

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Abrecht
Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

Q._____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 et al. 2, 29 al. 1 et 48 al. 2 aLAI; 7, 8 et 16 LPGA; 28 al. 1let. b LAI

E n f a i t :

A. Le 10 février 2000, Q._____ (ci-après: l'assurée), ressortissante portugaise, née en 1964, mariée et mère d'un enfant adulte, entrée en Suisse en janvier 1997, titulaire d'une autorisation de séjour depuis le 1^{er} juin 1999, sans formation professionnelle et ayant exercé illégalement en Suisse une activité lucrative depuis le mois de janvier 1997, a déposé une demande de prestations AI en faisant état d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche. Selon un relevé du 22 février 2000, elle a versé des cotisations AVS/AI pour les mois de janvier, février et juillet à décembre 1997 ainsi que janvier et février 1998.

a) Dans un rapport médical du 5 mars 2000, le Dr H._____, médecin traitant, spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, a relevé que l'assurée avait été opérée en raison d'un carcinome canalaire du sein gauche et avait suivi une chimio- et radiothérapie. A son sens, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 6 janvier 1998. Dans une activité adaptée à la mobilité réduite de son bras gauche, sa capacité de travail résiduelle s'élevait à 25%. Il a estimé qu'aucune mesure médicale n'était à même d'améliorer sa capacité de travail. En revanche, des mesures professionnelles étaient indiquées.

Dans un rapport du 5 février 2001, le Dr K._____, médecin traitant, spécialiste FMH en oncologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

- carcinome canalaire invasif du sein gauche pT2 pN1 M0, grade III, récepteurs hormonaux positifs

-- status après mastectomie le 21 janvier 1998

-- status après chimiothérapie de 4 AC et 3 CMF dès 1998

-- status après radiothérapie en novembre 1998.

Il a déclaré que la patiente ne suivait aucun traitement et que la situation était cliniquement stable. Toutefois, le pronostic à moyen et

long terme demeurerait réservé. Le Dr K._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, mais a cependant déclaré que des mesures médicales n'étaient pas en mesure de l'améliorer.

Il ressort d'un examen médical SMR du 26 juin 2001, réalisé par la Dresse M._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, notamment ce qui suit:

"En résumé

Portugaise de 37 ans, sans antécédents médicaux, ayant subi une mastectomie selon Patey avec curage ganglionnaire le 21.1.1998 pour un carcinome canalaire invasif T2N1M0. Chimiothérapie et radiothérapie adjuvantes.

Persistance de douleurs et de tension au niveau du 1/3 externe de la cicatrice. Discret œdème du MSG. Limitation de l'utilisation du MSG, antalgique principalement.

Proposition

Au vu du status et des douleurs, ainsi que de l'activité professionnelle lourde de l'assurée (culture maraîchère), la reprise de son activité antérieure n'est pas possible. Par contre, une activité adaptée, limitant le travail plus haut que les épaules et sans port de charges lourdes pourrait être effectuée à un taux d'au moins 50%.

Des conseils concernant la mobilisation de son MSG, les massages et soins locaux lui ont été donnés et devraient permettre à l'assurée d'augmenter sa capacité de travail dans le temps.

Il ne faut pas oublier que le pronostic concernant son cancer est réservé."

Dans un rapport d'examen du 27 juin 2001, les médecins du SMR, dont la Dresse M._____, ont estimé que l'assurée présentait pour atteinte principale à la santé un carcinome canalaire invasif du sein gauche T2N1M0, une incapacité de travail durable depuis le 21 janvier 1998 et les limitations fonctionnelles suivantes: "travail en hauteur (plus haut que les épaules), port de charges lourdes, fatigabilité chez une gauchère". Dans une activité habituelle, sa capacité de travail était nulle. En revanche dans une activité adaptée, elle était de 50%.

b) Par décision du 19 septembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rejeté la demande de prestations AI au motif que l'assurée ne comptait pas une année entière de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité.

Par acte du 12 octobre 2001, l'assurée a recouru auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après: le TASS) contre cette décision. Elle a notamment produit un relevé du 23 août 2002 de son compte individuel, selon lequel elle a versé des cotisations AVS/AI de janvier 1997 à mai 1998 compris, soit durant 17 mois, pour un montant total de cotisations de 40'782 fr.

Par jugement du 22 décembre 2003 (cause AI 421/01 - 171/2004), notifié le 25 août 2004, le TASS a rejeté le recours et confirmé la décision rendue par l'OAI le 19 septembre 2001. Par acte du 27 septembre 2004, l'assurée a recouru auprès du Tribunal fédéral des assurances (ci-après: le TFA) contre ce jugement.

Par arrêt du 20 décembre 2005, le TFA a retenu ce qui suit :

"Sont obligatoirement assurées à l'AVS et à l'AI, notamment les personnes physiques qui exercent une activité lucrative en Suisse (art. 1^{er} al. 1 let. b LAVS, en corrélation avec l'art. 1^{er} LAI [selon sa teneur en vigueur au 31 décembre 2002]). La nature de l'activité exercée importe peu: le gain soumis à cotisations peut provenir d'une activité aussi bien licite qu'illicite, en particulier d'un "travail au noir" (ATF 118 V 79 et les références citées). Le ressortissant étranger qui - à l'instar de la recourante - travaille illégalement en Suisse est donc aussi soumis à l'assurance obligatoire.

Il y a lieu d'ajouter que les ressortissants portugais contraints d'abandonner leur activité lucrative en Suisse à la suite d'une maladie ou d'un accident, mais dont l'état d'invalidité est constaté dans ce pays, sont considérés comme étant assurés au sens de la législation suisse pour une durée d'une année à compter de la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité et doivent acquitter les cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse comme s'ils avaient leur domicile en Suisse (cf. art. 13 al. 1 de la convention).

En l'espèce, la recourante a exercé une activité lucrative en Suisse depuis le mois de janvier 1997. Opérée d'un carcinome canalaire invasif au sein gauche, elle a été contrainte d'abandonner l'exercice de son métier dès le 21 janvier 1998. Depuis lors, elle n'a pas repris d'activité lucrative. Ce nonobstant, elle est demeurée assurée pendant une année après l'interruption de son travail, soit jusqu'au 21 janvier 1999 (voir par analogie arrêts non publiés N. du 13 février 1998 [I 450/97] et S. du 20 juin 1996 [I 306/95]). Aussi la recourante était-elle encore assurée lors de la survenance de son invalidité (cf. consid. 3.3 supra). L'office et les premiers juges étaient dès lors tenus d'examiner son droit à la rente sous l'angle des art. 4, 28 et 29 LAI (les conditions de l'art. 36 al. 1 LAI étant quant à elles réunies [cf. consid. 3.2 supra]). Ne l'ayant pas fait, il convient de renvoyer la

cause à l'office afin qu'il procède à un nouvel examen de la cause en ce sens, étant entendu qu'il n'est pas contraire à l'ordre public suisse d'allouer de telles prestations à un ressortissant étranger entré illégalement en Suisse et néanmoins obligatoirement assuré en raison de l'exercice d'une activité lucrative (ATF 118 V 79).

