait en outre que l'assurée présentait une incapacité de travail de 20% au moins depuis février 2002 et que la capacité de travail était nulle dans toute activité de force ne respectant pas les limitations fonctionnelles. En revanche, dans une activité adaptée, ce qui était le cas de son activité habituelle, elle était complète depuis début 2003.

Suite à cet examen clinique, la Dresse K. _____ a adressé un rapport d'examen - daté du 7 septembre 2004 - selon lequel une capacité de travail entière était exigible depuis début 2003, soit quatre mois après afin des traitements oncologiques. Sur le plan psychique, elle a constaté que la seconde expertise attestait d'une baisse thymique correspondant à un trouble de l'adaptation suite à la découverte et au traitement du cancer. Il fallait, à son sens, considérer qu'après six mois, la thymie était revenue à son niveau préalable et qu'elle permettait une capacité de travail supérieur à 80%. Selon ce médecin, l'assurée n'a présenté une incapacité totale de travail que de février 2002 à mars 2003.

c) Par décision du 10 janvier 2005, l'OAI a reconnu que l'assurée présentait du 1^{er} février au 31 mars 2003 un degré d'invalidité de 100%. A partir du 1^{er} avril 2003, le degré d'invalidité était inférieur à 20%, de sorte que l'office a octroyé à l'assurée une rente de 100% du 1^{er} février au 30 juin 2003 - soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Le 14 janvier 2005, l'assurée a formé opposition, concluant à ce que la rente ne soit pas supprimée. Elle soutient en particulier que la capacité de travail d'au moins 80% dans toute activité, retenue par l'OAI, est manifestement erronée compte tenu du fait que son médecin traitant attestait de son incapacité totale de travailler dans toute activité.

Le 4 février 2005, l'assurée a complété son opposition, concluant à la réforme de la décision du 10 janvier 2005 en ce sens que les prestations d'invalidité, basées sur un degré d'invalidité de 100%, lui soient allouées au-delà du 30 juin 2003.

Par décision du 27 février 2006, l'OAI a rejeté l'opposition. Il a constaté qu'il n'était pas possible de prendre en considération l'activité de l'assurée chez I. _____ SA puisque celle-ci l'avait arrêtée plusieurs mois auparavant.

Selon l'OAI, le revenu sans invalidité de l'assurée était celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit en 2003 et conformément aux adaptations usuelles (horaires, inflation) un revenu de 48'457 fr. 25. Compte tenu d'une capacité de travail de 80% et d'un abattement de 10% en raison des circonstances particulières, le revenu d'invalidité s'élevait à 34'889 fr. 20. Le degré d'invalidité présenté par l'assurée était ainsi de 28%. Ce taux étant inférieur à 40%, il ne donnait pas droit à une rente. En revanche, le droit à des mesures professionnelles était ouvert.

B. a) Par recours du 24 mars 2006, F._____ a conclu principalement à l'admission du recours, à l'octroi d'une rente complète, subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2003. La recourante conteste les conclusions de la Dresse K._____, compte tenu du fait que ses troubles somatiques ne ressortissent pas à la spécialité de ce médecin et qu'elle n'a pas vu son dossier radiologique. Elle soutient que l'atteinte à son épaule droite a des répercussions sur sa capacité de travail et ce même dans une activité adaptée.

La recourante conteste également le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI. Elle estime qu'en raison des séquelles psychiques et physiques de sa maladie et de son opération de 2003, un taux de 25% doit lui être reconnu. Selon elle, ce taux se justifie en raison des légers symptômes anxio-dépressifs qu'elle présente - lesquels diminuent, à son sens, sa capacité de travail de 20% - et de l'atteinte à sa capacité d'adaptation. Elle estime en outre que le salaire statistique sur lequel s'est basé l'OAI résulte d'activités qu'elle ne peut exercer en raison des atteintes à sa santé, de sorte que ce salaire s'avère inadéquat. La recourante soutient que son degré d'invalidité est de 40%. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, voire multidisciplinaire.

Dans sa réponse du 15 mai 2006, l'OAI a conclu au rejet du recours. S'agissant du grief à l'encontre des conclusions de la Dresse K._____, l'OAI souligne que ce sont les séquelles douloureuses et fonctionnelles d'un curage axillaire gauche suite à une tumorectomie pour

une carcinomie canalaire invasif du sein gauche qui constituent l'atteinte principale à la santé de la recourante. Or, l'appréciation des répercussions d'une telle atteinte relève, selon l'OAI, de la spécialité de la Dresse K._____, de sorte que la pertinence de ses conclusions ne peut être remise en cause. S'agissant des douleurs à l'épaule droite, ils ont également été pris en considération par la Dresse K._____. En outre, aucun spécialiste ne fait état d'une atteinte organique à cette épaule et la recourante n'avait pas signalé ces douleurs à l'expert psychiatre. On ne peut dès lors, au sens de l'OAI, soutenir que ces douleurs ont été ignorées. En ce qui concerne le dossier radiologique, l'OAI rappelle que même si la Dresse K._____ n'en disposait pas, elle avait reçu, de la part du médecin traitant de la recourante, tous les rapports établis par des spécialistes.

En ce qui concerne le taux d'abattement, l'OAI souligne qu'en l'espèce, les revenus avec et sans invalidité sont établis sur la base de l'ESS, de sorte que seuls les facteurs liés au revenu d'invalidé, c'est-à-dire les limitations liées au handicap et le taux d'occupation, sont susceptibles d'entrer en ligne de compte, les autres facteurs influençant tant le revenu d'invalidé que le revenu sans invalidité dans une mesure identique. Sur cette base, l'OAI estime que la déduction globale de 10% qu'il a retenue n'est pas critiquable. Pour le surplus, il considère, compte tenu des expertises G._____, que la recourante présente, sur le plan psychique, une capacité de travail de 80%, taux qui tient d'ores et déjà compte de la diminution de rendement.

Dans un second échange d'écritures, les parties ont maintenu leurs conclusions.

b) Par courrier du 5 juin 2007, la recourante a requis la mise en œuvre d'un bilan radiologique complet de ses épaules, jugeant l'instruction insuffisante sur ce point. La Cour de céans a donné suite à cette requête et a confié mandat au Dr P._____, spécialiste FMH en radiologie.

Dans ses déterminations du 18 janvier 2008, la recourante souligne que l'IRM réalisée par le Dr P._____ confirme la présence de différentes anomalies expliquant sa symptomatologie douloureuse. Pour le surplus, elle requiert la mise en œuvre d'investigations complémentaires.

Dans ses déterminations du 5 février 2008, l'OAI soutient que les images radiologiques ne permettent pas de déterminer les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail, de sorte qu'un examen clinique s'avère nécessaire.

c) Une expertise a été confiée au Dr W._____, médecin-chef du service de rhumatologie de l'Hôpital [...], qui a rendu un rapport le 16 décembre 2008. Le rapport d'expertise comprend: un diagnostic, un rappel des antécédents, une anamnèse, des observations objectives, un résumé-discussion et les réponses aux questions posées par le conseil de la recourante. De ce rapport, on extrait ce qui suit:

“DIAGNOSTIC

- Epaule douloureuse D persistante avec tendinopathie du sus-épineux; st après capsulite rétractile (2002) non exclue
 - Epicondylite D, di[s]crète arthrose acromio-claviculaire, tendomyose cervico-scapulaire D et DIM D11-D12-L1 D d'accompagnement
 - Légères séquelles fonctionnelles du MSG après quadrantectomie supéro-externe du sein G et cure axillaire (11.03.2002) pour carcinome canalaire invasif (faiblesse musculaire, lymphoedème résiduelle)
 - Maladie de Raynaud
 - Syndrome lombaire intermittent sur troubles statiques marqués avec surcharge de la charnière dorso-lombaire et lombo-sacrée
 - Fond dysthymique avec état dépressif de sévérité légère
- [...]

RESUME - DISCUSSION

En résumé, nous sommes en présence d'une patiente de 47 ans, d'origine serbe, ne parlant pas le français, au passé dépressif et ayant développé d'une part des douleurs persistantes de l'épaule D avec irradiation dans la région cervico-occipitale, inter-scapulaire et du membre supérieur D et d'autre part des séquelles fonctionnelles du membre supérieur gauche après biopsie répétée, tumorectomie, curage axillaire, chimiothérapie et radiothérapie pour cancer du sein gauche (mars à septembre 2002). A cela s'ajoute un état dépressif fluctuant déjà apparu en 2001. Finalement, il existe des douleurs du rachis notamment lombaire qui passent au second plan.

La clinique de cette patiente (anamnèse, status) et les examens complémentaires permettent tout de même de retenir plusieurs diagnostics pouvant expliquer partiellement la symptomatologie de cette patiente. On retiendra en premier lieu une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule D et un probable status après capsulite rétractile pendant une phase hyperalgique aiguë en 2002. La pathologie de l'épaule D entraîne secondairement des tendomyoses et dérangements intervertébraux à distance associés à des troubles statiques du rachis pouvant expliquer les douleurs plus étendues soit au niveau cervico-scapulaire, cervico-occipital et l'épicondylite D.

En ce qui concerne le membre supérieur G, on retiendra tout de même des séquelles fonctionnelles avec tiraillements, manque de force et léger lymphoedème.

Les répercussions fonctionnelles de toutes ces pathologies entraînent des limitations en mobilité active, force et endurance au niveau des membres supérieurs, de manière prédominante à droite, particulièrement lors des mouvements au-dessus de l'horizontale, des mouvements répétitifs ou exigeant une certaine force d'appui et les ports de charges. De plus, dans un contexte algo fonctionnel, un fond dysthymique avec état dépressif réduisent les capacités compensatoires de la patiente, soit le coping et la gestion de la douleur.

Ainsi, même dans une activité manuelle légère ou toute activité adaptée raisonnablement exigible de cette patiente, il existe un degré d'invalidité correspondant à la sommation des différentes pathologies. Pour le membre supérieur droit le plus atteint chez un droitier, vu le caractère chronique de l'affection, une invalidité d'environ 20% peut être accordée. Pour les séquelles fonctionnelles avec manque de force et oedème du membre supérieur gauche, une invalidité d'environ 10 % paraît justifiée. Finalement, lors de la dernière expertise le Dr G. _____, à la page 12 sous B 'Influence sur la capacité de travail', fait tout de même état d'une possible incapacité de travail inférieure à 20%, d'une capacité résiduelle de travail de 80% et d'une diminution de rendement de -20%. Ceci veut tout de même dire que face à un état dépressif fluctuant, une incapacité de travail à long terme, variant entre 10% et 20% est certainement présente.

La sommation de ces différentes atteintes et incapacités de travail correspondantes entraîne donc une invalidité partielle dans toute activité, c'est-à-dire même adaptée qui se situe entre 40 et 50%. Le début de cette invalidité somatique et psychique devrait être accordé à partir du 01.04.2003 à la suite de la résiliation de sa rente complète qui n'avait tenu compte que des suites immédiates du traitement de son cancer du sein gauche.

REPONSE AUX QUESTIONS DE MAITRE MARC-ETIENNE FAVRE, AVOCAT DE LA PATIENTE

1. D'un point de vue clinique, quels sont les troubles relevant de votre spécialité dont souffre actuellement F. _____ (anamnèse, plaintes subjectives et diagnostics)?

L'expert est expressément invité à se déterminer sur les douleurs ressenties à l'épaule G, à la nuque, aux moins et aux articulations des doigts.

Quels sont les troubles objectivables par une arthro-IRM telle que préconisée par les médecins ayant vu la recourante? L'expert est expressément invité à faire procéder à une telle mesure

Les divers sous-chapitres de l'expertise répondent à ces divers points.

En ce qui concerne les douleurs (crampes et fourmillements) des mains et des articulations des doigts, on retient avant tout des troubles fonctionnels avec baisse de la force de préhension et une maladie de Raynaud présente chez cette patiente depuis de longue date. Une autre étiologie n'a pas pu être mise en évidence, en particulier un syndrome du tunnel carpien, un syndrome poly-radriculaire ou un syndrome du défilé thoracique.

En ce qui concerne l'arthro-IRM de l'épaule, elle aurait été utile en cas de lésion significative du labrum et instabilité (subluxation) de l'épaule. L'anamnèse, l'examen clinique ne font aucunement suspecter une telle pathologie, raison pour laquelle l'expert a renoncé à demander un tel examen inutile et partiellement douloureux et agressif, ceci en accord avec la patiente.

2. Quelles sont les limitations (quantitatives et qualitatives) sur la capacité de travail de F._____ en relation avec les troubles constatés (préciser les dates)?

La date de référence pour le début de l'invalidité d'abord à 100% est indubitablement la date de son opération du sein gauche, soit le 11.03.2002. L'invalidité entre 40 et 50% qu'accorde l'expert est à dater du retrait total de la rente d'invalidité, soit dès le 01.04.2003. L'expert accorde une invalidité de 20% pour la pathologie de l'épaule droite et ses répercussions à distance au niveau cervical, dorsal et du membre supérieur droit, 10% pour les séquelles fonctionnelles du membre supérieur gauche et 10 à 20% pour un état dépressif fluctuant, de gravité moyenne à légère reconnue dans le cadre de l'expertise du Dr G._____ du 28.06.2004.

3. D'autres mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? D'autres activités professionnelles que celle exercée précédemment sont-elle envisageables?

Non, la patiente exerçait déjà semble-t-il une activité manuelle légère chez I._____ SA en s'occupant du repassage des bas. Il existe chez cette patiente définitivement une baisse d'endurance et de force des 2 membres supérieurs prédominant à droite chez une droitnière, en rapport avec ses diverses pathologies et limitant sa capacité de travail dans toute activité manuelle légère entre 40 et 50%. Il y a intolérance des membres supérieurs à l'élévation prolongée, aux mouvements répétitifs et aux mouvements/frottements avec force. Seul un travail purement administratif sans sollicitation importante des membres supérieurs pourrait améliorer sa capacité de travail d'environ 20 à 30% mais une telle activité n'est pas raisonnablement exigible chez une patiente de scolarisation insuffisante et ne parlant même pas notre langue.

4. En annexe, se trouve un rapport de la consultation du 15 février 2008 du Dr N._____ (Hôpital orthopédique). Quelles sont vos remarques à ce sujet?

Comme le Dr N._____, je retiens avant tout une tendinopathie chronique du sus-épineux de l'épaule droite, associée à une discrète arthropathie acromio-claviculaire du même côté. J'admets comme lui que le kyste intra-musculaire du sus-épineux est de nature bénigne et non significative puisqu'il n'est actuellement plus palpable et que l'échographie de l'épaule droite du 04.12.2008 ne l'a plus mis en évidence alors qu'il s'agit d'un examen de choix pour analyser une masse musculaire.

Les propositions thérapeutiques du Dr N._____ sont logiques mais certaines sont malheureusement déjà épuisées et prouvées inefficaces (infiltration de cortisone). En l'absence d'amyotrophie ou de raccourcissement musculaire, il est probable qu'une physiothérapie de musculation (certainement déjà appliquée lors de ces nombreuses séances de physiothérapie antérieure) n'améliore pas la situation. Nous sommes malheureusement déjà dans une phase d'handicap chronique stabilisé pour lequel seules des mesures de réadaptation seraient utiles (rente, adaptation peu probable du poste de travail).

5. Avez-vous d'autres remarques à formuler s'agissant de F._____? Non."

Dans ses déterminations du 4 février 2009, la recourante, se fondant sur l'expertise W._____, modifie ses conclusions en ce sens qu'elle a droit, à partir du 30 juin 2003, à une rente entière, subsidiairement à une demi-rente.

Dans ses déterminations du 6 mars 2009, l'OAI soutient que la capacité de travail retenue par le Dr W._____ n'a pas été établie conformément à son mandat, ce médecin ayant également tenu compte des atteintes psychiques, alors que seule une investigation sur le plan somatique lui avait été demandée. En outre, l'OAI soutient que le taux d'incapacité ne saurait résulter de l'addition de différents taux - ce qu'a fait le Dr W._____ -, mais procède d'une évaluation globale.

L'OAI rappelle que, selon le Dr G._____, la capacité de travail, sur le plan psychique, est de plus de 80%. Sur le plan somatique, le Dr W._____ a retenu une capacité de travail de 70%. Compte tenu du fait que l'incapacité sur le plan psychique est plus faible que celle sur le plan somatique, l'OAI, fondée sur un avis médical du SMR du 2 mars 2009, soutient que cette première est englobée dans cette dernière. Ainsi, le

taux d'incapacité de travail est, selon lui, de 30%. Sur la base des chiffres retenus dans la décision entreprise et d'une incapacité de travail de 30%, le revenu d'invalidité doit être fixé à 30'528 fr. 06, de sorte que le degré d'invalidité s'élève à 37%. Celui-ci demeure insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'OAI a maintenu ses conclusions.

c) Lors de l'audience de jugement du 26 mars 2010, à laquelle l'OAI a été dispensé de comparaître personnellement, la recourante a soutenu que l'expertise W._____ est pertinente et que l'on ne peut d'emblée exclure l'addition des taux d'incapacité résultant des atteintes somatiques respectivement psychiques. Elle rappelle en outre que l'expertise W._____ est pluridisciplinaire et qu'elle procède dès lors à une pondération des différents taux d'incapacité de travail dans la détermination du taux d'incapacité déterminant.

Se référant à l'arrêt I 514/06, reproduit dans la SVR 2008 n° 15 p. 43, la recourante souligne que, suivant les circonstances concrètes du cas, la somme des différents taux d'incapacité peut être trop basse ou trop élevée par rapport au taux d'incapacité déterminant.

Pour déterminer le taux d'incapacité déterminant, elle propose de se baser sur la solution prévue à l'art. 36 OLAA, selon laquelle ce taux est établi à partir du taux d'incapacité le plus élevé pondéré compte tenu des autres taux d'incapacité. En l'espèce, il conviendrait à son sens de partir du taux de 30% (incapacité sur le plan somatique), qu'il convient de corriger compte tenu d'un abattement de 25% - et non de 10%, comme l'avait retenu l'OAI - pour tenir compte du taux d'incapacité de 20% sur le plan psychique. La recourante présenterait alors un degré d'invalidité de 52%.

La recourante a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. 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 à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA).

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 qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 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).

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, est recevable en la forme.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses

problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées).

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 $\frac{2}{3}$ % 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.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est capable de travailler (ATF 125 V 261, 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

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, consid. 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).

En outre, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

3. a) La recourante a contesté les conclusions de la Dresse K._____, sur lesquelles l'OAI s'est basée pour rendre la décision entreprise, ainsi que le taux d'abattement retenu par l'OAI. Faisant suite à une requête de la recourante, la Cour de céans a confié au Dr P._____ la mise en œuvre d'un bilan radiologique. L'OAI a estimé que ce bilan ne permettait pas d'établir les limitations fonctionnelles et la capacité de travail présentées par la recourante. La Cour de céans a alors confié au Dr W._____ la mise en œuvre d'une expertise. Aucune des parties ne contestent la validité ou la pertinence des investigations réalisées par le Dr W._____ sur le plan somatique. Sur ce plan, la recourante présente, selon cette expertise, une incapacité de travail de 30% dans son activité habituelle.

Le Dr W._____ accorde en outre une incapacité de travail de 10 à 20% pour un état dépressif fluctuant, de gravité moyenne à légère reconnue dans le cadre de l'expertise W._____ du 28 juin 2004. Suite à

une addition des taux d'incapacité (somatiques et psychiques), l'expert considère que la recourante présente une incapacité de travail déterminante de 40 à 50% dans son activité habituelle. Il précise que dans une activité adaptée, cette capacité pourrait être améliorée de 20 à 30% et se situer ainsi entre 70 et 90%. Toutefois, à son sens, une telle activité ne pourrait correspondre qu'à un travail purement administratif, qui ne pourrait être raisonnablement exigée de la recourante compte tenu de sa scolarisation insuffisante et du fait qu'elle ne parle pas le français.

L'examen et les conclusions du Dr W. _____ sur le plan somatique ont valeur probante. En revanche, l'addition des taux d'incapacité somatique et psychique, à laquelle ce médecin procède, ne peut être suivie. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TFA I 143/03 du 26 mai 2003), la fixation du taux d'incapacité de travail déterminant ne résulte pas de la simple addition des taux d'incapacité sur le plan somatique et psychique, mais d'une évaluation globale. La démarche de l'expert est donc erronée. On doit considérer que le taux d'incapacité somatique - en l'occurrence, plus élevé - englobe le taux d'incapacité psychique. Ainsi, le taux d'incapacité déterminant est de 30% au maximum. Cela est d'autant plus vrai que l'expert psychiatre a observé une mauvaise compliance au traitement anti-dépresseur prescrit et que, dans le cas contraire, la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique serait notablement améliorée pour ne pas dire totale.

Pour le surplus, le Dr W. _____ estime que dans une activité adaptée la capacité de travail de la recourante pourrait être améliorée de 20 à 30%. Sa capacité de travail serait alors supérieure à 70%. Il précise que seule une activité purement administrative serait adaptée. Toutefois, à son sens et compte tenu de la scolarité insuffisante de la recourante et de sa méconnaissance de la langue française, l'exercice d'une telle activité ne peut être exigée de la part de la recourante. Or, les motifs sur lesquelles s'est basé le Dr W. _____ pour apprécier l'exigibilité d'une activité adaptée ne sont pas de nature médicale. De ce fait, ils échappent au domaine d'expertise de ce médecin, de sorte que son appréciation sur ce point n'emporte pas la conviction. Il convient dès lors de retenir que

dans une activité adaptée la recourante pourrait présenter une capacité de travail supérieure à 70%.

b) En ce qui concerne le taux d'abattement de 10%, il n'a pas été arbitrairement fixé par l'OAI, compte tenu des circonstances personnelles de la recourante. Par ailleurs, la recourante ne se prévaut d'aucun motif pertinent qui justifierait la révision de ce taux. Dans ces circonstances, le taux de 10%, arrêté par l'OAI, ne peut être revu puisque le juge des assurances sociales ne peut sans motifs pertinents substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 81, consid. 6).

La référence par analogie à l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202) n'est en particulier pas pertinente puisque précisément, la jurisprudence rendue en matière d'assurance-invalidité ne prévoit pas l'addition des taux.

c) Au vu de ce qui précède, dans l'hypothèse la plus favorable à la recourante, celle-ci présente une incapacité de travail de 30% et un abattement, compte tenu des circonstances personnelles, de 10%.

En l'espèce, la recourante est sans activité lucrative, de sorte qu'il conviendrait de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). Cependant, selon la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude; en pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). En l'espèce, compte tenu d'une incapacité de 30% ainsi que d'un abattement de 10% du revenu d'invalidé, il résulte un degré d'invalidité de 37% (30% + [10% de 70%]). Un tel taux est insuffisant pour ouvrir un droit à une rente AI.

4. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice ni d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 24 mars 2006 par F. _____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 février 2006 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me Marc-Etienne Favre (pour F. _____),
- 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).

Le greffier: