

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Lanz Pleines et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

S. _____, à Nyon, recourante, représentée par DAS Protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et art. 17 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 al. 2 LAI; art. 29bis al. 1 LAVS; art. 2 et art. 16 ALCP

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assurée), née en 1954, de nationalité norvégienne, travaillait en qualité d'aide infirmière puis d'aide soignante à domicile. Le 15 septembre 2005, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente d'invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de la cause, le dossier de l'assurée auprès de son assureur-accidents a été produit. Y figure notamment un rapport du 19 juillet 2003 du Dr K._____, chirurgien orthopédique FMH à Nyon, attestant une chute à domicile le 10 mai 2003 ayant entraîné une rupture de la hanche droite, et une expertise du 26 juillet 2004 du Dr G._____, chirurgien orthopédique FMH à Lausanne, attestant une fracture du col du fémur, posant les diagnostics de status 14 mois après une fracture per-trochantérienne ostéosynthétisée de la hanche droite ainsi que de raccourcissement du membre inférieur droit et retenant une incapacité de travail résiduelle de 25 %.

Dans un rapport du 4 décembre 2005, requis par l'OAI, le Dr K._____ a posé les diagnostics de fracture per-trochantérienne droite, de cervicarthrose et de lombalgies, puis retenu une incapacité de travail de 100 % à compter du 13 mai 2003. Il a également décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée et relevé en substance que l'exercice d'une activité sans port de charge était possible, compte tenu d'une diminution de rendement qu'il a estimée à 20 %.

L'OAI s'est par ailleurs adressé au Dr A.L._____, médecine générale FMH à Nyon et médecin traitant de l'assurée. Le 3 janvier 2006, ce praticien a retenu notamment les diagnostics de status après fracture per-trochantérienne D, de status AMO, avec raccourcissement séquellaire de 3 cm du MID, de status après divers malaises post-épisode épileptique versus syncope, d'éthylisme chronique, de PSH gauche avec

tendinopathie, de syndrome bilatéral du tunnel carpien, de cervicobrachialgies et scapulalgies sur souffrance radiculaire et d'état anxieux avec insomnies. Il a par ailleurs mentionné une incapacité de travail de 100 % dès le 12 octobre 2005 et évoqué la possibilité pour l'assurée d'exercer une activité adaptée à son état de santé, épargnant les activités physiquement lourdes.

Le Dr A.L._____ a en outre remis à l'OAI des documents médicaux de spécialistes corroborant les diagnostics retenus, notamment des rapports de l'institut de radiologie du centre d'imagerie de Nyon et un rapport du 14 novembre 2005 de la Dresse N._____, spécialiste FMH en neurologie à Nyon, posant le diagnostic de cervico-scapulalgies et phénomènes intermittents de fourmillements et paresthésies du membre supérieur G dans le cadre d'une atteinte mixte associant une souffrance radiculaire C5-C6 G et un syndrome du tunnel carpien G.

Le 6 mars 2006, la Dresse N._____ a posé les diagnostics, sur le plan neurologique, de cervico-brachialgies et scapulalgies G d'origine mixte, sur souffrance radiculaire (C5) -C6 d'origine compressive au niveau cervical et syndrome du tunnel carpien gauche, de status après plusieurs malaises avec perte de connaissance d'origine épileptique possible et d'éthylisme chronique. Cette spécialiste a évoqué la proposition d'une prise en charge mixte, à savoir une décompression du nerf médian gauche au canal carpien et un avis spécialisé neurochirurgical pour définir l'attitude concernant les signes de souffrance radiculaire C5/C6 gauche. L'OAI a en outre requis l'avis du Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive à Nyon, qui, en date du 23 mars 2006, a constaté la présence d'un tunnel carpien gauche et retenu que, si la consultation de neurochirurgie ne débouchait pas sur une intervention de décompression, le tunnel carpien allait devoir être libéré.

A nouveau sollicité par l'OAI, dans un rapport du 23 novembre 2006, le Dr A.L._____ a retenu que les diagnostics étaient les mêmes que ceux retenus en janvier 2006, sauf qu'il y avait probablement une souffrance du MSG d'origine mixte, radiculaire (C5, C6) et neuropathique

périphérique. L'incapacité de travail a été évaluée à 100 % du 12 octobre 2005 au 31 juillet 2006. Ce médecin a en outre remis un rapport du 21 février 2006 des Drs B.L._____ et D._____, du service de neurochirurgie du CHUV, retenant en particulier ce qui suit:

"Mme S._____ présente une atteinte mixte, radiculaire et neuropathique périphérique de son MSG. Effectivement, nous pensons que Mme S._____ présente certains symptômes compatibles avec une radiculopathie C6 et/ou C5 G, entre autre la persistance des douleurs de type brûlure associées à des paresthésies au niveau de l'avant-bras et de la partie radiale de sa main G malgré une amélioration des douleurs dans sa main à la suite du port de son attelle. De plus, la patiente présente également des signes discrets au status neurologique d'une atteinte C6 à G. Toutefois, étant donné les troubles dégénératifs pluri-étagés, il serait préférable d'essayer des infiltrations péri-durales avant d'envisager définitivement une chirurgie. Pour ce faire, nous allons prendre contact avec le Dr C._____ du Service d'Antalgie qui prendra contact avec Mme S._____. Nous reverrons la patiente afin de l'évaluer après ce traitement".

L'OAI s'est adressé au service de neurochirurgie du CHUV, qui, le 7 décembre 2006, a posé les diagnostics de spondylarthrose cervicale pluri-étagée légèrement déficitaire (hypoesthésie C6 à G) et d'atteinte mixte, radiculaire et neuropathique C6 G. Il a été retenu que, l'IRM ayant montré des troubles dégénératifs pluri-étagés, l'assurée avait été adressée au service d'antalgie afin d'essayer des infiltrations péri-durales. Dans un rapport du 22 février 2007 requis par l'OAI, le Dr C._____, du service d'antalgie du CHUV, a posé les diagnostics de brachialgie bilatérale prédominant très nettement à G sur troubles dégénératifs du rachis cervical de C4 à C6 avec présence discrète d'une atteinte C6, voire C5 G au status neurologique. Ce médecin a retenu que l'état de santé de l'assurée s'améliorait et, en résumé, que les infiltrations épidurales avaient entraîné une nette diminution des douleurs, mais non durable.

Le 18 septembre 2007, suite à une proposition du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique, effectué par le Dr J._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation au SMR. Dans son rapport du 29 octobre 2007, ce dernier a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies à prédominance gauche, sur troubles statiques et dégénératifs avancés du

rachis cervical M54.2, de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs M54.6 et de coxalgies, à prédominance gauche, sur status après fracture pertrochantérienne opérée par DHS M16.5. Cet expert a évalué la capacité de travail exigible à 0 % dans l'activité habituelle et à 70 % dans une activité adaptée, depuis juin 2005, et a retenu ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Assurée d'origine norvégienne, âgée de 53 ans, ayant cessé toute activité professionnelle à la fin des années 2002-début 2003, à la suite du décès de son dernier employeur (garde maladie privée).

L'assurée contracte une fracture pertrochantérienne sur un status ostéoporotique, vraisemblablement, en relation avec un éthylysme chronique. Cette fracture pertrochantérienne a nécessité un traitement par ostéosynthèse (DHS mai 2003), et une AMO, au mois de mai 2005.

L'assurée présente des plaintes algiques migrantes, touchant le rachis cervical, les membres supérieurs à prédominance gauche, le rachis lombaire et le membre inférieur droit.

Les examens radiologiques mis à disposition mettent clairement en évidence des troubles dégénératifs du rachis cervical avec sténose foraminale, responsables de la symptomatologie algique au niveau du membre supérieur gauche.

L'examen clinique de ce jour met clairement en évidence une diminution de mobilité au niveau du rachis cervical et en ce qui concerne les amplitudes au niveau de l'articulation scapulo-humérales gauches. Ces diminutions d'amplitude sont en relation directe avec les troubles ostéoarticulaires mis en évidence par le document radiologique.

Sur le plan thérapeutique, l'assurée a bénéficié de plusieurs séances d'infiltration interfaccettaire, avec un excellent résultat antalgique (l'assurée ne prend aucun traitement à visée antalgique au long cours).

Le reste de l'examen clinique ne met en évidence aucun trouble ostéoarticulaire, hormis un raccourcissement du membre inférieur droit post-traumatique, induisant des troubles statiques du rachis lombaire, responsable de la symptomatologie algique de type mécanique présentée par l'assurée.

Sur le plan neurologique, nous avons clairement mis en évidence un trouble de la pallesthésie au niveau des membres inférieurs et supérieurs, à intégrer dans un syndrome carenciel sur alcoolisme chronique probable.

Le reste de l'examen de médecine générale ne met en évidence aucune autre pathologie, hormis des signes de non organicité selon Waddell (3/5), rentrant dans un cadre d'une vraisemblable exagération des plaintes à but asséurologique.

Au vu des atteintes à la santé présentées par l'assurée sur le plan ostéoarticulaire, les activités antérieures (serveuse, garde malade, ou aide-infirmière) ne peuvent plus être envisagées pour cette assurée. De ce fait, une incapacité de travail totale dans ce domaine est établie, depuis le mois de mars 2003.

Une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles, est théoriquement possible à un taux de 100%, au plus tard 3 mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, à partir de juillet 2005. Une telle activité serait théoriquement possible à un taux de 100%, en raison des limitations fonctionnelles mixtes touchant le rachis cervical et lombaire, de même que les membres inférieurs, et la symptomatologie algique présentée par l'assurée en rapport direct avec les troubles objectifs; une diminution d'un rendement de 30% peut être envisagée dans une telle activité.

L'évaluation de notre capacité de travail ne tient pas compte du phénomène d'amplification des plaintes mises en avant par l'assurée, avec un discours d'incapacité de reprise d'activité quelle qu'elle soit.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive, au niveau des membres supérieurs, pas de position statique assise au-delà de 40 min, sans possibilité de varier les positions assises-debout, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre-résistance, diminution du périmètre de marche à environ 1 demi-heure à $\frac{3}{4}$ d'heure, pas de montée ou descente d'escalier à répétition, pas de position statique du rachis cervical en flexion-extension ou de [mouvements] répétitifs du rachis cervical en rotation droite-gauche.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?, depuis le 10.05.2003.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'assurée présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis lors. Une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%, avec une diminution d'un rendement de 30%, au vu des limitations fonctionnelles présentées et de la symptomatologie algique persistante par intermittence. Une telle activité est théoriquement possible, depuis le mois de juin 2005.

[...] La capacité de travail évaluée chez cette assurée ne tient pas compte du phénomène d'exagération des plaintes mis en avant par l'assurée, dans un contexte de discours algique polymorphe fluctuant d'intensité à 8/10. L'étude de la vie quotidienne et l'anamnèse psycho-sociale permet d'écarter avec certitude toute forme de pathologie d'ordre psychiatrique à caractère invalidant. Aucun élément de la jurisprudence actuelle à caractère de gravité n'a été retenu.

En conclusion: le syndrome d'amplification des [plaintes] qui peut s'apparenter à un phénomène de syndrome douloureux somatoforme n'a pas été pris en considération pour l'établissement de l'incapacité de travail, au vu de la jurisprudence actuelle".

Dans un rapport d'examen SMR du 13 novembre 2007, le Dr R._____, du SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de cervicoscapulalgies à prédominance gauche, sur troubles statiques et dégénératifs avancés du rachis cervical et une capacité de travail exigible de 70 % dans une activité adaptée.

Le 4 décembre 2007, l'OAI a informé l'assurée que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient remplies et l'a informée qu'une orientation professionnelle allait avoir lieu pour déterminer les possibilités de réinsertion.

Un rapport initial du 22 février 2008 de l'OAI a mentionné, s'agissant de la situation économique avant la survenance de l'invalidité, pour le dernier poste occupé par l'assurée, un salaire de 53'625 fr. pour 2002. Dans un rapport final daté du 2 avril 2008, l'OAI a constaté l'échec d'un stage d'évaluation effectué dans un centre spécialisé à Genève et a retenu, s'agissant du calcul du salaire exigible, un revenu d'invalidé selon les salaires OFS pour 2004 de 34'009 fr. 25 compte tenu d'un horaire de 70 %, une réduction de 15 % et un salaire exigible final de 28'907 fr. 86.

Dans un projet d'acceptation de rente du 8 avril 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2004 et un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2005. L'OAI a exposé que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 10 mai 2003, qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année l'incapacité de travail et de gain était de 100 % et qu'à partir du mois de juin 2005 la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %. L'OAI a en outre mis en évidence un revenu sans invalidité de 54'865 fr. 15, un revenu d'invalidé de 28'907 fr. 85 et un degré d'invalidité de 47 %. Ce projet de décision a été contesté par l'assurée.

Dans un rapport du 11 juin 2008, le Dr P._____, médecin associé au service d'anesthésiologie du CHUV, a attesté du suivi de l'assurée en consultation d'antalgie dans le cadre de brachialgies bilatérales, a signalé que l'intéressée avait fait l'objet d'infiltrations épidurales ayant permis un net soulagement de ses douleurs et a suggéré une nouvelle IRM ainsi qu'une nouvelle consultation neurochirurgicale.

Une IRM cervicale a été effectuée le 2 juillet 2008 à l'institut de radiologie du centre d'imagerie de Nyon, mettant en exergue une péjoration de la discopathie C4-C5 par rapport à une précédente IRM effectuée en novembre 2005, une discrète accentuation de l'uncarthrose droite en C5-C6 et écartant la présence de signe d'ischémie médullaire en C5-C6.

Par décision du 6 juin 2008, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2004 et à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2005, en reprenant la même motivation que celle figurant dans son projet de décision du 8 avril 2008.

B. Par acte du 7 juillet 2008 de son mandataire, S._____ fait recours contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, concluant sous suite de frais et dépens à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente égale ou supérieure à une demi-rente, calculée sur l'échelle de rente 44, dès le 1^{er} septembre 2005. Précisant ne pas contester l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2004 au 31 août 2005, elle relève que l'OAI a omis de prendre en compte les années de cotisation effectuées à l'étranger, notamment en Suède de 1975 à 1979, de sorte que l'échelle de rente 44, et non 32, est applicable pour le calcul de sa rente. Contestant le calcul de comparaison des revenus effectué par l'OAI, elle se prévaut d'un revenu sans invalidité en 2005 de 58'092 fr. et, compte tenu de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS) calculée pour 2005 et d'un abattement de 25 %, d'un revenu d'invalidé maximal de 25'762 fr. puis en conséquence d'un degré d'invalidité minimal de 55.6 %.

Dans sa réponse du 29 janvier 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que le calcul du degré d'invalidité effectué dans la décision attaquée, plus favorable à l'assurée que celui exposé dans la feuille de calcul interne, se base sur les données de l'ESS et qu'il est conforme à la jurisprudence, avant d'ajouter que l'abattement de 15 % du revenu d'invalidité est équitable dans la mesure où la capacité de travail de 70 % tient déjà compte des limitations fonctionnelles.

Le 2 février 2009, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS confirme le bien-fondé de la décision attaquée. Au sujet de l'échelle retenue pour fixer le montant de la rente, elle relève en substance que les périodes d'assurances accomplies en Suède ne peuvent être prises en compte dans le calcul de la rente.

Sans présenter d'autres arguments, l'assurée et l'OAI maintiennent leur position, respectivement par courriers des 17 février 2009 et 10 mars 2009.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 a été déposé dans le délai légal et répond aux autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours 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).

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

Au regard des motifs invoqués par la recourante, le droit à une rente entière pour la période du 1^{er} septembre 2004 au 31 août 2005 n'est pas contesté. Le litige est circonscrit à deux objets: d'une part la réduction à $\frac{1}{4}$ de rente dès le 1^{er} septembre 2005, la recourante concluant à l'octroi d'une demi-rente, et d'autre part le calcul de la rente, la recourante requérant sa fixation selon l'échelle 44.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'incapacité de travail est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un

quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

c) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un

tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

d) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé (soit lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible), le revenu d'invalide (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3.1.1).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79; TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.1). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé

d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2; TF 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, s'agissant de la capacité de travail exigible, les conclusions du rapport du SMR du 29 octobre 2007 établi par le Dr J._____ peuvent être suivies. Ce rapport, établi après un examen clinique de l'assurée et une synthèse des autres rapports médicaux au dossier, est complet, fouillé et convaincant, de sorte qu'il répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Il n'entre du reste pas en contradiction fondamentale avec l'évolution de l'état de santé dont les médecins consultés par l'assurée ont rendu compte, à savoir les Drs G._____, K._____, A.L._____, N._____, W._____ et C._____, ce dont la recourante comme l'intimé ne disconviennent du reste pas puisqu'elles n'avancent aucun argument d'ordre médical. Ainsi, en suivant les conclusions du Dr J._____, une pleine capacité de travail avec rendement diminué de 30 % depuis juin 2005 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par ce médecin peut être confirmée.

b) Concernant le calcul du degré d'invalidité, le revenu sans invalidité a été correctement fixé par l'OAI dans la décision attaquée à 54'865 fr. 15, conformément au revenu reçu par l'assurée en 2002 s'élevant à 53'625 fr. (extrait du compte individuel du 11 octobre 2005 de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS et rapport initial interne à l'OAI du 22 février 2008) et compte tenu de l'indexation de 2002 à 2004. Le revenu d'invalidité retenu par l'OAI dans son rapport final du 2 avril 2008, fondé sur l'ESS dans une activité simple et répétitive (revenu

mensuel de 3'893 fr. compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 41.6 heures valable dans les entreprises en 2004, soit 48'584 fr. 64 par année), est également correct et répond aux critères posés par la jurisprudence; il est de 34'009 fr. 25 une fois diminué de 30 % pour tenir compte du taux de diminution de rendement retenu par le Dr J._____ (rapport du 29 octobre 2007, p. 8).

c) Cela étant, s'agissant de l'abattement du revenu d'invalidé, l'intimé a retenu un taux de 15 %, sans que cela ne soit motivé dans la décision attaquée. Une motivation ressort néanmoins du rapport final du 2 avril 2008, interne à l'OAI, invoquant le seul motif des nombreuses limitations fonctionnelles dues au handicap. Dans sa réponse du 29 janvier 2009 au recours formé par la recourante, l'OAI a relevé que ce taux était équitable dans la mesure où la capacité de travail de 70 % tient déjà compte des limitations fonctionnelles de l'assurée. Ces limitations, mentionnées en particulier par le Dr J._____ (rapport du 29 octobre 2007, p. 8) sont effectivement nombreuses et conséquentes, de sorte qu'elles justifient à la fois une diminution du rendement au travail et un abattement, ce que n'exclut pas la jurisprudence (pour un exemple: TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.4).

Toutefois, si l'on se rapporte aux motifs retenus par l'OAI, il n'a pas été tenu compte de l'âge somme toute avancé de l'intéressée, née en 1954. On observera en outre l'échec de la tentative de réorientation professionnelle intervenue au printemps 2008 lors d'un stage dans l'industrie légère, activité pourtant réputée adaptée (rapport final de l'OAI du 2 avril 2008 et entretien avec l'assurée du 2 avril 2008). L'assurée, de nationalité étrangère et au bénéfice d'un permis d'établissement, ne bénéficie en outre pas de formation professionnelle strico sensu, a cessé toute activité depuis 2003 puis a été selon ses dires à la charge des services sociaux depuis septembre 2004 (demande de prestations AI signée le 22 août 2005 et extrait du compte individuel du 11 octobre 2005 de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS). Ces facteurs, en l'occurrence importants, ne peuvent être ignorés. A défaut de motivation de l'OAI à leur sujet, il se justifie de s'écarter de l'appréciation de l'intimé.

Partant, on peut se demander si l'âge et les circonstances personnelles précitées, en plus des nombreuses et lourdes limitations fonctionnelles, seules retenues, n'impliqueraient pas de porter l'abattement au taux maximum de 25 %. Le point peut cependant demeurer ouvert dès lors que le taux doit être à tout le moins porté à 20 % et que chacun de ces deux taux ouvre le droit à la demi-rente réclamée par la recourante. En effet, le revenu d'invalidé de 34'009 fr. 25, qui tient compte du salaire annuel en 2004 selon l'ESS dans une activité simple et répétitive compte tenu d'une diminution de rendement de 30 % (rapport final de l'OAI du 2 avril 2008), diminué d'un taux d'abattement de 20 % conduit, après comparaison d'avec le revenu sans invalidité de 54'865 fr. 15, à un degré d'invalidité de 50.41 %. Ce taux doit être retenu à compter de septembre 2005, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé réputée survenue en juin 2005 (art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], comme l'a retenu le Dr J. _____ (rapport du 29 octobre 2007, p. 8) puis l'OAI dans la décision attaquée. En ce sens, il existe donc un motif à révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, en l'occurrence en raison d'amélioration de l'état de santé de l'intéressée.

5. a) Il reste à examiner la question de l'échelle applicable pour le calcul de la rente. A ce sujet, la recourante se prévaut de l'échelle de rentes 44, et non 32, compte tenu notamment de ses années de cotisation en Suède de 1975 à 1979.

b) Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires; le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires. L'art. 29bis al. 1 LAVS prévoit que le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou

décès). Selon l'art. 29ter al. 1 LAVS, la durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisation que les assurés de sa classe d'âge. En vertu du second alinéa lettre a de cette disposition, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations sont considérées comme années de cotisation. L'échelle de rentes est ensuite déterminée par le rapport existant entre les années entières de cotisations de l'assuré et celles de sa classe d'âge, selon l'échelonnement prévu à l'art. 52 RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.101), en relation avec l'art. 32 RAI (TF I 1054/06 du 26 novembre 2007 consid. 3).

c) Dans le cas présent, comme cela ressort des déterminations du 2 février 2009 de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, le cas d'application du droit communautaire n'est pas contesté, sur le plan personnel, matériel et temporel. Toutefois, le cas d'assurance survenu en 2003 comme la décision attaquée rendue en 2008 sont intervenus après que la convention de sécurité sociale du 21 février 1979 entre la Suisse et la Norvège (RS 0.831.109.598.1) ait cédé le pas, au 1^{er} juin 2002, à l'entrée en force de la ratification par la Suisse et la Norvège de la convention AELE (Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de Libre-Echange, RS 0.632.31), dite convention dont l'annexe K, appendice 2, prévoit, au titre de la coordination des systèmes de sécurité sociale prévue à l'art. 21 de la convention AELE, le cas d'application des règles de l'ALCP (Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, RS 0.142.112.681), également entré en vigueur au 1^{er} juin 2002, et en particulier de ses règlements d'application 1408/71 (RS 0.831.109.268.1) et 574/72 (RS 0.831.109.268.11).

Au regard de cette législation, la Suisse peut maintenir le calcul autonome des rentes, respectivement renoncer au calcul selon le principe de la totalisation de l'ensemble des périodes d'assurance en Suisse et dans d'autres pays membres, dès lors qu'il n'entre pas en conflit avec la règle communautaire selon laquelle le résultat du calcul autonome

ne peut être inférieur à celui du calcul par totalisation des périodes d'assurances (TFA H 281/03 du 27 février 2004, consid. 4.4; voir aussi ATF 130 V 51 consid. 5.5; 130 V 247 consid. 4.2; 131 V 390 consid. 10.2; Bettina Kahil-Wolff, La coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale, in Schweizerische Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, p.. 207; Alessandra Prinz, Les effets de l'Accord sur les prestations AVS et AI, in : Les effets des Accords bilatéraux avec l'Union européenne sur les assurances sociales suisses, Sécurité sociale, CHSS 2/2002, p. 81; Beatrix De Cupis, L'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et ses effets à l'égard de la sécurité sociale en Suisse, 2001, p. 141 ss). Ainsi, lors du calcul d'une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants suisse, il n'y a pas lieu de prendre en compte les périodes d'assurance qu'un assuré a accomplies dans un autre Etat contractant selon l'ALCP (ATF 130 V 51 consid. 4 et 5).

En conséquence, l'absence de prise en considération, par les institutions nationales, des périodes d'assurance accomplies dans un autre Etat membre pour le calcul proprement dit du montant de la rente est inhérente au système du règlement 1408/71, qui a laissé subsister des régimes distincts engendrant des créances distinctes à l'égard d'institutions distinctes contre lesquelles le prestataire possède des droits directs (ATF 131 V 390 consid. 7.3.1; 131 V 386 consid. 8.2; arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes [CJCE] du 7 juillet 1994 dans l'affaire C 146/93, McLachlan, Rec. 1994 p. I-3229, points 29, 30 et 37; voir aussi arrêt de la CJCE du 17 décembre 1998 dans l'affaire C-244/97, Lustig, Rec. 1998 p. I-8701, points 39 et 40; étant précisé que la jurisprudence de la CJCE s'applique également aux tribunaux suisses, cf. art. 16 ALCP), et ne constitue pas une discrimination au sens de l'art. 2 ALCP. On ne saurait dès lors y voir une violation du principe de non-discrimination, dont l'art. 3 constitue l'expression pour le règlement 1408/71 (ATF 131 V 390 consid. 7.3.1; 131 V 386 consid. 8.2).

d) Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a procédé au calcul de la rente de la recourante sans prendre en considération les périodes d'assurance accomplies en Suède, soit lorsqu'elle y a travaillé selon ses

dières de 1975 à 1979. Dans ses déterminations du 2 février 2009, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a donc retenu à bon droit que les périodes de cotisation en Suède ne pouvaient être prises en compte pour le calcul de la rente d'invalidité en Suisse et c'est à juste titre qu'elle a renvoyé l'intéressée à requérir de la Suède qu'elle lui verse des prestations fondées sur les cotisations qu'elle y avait versées. Ainsi, la rente de l'assurée a correctement été calculée selon l'échelle de rentes 32, compte tenu uniquement des périodes de cotisation en Suisse.

6. Partant, le recours est partiellement admis. La décision attaquée doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2004, puis à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2005; elle est confirmée pour le surplus s'agissant du calcul de la rente, selon l'échelle de rentes 32.

7. La recourante obtenant gain de cause dans une large mesure, elle a droit à des dépens, arrêtés à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), sans qu'il n'y ait 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 partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 6 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante S. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2004, puis à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2005; dite décision est confirmée pour le surplus.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante S. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection juridique SA, à Lausanne (pour S. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS
- 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 :