La Cour de céans rappelle par ailleurs que l'art. 6 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2000 a été modifié avec effet au 1^{er} janvier 2001 par le ch. 1 de l'annexe à la modification de la LAVS du 23 juin 2000 (RO 2000 2677 et 2682) en ce sens que la clause d'assurance a été supprimée (voir à ce sujet Alessandra Prinz, Suppression de la clause d'assurance pour les rentes ordinaires de l'AI: conséquences dans le domaine des conventions internationales, Sécurité sociale 1/2001 p. 42 ss). Dès lors, les personnes qui n'avaient pas eu droit à une rente, parce qu'elles ne remplissaient pas la clause d'assurance conservaient la possibilité de demander un réexamen de leur droit qui devait être apprécié à la lumière du nouvel art. 6 al. 1 LAI, les prestations ne pouvant toutefois être accordées qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette disposition (voir le ch. 4 des dispositions finales de la modification du 23 juin 2000; RO 2000 2683). Dès lors qu'une demande de rente déposée sous l'empire de l'ancien droit était encore pendante au moment de la décision litigieuse, il appartenait à l'office et aux premiers juges de la traiter d'office sous l'angle du nouvel art. 6 LAI, les prestations ne pouvant toutefois être accordées qu'à partir du 1^{er} janvier 2001."

B. **a)** Dans un rapport du 28 mars 2006 adressé à l'OAI, le Dr K. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

- carcinome canalaire invasif pT2 pN1, grade III
- status après chimiothérapie adjuvante de 4 AC + 3 CMF
- status après irradiation post mastectomie
- état dépressif sévère.

Ce médecin a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans toute activité, qui ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Il ressort en substance ce qui suit de son rapport:

"5. Constatations objectives:

Le diagnostic de cancer du sein a été validé histologiquement en 1998. La mobilité du bras gauche est effectivement réduite depuis l'irradiation qui a suivi. Ce traitement radio-oncologique a également entraîné une dermite post acinique marquée.

6. Examens médicaux spécialisés:

La patiente se plaint régulièrement de douleurs mammaires controlatérales qui font l'objet d'investigations régulières en raison du risque élevé de seconde tumeur dans le sein droit.

7. Thérapie/Pronostic:

Comme mentionné plus haut, la patiente a été maximale­ment traitée par mastectomie, chimiothérapie et radiothérapie en 1998 en raison d'un cancer du sein de mauvais pronostic. D'un point de vue oncologique, la situation est stationnaire et la patiente n'a jamais présenté de récidi­ve. Q._____ présente par ailleurs un état dépressif sévère et persistant qui nécessite un traitement médicamenteux prescrit par le Dr N._____. Il est certain que le risque de récidi­ve de sa tumeur ainsi que l'inquiétude de la patiente par rapport à une tumeur controlatérale contribuent à cet état dépressif

Le pronostic oncologique est réservé compte tenu des facteurs de risque mentionnés plus haut."

Dans un rapport de 2006, le Dr H._____ a estimé que l'état de santé de l'assurée était, d'un point de vue gynécologique, stationnaire.

Dans un rapport du 17 mai 2006, le Dr N._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que celle-ci présentait une capacité de travail nulle dans toute activité, qui ne pouvait être améliorée par aucune mesure. Pour l'essentiel, le Dr N._____ a fait les observations suivantes:

"Il se trouve en effet que depuis son intervention chirurgicale Q._____ présente une difficulté à mobiliser son bras et essentiellement au port de charges, qui rend même l'accomplissement des activités ménagères lourdes difficiles. Elle développe de plus un lymphoedème tout à fait modéré et bien géré par la patiente, qui reste quand même invalidant.

De plus, suite à son intervention chirurgicale, Q._____ a commencé à présenter des signes dépressifs réactionnels extrêmement importants avec repli social et impossibilité de s'intégrer dans notre société où elle ne parle par ailleurs toujours pas le français. Elle vit seule et s'occupe occasionnellement de la surveillance d'enfants portugais également avec lesquels elle peut dialoguer. Progressivement s'est installé un tableau insertionnel diffus de type fibromyalgique qui rend toute mobilisation prolongée et tout effort quasi impossible chez cette patiente. Différents examens spécialisés ont été effectués sans qu'aucune autre proposition supplémentaire ne puisse être proposée. Nous avons donc mis en place un suivi régulier chez moi et un suivi oncologique régulier ainsi que des cures de physiothérapies par intermittence. Afin de soutenir au mieux cette patiente, un traitement antidépresseur a été mis en place également qui permet de maintenir une situation tout à fait précaire. Cette patiente a une fille qui réside toujours au domicile et qui gère relativement bien les différentes histoires bien que jeune. Elle se rend notamment à chacune des consultations de sa maman pour effectuer la traduction.

Je pense donc que le pronostic chez cette patiente reste relativement sombre, malgré l'absence d'événement objectifs très claires pour une rente entière. Toutefois, je pense que les séquelles

laissées par son intervention chirurgicale ainsi que les réactions psychologiques entraînées par cette dernière peuvent tout à fait justifier l'octroi d'une rente en tout cas partielle."

Le Dr N._____ avait adressé l'assurée au Dr W._____, spécialiste FMH en rhumatologie, dont on extrait ce qui suit de son consilium du 8 novembre 2002:

"C'est dans ce contexte psychologique et financier difficile, que sont apparues progressivement des douleurs ostéo-articulaires multiples, qui auraient motivé une scintigraphie osseuse en octobre 2001, examen heureusement normal.

L'examen révèle une patiente au faciès dépressif, qui ne s'exprime que très mal en français. Les examens neurologique, ostéo-articulaire et rachidien me semblent sans grande particularité, et notamment sans limitation focalisée et segmentaire, ce qui est bien rassurant. Par contre, il existe un tableau insertionnel diffus de type fibromyalgique, avec peut-être en plus, une épicondylite droite, affection qui avait déjà été infiltrée sans grand succès par votre prédécesseur.

Je crois qu'il est raisonnable de retenir le diagnostic de fibromyalgie et de troubles somatoformes douloureux persistants, dans un contexte d'état dépressif qui me paraît probablement assez sévère. La scintigraphie d'il y a une année, la normalité du bilan biologique récent et l'aspect clinique, parlent contre un problème métastatique.

Comme vous le savez cette constellation clinique est très difficile à traiter, surtout lorsqu'il existe en plus des problèmes sociaux et d'intégration et de faible capacité d'introspection."

b) Dans un avis du 10 juillet 2006, le SMR a notamment retenu ce qui suit:

"En 2001, nous avons un rapport médical SMR de la Dresse M._____, qui justifie une IT de 50% dans une activité adaptée pour carcinome canalaire invasif du sein gauche, ayant nécessité une mastectomie avec curage axillaire ganglionnaire le 21.01.98, suivi de chimio- et radiothérapie. Il existait des douleurs et une tension de cicatrice avec un oedème modéré de 0,5 cm au poignet, constaté par un examen au SMR par elle-même.

Actuellement, le cancer, 8 ans après, est toujours en rémission, le gynécologue voit l'assurée une fois/18 mois, l'état est stationnaire, il ne se prononce pas sur la CT.

Le nouveau médecin-traitant justifie une IT totale pour une péjoration de l'état de santé avec un épisode dépressif sévère réactionnel et une fibromyalgie. Il y a trouble de l'intégration chez une assurée qui ne parle toujours que très peu le français et repli social. Un rapport du Dr W._____, rhumatologue, de 2002, évoque même le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. L'assurée n'a pas de psychiatre, il existe un traitement antidépresseur, il n'y a pas d'hospitalisation psychiatrique décrite et le status psychiatrique n'est pas détaillé. Le status physique semble correspondre à celui de 2001.

L'oncologue justifie une IT totale dans l'activité habituelle et mentionne une dépression sévère qui lui fait douter de la possibilité de MOP, en plus de facteurs qui ne sont du ressort de l'AI: un isolement et la non maîtrise du français.

Nous sommes donc en présence d'une assurée en rémission à 8 ans d'un cancer du sein gauche, avec une CT estimée en 2001 à 0% dans l'activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée pour douleurs de cicatrice et lymphoedème léger du bras gauche, en IT totale pour trouble dépressif sévère non suivi par un psychiatre, fibromyalgie et séquelles d'opération du sein gauche avec curage axillaire."

Le SMR a convoqué l'assurée en vue d'un examen clinique rhumato-psychiatrique, réalisé - avec l'assistance d'un traducteur de langue portugaise - le 8 janvier 2007 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse O._____. Il ressort du rapport SMR y relatif, contresigné par le Dr J._____, médecin chef ad interim, spécialiste FMH en médecine interne, ce qui suit:

"Cette assurée avait déposé une demande de prestations au sens d'une rente en 2000 et elle avait été examinée dans le cadre du SMR Suisse romande par la Dresse M._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive le 26.06.2001. La Dresse M._____ avait admis que "au vu du status et des douleurs, ainsi que de l'activité professionnelle lourde de l'assurée, la reprise de son activité antérieure n'est pas possible. Par contre, une activité adaptée, évitant le travail plus haut que les épaules et sans port de charges lourdes, pourrait être effectuée à un taux d'au moins 50%".

Il avait alors été admis que l'assurée ne remplissait pas les conditions générales d'assurance et toute prestation d'assurance lui avait été refusée, ce contre quoi elle a recouru, finalement avec succès puisque, le 20.12.2005, le Tribunal fédéral des assurances a accepté son recours, estimant que, au vu des dispositions juridiques en vigueur au moment de l'atteinte à la santé, l'assurée remplissait effectivement les conditions générales d'assurance, ce qui conduit à une réévaluation complète du dossier.

Les différents médecins en charge du cas de l'assurée, notamment son médecin traitant, le Dr N._____, de [...], l'estiment peu ou pas apte à reprendre une activité professionnelle quelconque en raison du status post chirurgical au niveau du sein G, d'une symptomatologie douloureuse diffuse, d'un trouble dépressif et d'un status après fracture de Pouteau-Colles à G au printemps 2006.

[...]

Anamnèse professionnelle

Depuis son arrivée en Suisse, l'assurée travaille comme maraîchère, à un pourcentage de 100% et ceci jusqu'en 1998. Depuis, pour des raisons médicales, l'assurée n'a plus d'activité professionnelle.

[...]

Anamnèse actuelle générale

Comme cela a été mentionné dans le paragraphe "Antécédents personnels généraux", l'assurée présentait des déformations cicatricielles du sein G consécutives à la mastite dont elle avait souffert au cours de son accouchement en 1979. Vers la fin de l'année 1998, elle dit avoir ressenti des douleurs un peu plus importantes diffuses du MSG, dominant, lors de ses activités professionnelles, état qu'elle attribuait à l'activité professionnelle précisément; en décembre 1998, elle découvre lors de sa toilette une nodosité inhabituelle du sein G. Les investigations rapidement mises en route confirment l'existence d'un carcinome qui sera finalement opéré de manière radicale selon Patey avec curage axillaire en janvier 1999, opération suivie d'une radio- et chimiothérapie réalisées au CHUV. L'assurée signale que la radiothérapie s'est compliquée d'une nécrose cutanée de la région du quadrant supérieur externe du sein justifiant des pansements bi-quotidiens par les soins du CMS pendant plusieurs mois.

Au plan médical-oncologique, l'assurée est suivie régulièrement et considérée actuellement comme étant en rémission.

Au fil du temps apparaissent des troubles du sommeil liés à des douleurs diffuses intéressant, ainsi que l'assurée le précise, "tout le corps".

Cette symptomatologie douloureuse est permanente, diurne et nocturne, accompagnée d'une fatigue extrême. Les douleurs sont prédominantes le matin. L'assurée signale en particulier qu'elle n'arrive pas à dormir en décubitus latéral car cette posture engendre des douleurs excessives au niveau de la face externe du grand trochanter ddc. La marche n'est possible que pendant une vingtaine de minutes, en général accompagnée, stoppée en raison d'une fatigue excessive.

En plus de cette symptomatologie douloureuse, l'assurée confirme ce qu'elle avait déjà dit à la Dresse M._____, en 2001, c'est-à-dire que, depuis le moment de l'intervention chirurgicale, elle n'a plus jamais regardé sa poitrine ni directement ni via un miroir et qu'elle ne fait depuis lors plus sa toilette elle-même déléguant cette tâche à son mari.

En mars 2006, l'assurée glisse dans la neige, avec réception sur l'extrémité distale du MSG, le poignet en flexion dorsale maximale. Cette chute occasionnera une fracture selon Pouteau-Colles qui sera réduite par le Dr F._____, de l'Hôpital [...].

L'assurée nous dit que quelques jours après la réduction, alors qu'elle était sous plâtre, elle s'est mise à ressentir des douleurs intolérables de la racine du pouce G. Elle aurait dû insister pour qu'on lui enlève le plâtre. On aurait alors mis en évidence une nécrose cutanée dans la région de l'extrémité distale radiale de l'avant-bras G avec semble-t-il aussi des lésions tendineuses. Le Dr F._____ aurait pratiqué un transfert tendineux du 2^e doigt sur le 1^{er} doigt à G, malgré lequel il persiste un important défaut de mobilité du pouce G et une impotence fonctionnelle importante de la main G. L'assurée illustre ceci par le fait que par exemple elle n'est même plus capable de peler elle-même une mandarine.

[...]

Vie quotidienne

L'assurée se lève à 6h et après, elle boit un café avec sa fille. Pendant la matinée, 1-2 fois par semaine, elle sort avec son amie, avec laquelle elle fait des promenades, sinon elle reste à la maison. L'assurée s'occupe du ménage et elle fait la lessive une fois tous les dix jours, aidée par sa fille, le repassage petit à petit, à son rythme, les courses, accompagnée de son mari une fois par semaine, en voiture. L'aspirateur est pris en charge par son mari, car l'assurée n'a plus de force. A midi, elle prépare le repas très lentement, et elle le partage avec sa fille. Après le repas, l'assurée ne fait pas de sieste. Dans l'après-midi, elle reste à la maison et regarde la TV.

Pendant le week-end, surtout le dimanche, elle sort avec son mari faire une promenade au bord du lac. L'assurée a un permis de conduire, mais elle conduit peu, et sur des petits trajets. L'assurée a quelques amis, qu'elle voit régulièrement. Une fois tous les deux ans, elle rentre au Portugal en voiture, avec son frère. A noter que le frère de l'assurée mange chez elle à midi et qu'ils font les courses ensemble.

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

L'assurée n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière. Sur le plan somatique, l'assurée est suivie par son médecin traitant, le Dr N._____, médecin à [...], avec lequel elle a rendez-vous à une fréquence d'une fois par mois.

Depuis la découverte d'un carcinome canalaire Invasif du sein G, suivi de mastectomie avec curage axillaire ganglionnaire le 21.01.1998, suivi de chimio- et radiothérapie, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle avec une évolution chronique dans le cadre d'une dysthymie. En 2005 le médecin oncologue décrit une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère.

Elle est suivie également par le Dr H._____, gynécologue obstétricien FMH à [...], avec lequel elle a un rendez-vous de contrôle à une fréquence d'une fois par année.

[...]

L'assurée se plaint de fatigue, d'anxiété, des difficultés à accepter la maladie et sa situation actuelle, de douleurs au bras G (l'assurée est gauchère), au poignet G, suite à une fracture, aux jambes et des douleurs partout.

[...]

Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- cervico-scapulo-thoracobrachialgies G chroniques persistantes (M 54.2):

o status après mastectomie G selon Patey en janvier 1998 avec curage axillaire

- status après fracture selon Pouteau-Colles G en mars 2006 avec réduction non satisfaisante et lésions de l'appareil tendineux extenseur du pouce
 - migraines sans aura
 - troubles de la personnalité fruste avec traits narcissiques décompensés (F 60.8)
 - anxiété généralisée (F 41.1)
- sans répercussion sur la capacité de travail:
- excès pondéral
 - syndrome polyalgique diffuse de type fibromyalgique
 - dysthymie (F 34.1)
 - difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z 60.0).

Appréciation consensuelle du cas

Q._____ avait présenté au cours de son unique accouchement une mastite bilatérale, prédominant nettement à G, dont le traitement semble avoir été pour le moins difficile et douloureux, ayant laissé comme séquelle un sein cicatriciel.

Alors qu'elle travaillait comme ouvrière dans des cultures maraîchères, l'assurée affirme qu'elle présentait toujours quelques douleurs dans le MSG, en relation avec l'intensité des efforts consentis, douleurs qui s'étaient aggravées depuis la fin de l'année 1997; à ce moment, elle remarque par auto-palpation la présence d'un nodule du sein G qui sera identifié par des examens appropriés en tant qu'un carcinome canalaire invasif qui sera traité par mastectomie selon Patey en janvier 1998, suivie d'une chimio- et radiothérapie appropriée. L'évolution a été lentement mais correctement favorable. Le status a été décrit en détail par la Dresse M._____, dans son examen spécialisé du 26.06.2001. De l'avis de la Dresse M._____, ce status est à l'évidence incompatible avec la poursuite de l'activité professionnelle préalable de l'assurée, alors qu'une activité légère, épargnant le MSG, lui semblait possible à 50%. A la suite de cet avis s'est déroulé un long imbroglio administrativo-juridique au terme duquel, en été 2005, le TFA a admis que l'assurée remplissait de facto les conditions générales d'assurance justifiant une entrée en matière de l'AI sur ce cas.

Actuellement, l'assurée annonce une situation toujours aussi précaire au niveau de l'épaule et du MSG. De plus, se sont installées, entre-temps, des douleurs ostéoarticulaires diffuses, insomniantes, ainsi qu'un état de fatigue chronique. Le tout s'est compliqué par une fracture de l'extrémité distale du radius G en mars 2006, avec un résultat fonctionnel d'autant plus médiocre que la problématique s'est compliquée d'une lésion tendineuse au niveau du pouce G.

En ce qui concerne les séquelles cutanées et articulaires immédiatement en lien avec la mastectomie G, elle sont évidentes mais n'ont objectivement pas augmenté entre l'examen préalable de la Dresse M._____ du mois de juin 2001 et notre examen.

En ce qui concerne les douleurs ostéoarticulaires diffuses, étant donné que la scintigraphie osseuse mentionnée dans le dossier s'est

révélée normale, on peut admettre, comme l'a fait le Dr W. _____, rhumatologue FMH, dans son rapport du 08.11.2002, qu'elles correspondent à ce qu'il a nommé un "tableau insertionnel diffus de type fibromyalgique". Cette symptomatologie en soi, uniquement subjective, n'entraîne pas de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail.

De plus, depuis le printemps 2006, Q. _____ présente une sévère atteinte à la santé au sens d'un status post traumatique du MSG avec une évolution des plus défavorables, puisque, en plus d'une réduction osseuse qui n'est malheureusement pas optimale, existent des lésions tendineuses du pouce G rendant cette main dominante pratiquement inefficace.

Si l'on fait abstraction du syndrome douloureux diffus sans substrat somatique coexistent donc chez cette assurée des lésions somatiques importantes au niveau du MSG, imputables d'une part à une mastectomie G étendue et à ses suites logiques et d'autre part à une fracture de Pouteau-Colles G. Ces deux groupes d'affections déterminent des limitations fonctionnelles importantes, d'autant plus qu'on a affaire à une assurée gauchère.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 42 ans, originaire du Portugal, en Suisse officiellement depuis 1999, officieusement depuis 1997, sans formation professionnelle, qui a travaillé comme ouvrière agricole, maraîchère, qui demande une rente en 2000. C'est en raison d'un recours jusqu'au Tribunal Fédéral, un refus de rente ayant été prononcé car l'assurée ne remplissait pas les conditions générales d'assurance.

En 2001, selon le rapport médical du 28.03.2005, dernier examen clinique le 24.10.2005, le Dr K. _____, oncologue FMH, pose les diagnostics de carcinome canalaire invasif grade III depuis janvier 1998, status après chimiothérapie adjuvante, status après irradiation thoracique post mastectomie depuis novembre 1998 et état dépressif sévère (examen du 24.10.2005) et il atteste une incapacité de travail à 100% depuis le 21.01.1998.

Cette assurée psychorigide, fruste, sans moyens d'introspection, avec des traits narcissiques décompensés est incapable de se remettre en question, de comprendre et d'accepter la maladie qu'elle vit comme une blessure narcissique insurmontable.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic d'anxiété généralisée d'intensité sévère, qui est caractérisée par la présence d'une anxiété persistante ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée. Le diagnostic repose sur la présence de symptômes anxieux primaires, comme une atteinte craintive, une anticipation négative des événements, sensation d'être à bout, incapacité à se détendre et troubles neuro-végétatifs comme sensation de tête vide, respiration rapide. L'évolution est fluctuante et chronique, aggravée depuis 2005.

[...]

L'anxiété généralisée, greffée sur le trouble de la personnalité décompensé, représente une pathologie psychiatrique invalidante qui justifie une importante diminution de la capacité de travail.

Le diagnostic de dysthymie que nous avons également retenu est une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est

insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen. La dysthymie ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante et elle n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Sur un fond dysthymique chronique et sans incidence sur la capacité de travail, et dans un contexte de conflit asséculogique, l'assurée développe une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère présente depuis 2005 et qui est actuellement en rémission complète et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Par contre, nous avons objectivé la persistance d'une symptomatologie anxieuse sévère et d'un trouble de la personnalité décompensé. A notre avis, cette assurée fruste, qui vit la maladie comme une blessure narcissique insurmontable, présente également un effondrement de moyens d'adaptation à toute nouvelle situation sur le plan privé ou professionnel, d'où un pronostic très réservé.

Les difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ne représente pas une pathologie psychiatrique invalidante et ce diagnostic n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En présence d'une pathologie somatique qui explique les douleurs chroniques présentées par l'assurée, nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Par conséquent, sur le plan psychiatrique, notre assurée souffre d'une anxiété généralisée d'intensité sévère, greffée sur un trouble de la personnalité fruste, avec des traits narcissiques décompensés et la capacité de travail exigible est de 30% dans toute activité et ceci depuis 2005. Date de l'aggravation de son état.

Les limitations fonctionnelles somatiques sont les suivantes: aucun travail manuel quel qu'il soit, sollicitant le MSG de manière autre qu'occupationnelle.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques sont: psychorigidité, personnalité fruste, traits narcissiques décompensés, incapacité d'accepter la maladie et effondrement de moyens d'adaptation à toute nouvelle situation privée ou professionnelle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? 29.01.1998, selon les différents rapports médicaux résumés dans le rapport d'examen SMR du 27.06.2001.

Sur le plan psychiatrique, 70% depuis 2005, date de l'aggravation de l'état de l'assurée avec l'apparition d'une symptomatologie dépressive sévère actuellement en rémission et d'une symptomatologie anxieuse dans le cadre d'une anxiété généralisée d'intensité sévère, greffée sur un trouble de la personnalité décompensé.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Depuis lors, l'assurée n'a plus exercé d'activité professionnelle. Théoriquement, la capacité de travail retenue par la Dresse M. _____ suite à son examen fouillé du 27.06.2001, aurait pu être exigible, soit 0% dans l'activité habituelle mais 50% dans une activité adaptée. Depuis le mois de mars 2006, la situation est grandement compromise par la sévère atteinte post traumatique, indépendante du cancer du sein, du MSG (à ce propos, une ostéoporose mériterait d'être recherchée et, si nécessaire, traitée). Objectivement, aucune activité professionnelle sollicitant le MSG

n'est envisageable. On est ainsi confronté à la problématique d'une assurée gauchère dont le MSG dominant est de facto inutilisable; une activité ne sollicitant le MSD n'est possible que pour autant qu'elle soit légère et qu'elle ne requière pas d'agilité particulière et qu'elle ne soit effectivement que mono-manuelle, étant donné l'impotence du MSG qui ne peut même pas être vraiment utilisé comme appui. Vu la fragilité globale de l'assurée eu égard à sa situation oncologique et à une fragilité psychique, une activité professionnelle théoriquement possible au plan biomécanique, respectant donc les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus, n'est exigible qu'à 50% au maximum,

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 30% tout au plus dans toute activité et ceci depuis 2005, date de l'aggravation de son état.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est limitée par les atteintes à la santé somatique en présence qui sont bien documentées. L'importance des dites atteintes est évidemment incompatible avec l'activité professionnelle initiale de l'assurée mais n'est également compatible que de manière limitée avec une activité strictement adaptée.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée souffre d'une pathologie psychiatrique aggravée depuis 2005 et la capacité de travail exigible est de 30% dans toute activité.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0%.

Dans une activité adaptée: 30%.

Depuis: janvier 1998. Sur le plan psychiatrique, 30% depuis 2005, date de l'aggravation de son état."

Suite à une interpellation de l'OAI, l'ancien employeur de l'assurée a répondu le 9 mai 2007 que l'assurée aurait touché pour une activité à temps plein, en 1999, un salaire de 2'520 fr. brut, sans 13^e ni gratification, et, en 2005, un salaire de 3'055 fr. brut, sans 13^e ni gratification. Sur la base du revenu 1999, indexé à 2001, l'assurée aurait, selon une note interne de l'OAI du 20 septembre 2007, perçu un revenu annuel de 31'392 fr. (= 12 x 2'616 fr. [qui correspond au revenu 1999, de 2'520 fr., indexé aux prix de 2001]).

c) Dans un projet d'acceptation de rente du 8 octobre 2007, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 21 janvier 1998, de sorte que son droit à la rente était ouvert dès le 21 janvier 1999 - date à laquelle elle présentait un degré d'invalidité de 100%. La demande de rente ayant été déposée le 10 février 2000, soit plus de 12 mois après la naissance du droit y relatif,

l'assurée ne pouvait prétendre à l'allocation d'une rente qu'à partir du 10 février 1999 (12 mois avant le dépôt de la demande). L'OAI a en outre retenu que du 1^{er} juillet 2001 au 31 décembre 2004, l'assurée présentait un degré d'invalidité de 36%, lequel était insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente. Il a également reconnu que le degré d'invalidité de l'assurée était de 97% à partir du 1^{er} janvier 2005. Dans ces circonstances, il a proposé de lui octroyer, du 1^{er} janvier au 31 mars 2005, une rente basée sur un degré d'invalidité de 40% et, dès le 1^{er} avril 2005, une rente basée sur un degré d'invalidité de 97%.

Par acte du 18 octobre 2007, complété le 22 novembre 2007, l'assurée a fait opposition. Elle soutenait, en substance, que seul l'avis de ses médecins traitants avaient force probante, de sorte qu'il fallait reconnaître que sa capacité de travail était nulle depuis 1998 et qu'elle avait dès lors droit à une rente d'invalidité entière dès février 1999. Dans un avis médical du 5 mai 2008, précisé le 24 juillet 2008, le SMR a souligné que les médecins traitants ont attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité habituelle, le Dr H. _____ a estimé, en 2000, que la capacité de travail était de 25%. Dans ces circonstances, on ne pouvait, selon le SMR, affirmer que les médecins traitants considéraient que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.

Par décision du 31 octobre 2008, l'OAI a repris son projet de décision et décidé d'allouer à l'assurée, du 10 février 1999 au 30 septembre 2001, une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} janvier au 31 mars 2005, une rente basée sur un degré d'invalidité de 40% et, dès le 1^{er} avril 2005, une rente basée sur un degré d'invalidité de 97%. S'agissant de la période du 1^{er} octobre 2001 au 30 décembre 2004, l'OAI a retenu que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 36%, lequel étant inférieur au seuil retenu par la LAI ne donnait pas droit à une rente. L'OAI a établi le revenu sans invalidité sur la base du revenu qu'elle aurait pu obtenir selon son dernier employeur, soit en 2001 un revenu de 31'392 fr. et en 2005 un revenu de 36'660 fr. (= 12 x 3'055 fr.). S'agissant du revenu d'invalidité pour 2001, l'OAI s'est basé sur le salaire de référence

auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service), soit en 2000, un revenu mensuel de 3'658 fr., part au 13^e comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2000, TA1; niveau de qualification 4). Ce revenu adapté à un horaire de travail usuel et à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 établit le revenu annuel en 2001 à un montant de 47'018 fr. 10. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'OAI a retenu que l'assurée ne pouvait effectuer qu'une activité occupationnelle à un taux de 30%, de sorte que son revenu annuel d'invalidé se monte à 1'247 fr.

C. **a)** Par acte du 20 novembre 2008, Q. _____ a recouru contre cette décision. Elle conteste la validité du rapport d'expertise du 26 juin 2001 de la Dresse M. _____, qui, à son sens, ne résiste pas à l'avis des médecins traitants. Se fondant sur l'avis des ces derniers, dont, d'une part, celui du Dr H. _____ - qui établit son incapacité de travail à 75% depuis 1998 - ainsi que, d'autre part, celui des Drs K. _____ et N. _____ - qui estiment que son incapacité de travail est totale depuis 1998 -, elle soutient que son incapacité de travail est d'au moins 75% depuis 1998. Elle conteste par ailleurs les degrés d'invalidité retenus par l'OAI. Elle considère que le revenu réalisé dans le cadre de son activité habituelle était inférieur à la moyenne, de sorte que tant son revenu sans invalidité que celui d'invalidé doivent être déterminés sur la base des salaires des tables statistiques ESS. Compte tenu du parallélisme des revenus à comparer, son degré d'invalidité correspond à son incapacité de travail. Elle conclut à ce que la décision attaquée soit réformée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière.

b) Dans sa réponse du 9 mars 2009, l'OAI renvoie à la décision entreprise en ce qui concerne l'appréciation médicale, qu'elle confirme. S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé, il soutient que les correctifs admis par la jurisprudence ne trouvent application qu'exceptionnellement. Il faut, d'une part, que le dernier revenu réalisé soit nettement inférieur, en raison de facteurs étrangers à l'invalidité, au revenu moyen de la branche concernée et, d'autre part, que l'assuré ne se

soit pas délibérément contenté d'un tel salaire. L'OAI se fondant sur les recommandations salariales pour 2009 édictées d'entente entre l'Union maraîchère suisse (UMS) et le groupement d'intérêts pour les employés dans le secteur maraîcher (IVAG) ont établi le salaire minimal brut pour un employé sans CFC sans expérience professionnelle à 3'110 fr. Selon l'OAI, on ne pouvait dès lors considérer que le revenu réalisé par la recourante était nettement inférieur au revenu moyen de la branche concernée. Il préavise pour le rejet du recours.

c) Dans un second échange d'écritures les parties maintiennent leurs conclusions.

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 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. 56 s. 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, 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 qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), 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). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]).

2. 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 1, consid. 1.2; 127 V 466, consid. 1; 126 V 134, consid. 4b, et les références). 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 consécutives à la 4^e révision de cette loi (ATF 130 V 445; cf. également ATF 130 V 329). 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 343, consid. 3.4; TFA I 7/05 du 17 mai 2005, consid. 2; I 249/04 du 6 septembre 2004, consid. 4).

3. La recourante soutient que seul l'avis des médecins traitants, notamment en ce qui concerne sa capacité de travail, a valeur probante. Contestant la manière dont l'OAI a établi son degré d'invalidité – notamment le revenu sans invalidité retenu par cet office –, elle estime que celui-ci est de 100% depuis 1998.

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). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 28 al. 1 aLAI – teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004 [RO 1987 447] –, 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. Le droit à la rente naît lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40% a persisté pendant une année au minimum sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b aLAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 1ter aLAI).

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. L'assuré a droit à une rente s'il a notamment présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI).

Conformément à l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

b) Conformément à l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 aLAI), 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.

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

aa) Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 75, 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.

Les éventuelles réductions du salaire statistiques dépendent des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc).

bb) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

Par ailleurs, il est admis depuis longtemps que la perception d'une rémunération nettement inférieure aux salaires habituels du secteur d'activité considéré pour des raisons étrangères à l'invalidité (notamment, formation professionnelle insuffisante) doit être prise en considération dans la comparaison des revenus lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre et que l'on peut admettre que des qualifications insuffisantes empêchent de réaliser un salaire aussi élevé

que le revenu moyen déterminé (cf. TFA I 644/06 du 15 février 2007, consid. 5.1, et les références).

Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer. En pratique, celui-ci peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322). Lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidité situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu (ATF 135 V 58).

Lorsque le taux à partir duquel un revenu sans invalidité est inférieur à la moyenne d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne au sens de l'ATF 134 V 322, consid. 4, et il peut - si les autres conditions sont réalisées - justifier un parallélisme des revenus à comparer (cf. en particulier ATF 135 V 297, consid. 6.1.2). Ce parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297, consid. 6.1.3). Les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297, consid. 6.2).

c) 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; Pratique VSI 2002 p.64; TFA 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. Lorsque 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).

4. a) Selon la recourante, tous les médecins traitants s'accordent à attester une incapacité de travail totale. En réalité, on constate que le Dr H._____, dans son rapport du 5 mars 2000, atteste une exigibilité de 25% dans une activité adaptée en raison d'une diminution de la mobilité

du MSG et d'un lymphoedème. Son appréciation demeurait d'actualité en 2006, compte tenu du fait qu'il ne l'a pas révisée et a certifié que l'état de santé de l'assurée était, d'un point de vue gynécologique, stationnaire. Quant au Dr K._____, dans un rapport de février 2001, il s'estime dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, ne la connaissant pas suffisamment. Ce n'est que le 28 mars 2006, soit plus de 5 ans après son premier rapport, qu'il atteste une incapacité de travail totale dans l'activité exercée depuis non pas 2006, mais depuis le 21 janvier 1998 déjà, ce que l'OAI admet par ailleurs. En revanche, ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, émettant des doutes sur l'opportunité de mesures professionnelles en raison de facteurs extra-médicaux et d'un état dépressif. S'agissant du Dr N._____, il fait état d'un épisode dépressif résistant et de myalgies diffuses invalidantes dans un rapport du 17 mai 2006. Il semble considérer que la recourante ne serait pas apte à reprendre quelque activité que ce soit. Il précise cependant qu'il n'y a guère d'éléments objectifs suffisamment clairs pour l'octroi d'une rente. En outre, il semblerait que l'assurée ne bénéficiait pas d'un soutien psychiatrique. En ce qui concerne le Dr W._____, auquel l'assurée avait été adressée par le Dr N._____, il a également fait état d'une fibromyalgie dans un rapport du 8 novembre 2002. Il a en outre estimé que le contexte dépressif était probablement assez sévère. Il ne s'est cependant pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, notamment sur un éventuel caractère invalidant des atteintes à sa santé.

En ce qui concerne la Dresse M._____, médecin du SMR, elle a estimé compte tenu de l'œdème objectivement très limité et d'une diminution de la mobilité de l'épaule de 20° que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 50%. En revanche, dans son activité habituelle, la capacité de travail était nulle.

Selon l'examen pluridisciplinaire du SMR réalisé le 8 janvier 2007, l'assurée présente une incapacité totale dans l'ancienne activité depuis le 21 janvier 1998. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le SMR estime, dans un premier temps, qu'elle est de

50% depuis le 26 juin 2001 (rapport de la Dresse M._____ de cette même date) et, dans un second temps, soit dès 2005, de 30%. Cette péjoration de l'état de santé de la recourante ressort de l'anamnèse psychiatrique réalisée lors de cet examen pluridisciplinaire, laquelle a permis d'identifier une aggravation d'un état anxieux en 2005, justifiant une incapacité de travail de 70% dans toute activité. Enfin, le SMR a retenu que l'assurée a fait une chute en mars 2006 et s'est fracturée le poignet gauche (main dominante), avec des séquelles fonctionnelles importantes.

b) La capacité de travail dans l'activité habituelle n'est pas litigieuse, tous les intervenants médicaux admettent qu'elle est nulle depuis le 21 janvier 1998; avis auquel se rallie par ailleurs l'OAI. En revanche, s'agissant de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, on constate que le Dr H._____ estime qu'elle est de 25% depuis 2000 - ce qu'il a confirmé en 2006, en relevant un état dépressif -, le Dr K._____ renonce à se prononcer en raison de ses doutes quant à l'opportunité de la mise en œuvre de mesures professionnelles, le Dr N._____ semble considérer qu'elle est nulle et le Dr W._____ ne fait aucune évaluation en la matière. On constate ainsi que les médecins traitants ne sont pas unanimes, soit ils ne se prononcent pas en la matière - et, partant, n'ont dès lors pas examiner suffisamment en détails la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée -, soit leur avis diverge (25% pour le Dr H._____ - qui ne se prononce toutefois que d'un point de vue gynécologique - et 0% pour le Dr N._____). En ce qui concerne l'appréciation du Dr N._____, il la fonde sur l'intervention chirurgicale subie et les réactions psychologiques entraînées par cette dernière. Toutefois, il ne motive ni n'étaie en quoi ces atteintes seraient invalidantes au sens de l'AI. Il ne pose aucun diagnostic précis en la matière. Par ailleurs, de telles atteintes échappent à son domaine de spécialisation FMH. Paradoxalement, de son aveu même, il estime que la recourante ne présente aucun élément objectif clair justifiant l'octroi d'une rente d'invalidé entière. Dans ces circonstances, l'appréciation du Dr N._____, selon laquelle la recourante présenterait une incapacité totale de travail dans une activité adaptée, ne satisfait pas

les exigences jurisprudentielles relatives à la force probante et n'emporte au demeurant pas la conviction.

En revanche, le rapport bidisciplinaire du SMR de janvier 2007 comprend une anamnèse complète, des observations objectives, un résumé du dossier radiologique, des diagnostics avec référence à la classification internationale ainsi qu'une appréciation motivée et étayée du cas. Par ailleurs, l'examen est cohérent, fouillé, complet et sans contradictions. Il prend en outre en considération le rapport de la Dresse M. _____ établi en juin 2001 et a fait sienne l'appréciation de ce médecin. Dans ces circonstances, ce rapport remplit les exigences jurisprudentielles relatives à la force probante. Il l'emporte dès lors sur l'avis des médecins traitants, en particulier sur celui du Dr N. _____, qui n'apporte pas d'éléments sérieux permettant de mettre en doute les avis du SMR.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail totale depuis le 21 janvier 1998. Dans une activité adaptée, elle a présenté une capacité de travail de 50% depuis le 27 juin 2001 et, à partir du 1^{er} janvier 2005, elle est de 30%.

5. En principe, le revenu sans invalidité correspond à ce qu'aurait vraisemblablement touché l'assuré sans atteinte à la santé. Cela correspond en général au dernier salaire qu'a touché l'assuré, indexé à la date de la survenance (naissance du droit à une éventuelle rente). Le Tribunal fédéral a apporté certains correctifs permettant de s'écarter, dans des cas exceptionnels, de ce principe, notamment en cas de revenu sans invalidité particulièrement bas; ce que soutient la recourante et rappelle la jurisprudence qu'elle cite. Cela étant, ces correctifs ne doivent pas systématiquement être appliqués dès que le revenu sans invalidité est inférieur au revenu d'invalidité. Au contraire, il convient d'étudier chaque cas séparément afin de déterminer si ces correctifs doivent ou non être appliqués. Il ressort de la jurisprudence qu'une mise en parallèle des deux revenus doit être effectuée si deux conditions sont remplies. D'une part, il

faut que le dernier revenu réalisé par l'assuré soit nettement inférieur à la moyenne (un écart d'au moins 5% du salaire usuel dans la branche concernée), en raison de facteurs étrangers à l'invalidité. Il s'agit de la moyenne de la branche concernée. D'autre part, il faut que l'assuré ne s'en soit pas contenté délibérément. Il doit donc exister des indices concrets qui laissent supposer que, compte tenu des particularités de l'assuré, il aurait manifestement réalisé un revenu supérieur s'il en avait eu la possibilité.

En l'espèce, la recourante, sans formation, est arrivée en Suisse en 1997, à l'âge de 32 ans, et a exercé l'activité de maraîchère jusqu'en 1998, date de l'apparition de l'atteinte à la santé. Selon les renseignements de l'employeur, elle aurait touché un salaire mensuel de 2'616 fr. en 2001 et de 3'055 fr. en 2005.

Selon les recommandations salariales pour 2009 édictées d'entente entre l'UMS et l'IVAG, le salaire minimal brut pour un employé sans CFC et sans expérience professionnelle est de 3'110 fr. Selon les données statistiques ESS (secteur 1/horticulture/niveau de qualification 4/femme), le salaire moyen d'une femme travaillant dans l'horticulture se montait en 1998 à 3'152 fr. par mois, en 2004 à 2'732 fr. par mois, en 2006 à 2'682 fr. par mois et en 2008 à 2'711 fr. par mois. On constate dès lors que les données ESS comportent une grande variation à la hausse comme à la baisse d'une année à l'autre. Il ressort de la brochure de l'information professionnelle et sociale Info-Vaud 2004-2005, qui contient l'essentiel des Conventions Collectives de Travail en vigueur dans le canton de Vaud, que le salaire minimum s'élevait à 3'015 fr. par mois. Compte tenu de ces éléments et des probables indexations dues pour les années 2001 et 2005, les revenus que l'assurée aurait reçus en 2001 et 2005, savoir respectivement 2'616 fr. et 3'055 fr., sont conformes aux revenus de la branche concernée. Il n'y a dès lors pas lieu d'opérer un parallélisme des revenus tel que le soutient la recourante conformément à la jurisprudence précitée.

6. En l'espèce, la recourante a exercé une activité lucrative en Suisse depuis le mois de janvier 1997. Opérée d'un carcinome canalaire invasif au sein gauche, elle a été contrainte d'abandonner l'exercice de son métier dès le 21 janvier 1998. Depuis lors, elle n'a pas repris d'activité lucrative. Ce nonobstant, elle est demeurée assurée pendant une année après l'interruption de son travail, soit jusqu'au 21 janvier 1999 (voir par analogie TFA I 450/97 du 13 février 1998; I 306/95 du 20 juin 1996). Aussi la recourante était-elle encore assurée lors de la survenance de son invalidité et comptait une année entière au moins de cotisations.

Selon l'art. 48 al. 2 aLAI, lorsque l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

Pour des raisons de santé, la recourante présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 21 janvier 1998. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 aLAI. A l'échéance, de ce délai, soit au 21 janvier 1999, l'incapacité de travail présentée par la recourante était de 100% et son degré d'invalidité de 100%. Le droit à une rente était donc ouvert dès le 21 janvier 1999. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 10 février 2000, soit plus de douze mois après, les prestations ne peuvent être allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, soit dès le 10 février 1999 (art. 48 al. 2 aLAI).

7. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Conformément à l'al. 2 de ce même article, lorsque 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. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

Il ressort des pièces médicales au dossier que l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point d'envisager une reprise d'activité à un taux de 50% dès le 1^{er} juillet 2001 dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles (pas de travail en hauteur plus haut que les épaules, sans port de charges lourdes, fatigabilité).

Pour déterminer la perte économique résultant des problèmes de santé en 2001, il convient de comparer le revenu que l'assurée aurait pu réaliser dans son activité d'ouvrière agricole en bonne santé, soit 31'392 fr., avec le revenu auquel elle aurait pu prétendre dans une activité adaptée à un taux de 50%.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (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. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2000, 3'658 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures; La Vie économique, 10-2006, tableau B 9.2), ce

montant doit être porté à 3'822 fr. 61 (3'658 fr. x 41,8 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 45'871 fr. 32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2,5%; La Vie économique, 10-2006, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 47'018 fr. 10.

Attendu qu'on pouvait raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle exerce une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de 23'509 fr. 05 par année. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80, consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles et du permis de séjour, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié, soit 19'982 fr. 69. Le degré d'invalidité est ainsi de 36%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne plus droit à la rente. Le droit à la rente s'éteint.

Les pièces médicales et l'examen clinique rhumatopsychiatrique effectué au SMR le 8 janvier 2007 démontrent clairement une aggravation de l'état de santé dès le 1^{er} janvier 2005. Dès cette date, seule une activité de type occupationnelle est envisageable à un taux de 30%. Dans ce genre d'activité, elle pourrait prétendre à un revenu annuel de 1'247 fr. Ce revenu doit être comparé avec le revenu qu'elle aurait pu réaliser en 2005 dans son ancienne activité d'ouvrière agricole, soit 36'660 fr. Le préjudice atteint donc 97%. Il y a donc lieu de fixer un nouveau délai d'attente dès le 1^{er} janvier 2005.

Selon la jurisprudence, la rente octroyée (rente entière, trois quarts de rente, demi-rente ou quart de rente) est déterminée en fonction

du taux de l'incapacité de travail existant pendant le délai d'attente et de l'incapacité de gain résiduelle une fois ce délai écoulé (ATF 121 V 264). Par exemple, une rente entière ne peut être octroyée que si l'incapacité de travail moyenne a été de $66\frac{2}{3}\%$ au moins (70% au moins dès le 1^{er} janvier 2004), pendant l'année qui précède, et qu'il subsiste encore une incapacité de gain atteignant pour le moins ce même niveau. L'incapacité de travail moyenne durant le délai d'attente étant de 40% seulement, seul le droit à un quart de rente peut être reconnu à l'échéance de ce délai.

Le droit à la rente étant ouvert dès que l'assuré présente un degré d'invalidité de 40%, il faut procéder au calcul de l'invalidité moyenne sur une année en prenant en considération le taux d'invalidité avant et après l'aggravation.

Compte tenu de 340 jours d'incapacité de travail à 39,58% et de 25 jours d'incapacité de travail à 97%, c'est au 1^{er} janvier 2005 que la recourante présente une incapacité de travail moyenne de 40% au moins durant une année. Le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 40% est donc ouvert.

A l'échéance et durant le délai de trois mois suivant l'aggravation de la santé, le degré d'invalidité de la recourante est demeuré inchangé. Par conséquent, il se justifie, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, d'allouer à la recourante, à partir du 1^{er} avril 2005, une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 97%.

En définitive, la recourante a droit au versement d'une rente basée sur un degré d'invalidité de:

- 100% pour la période du 10 février 1999 au 30 septembre 2001;
- 40% pour la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 mars 2005;
- 97% dès le 1^{er} avril 2005.

8. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, un émolument judiciaire, qui doit être arrêté à 250 fr., sera mis à la charge de la recourante, celle-ci succombant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours interjeté le 20 novembre 2008 par Q._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 31 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante Q._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Intégration Handicap, service juridique (pour Q. _____),
- 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: