

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 avril 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Chavannes-Renens, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1961, sans formation, travaillait depuis janvier 2002 en qualité d'ouvrière auprès de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ SA à Ecublens. Le 15 septembre 2006, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi de reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 12 octobre 2006, B.\_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assuré, sans atteinte à la santé, réaliserait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 un salaire de 19 fr. 50 de l'heure compte tenu d'un horaire de 42h30 de travail par semaine, plus une gratification annuelle de 1'000 fr., et qu'elle avait reçu 46'487 fr. 10 en 2004 et 41'131 fr. 15 en 2005. Un extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a également été versé au dossier.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne et médecin traitant de l'assurée. Le 15 octobre 2006, ce praticien a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome thoraco-lombaire depuis le 24 septembre 2005, d'asthme stabilisé, d'anémie compensée depuis 2003 et de surcharge psychogène anxio-dépressive. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 28 octobre 2005, indiqué que sa patiente pouvait travailler à 50% dans une activité légère et s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles, relevant que l'assurée avait des ressources intellectuelles limitées. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a également remis les pièces médicales suivantes à l'OAI:

- Un rapport du 24 avril 2006 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation à Lausanne, retenant que l'assurée se plaignait d'un syndrome douloureux thoraco-lombaire extensif invalidant, le plus souvent insomniant, sans reconnaissance d'un handicap

fonctionnel lors des divers examens conduits; la notion d'un état fébrile n'a pas été objectivée et le bilan radiologique n'a pas mis en évidence de syndrome inflammatoire. Compte tenu des échecs de tentatives de reprise du travail, ce médecin a retenu une incapacité de travail.

- Des documents radiologiques de l'institut d'imagerie médicale [...] à Lausanne, faisant suite à un RX de la colonne lombaire, sacro-iliaques et bassin, à une IRM lombaire et à un RX de la colonne dorsale.

Dans un formulaire de l'OAI rempli le 12 octobre 2006, l'assurée a déclaré que, sans invalidité, elle travaillerait à 100% en qualité d'ouvrière, en raison de nécessités financières.

Le dossier de l'assurée auprès de son assureur perte de gain a été produit. Y figurent notamment les documents suivants:

- Un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_ posant notamment les diagnostics de syndrome douloureux vertébral récurrent (sciatalgies gauches), d'importants troubles statiques, d'asthme compensé et d'anémie compensée, puis retenant une évolution possible vers un syndrome douloureux somatoforme. Ce médecin a douté de l'organicité de la pathologie, a émis un pronostic défavorable et a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 30 mars 2006.

- Un rapport médical intermédiaire du 25 avril 2006 du Dr X.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de dorso-lombalgies chroniques sans trouble irritatif neurogène, sans remaniement disco-vertébral, dans une constellation de troubles anxio-dépressif, de troubles de l'adaptation et de troubles somatoformes douloureux. Il a retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 30 mars 2006 et a exposé que l'assurée se plaignait d'un syndrome douloureux thoraco-lombaire extensif invalidant, le plus souvent insomniant, sans reconnaissance d'un handicap fonctionnel lors des divers examens conduits; la notion d'un état fébrile n'a pas été objectivée et le bilan radiologique n'a pas mis en évidence de syndrome inflammatoire.

- Une déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur, signée le 16 novembre 2005 par B.\_\_\_\_\_ SA, attestant de maladie, le début de l'incapacité étant fixé au 28 octobre 2005, dernier jour de travail.

- Un certificat médical du 30 octobre 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_ indiquant une incapacité de travail en raison de maladie depuis le 28 octobre 2005.

L'OAI s'est adressé au Dr X.\_\_\_\_\_, qui dans un rapport du 23 décembre 2006 a posé les diagnostics de troubles statiques (hypercyphose thoracique) et posturaux, de défaut de conscience corporelle, de troubles anxio-dépressifs, de troubles de l'adaptation et d'acroparesthésie MSG, l'incapacité de travail restant de 100% et l'état de santé étant stationnaire. Réitérant ses précédentes remarques, ce médecin a indiqué avoir introduit un traitement antidépresseur et a retenu un pronostic sombre vu le contexte général très intriqué et le manque de ressources évidentes, chez une migrante ne sachant ni lire ni écrire. Il a retenu que l'équilibre actuel ne permettait pas une reprise d'activité professionnelle, dans un contexte professionnel forcément contraignant vu son profil de formation élémentaire.

A la demande du Service médical régional AI (ci-après: SMR), l'assurée a été examinée par le centre d'expertise médicale de Nyon (CEMed) en date du 16 mai 2007. Dans leur expertise rhumatopsychiatrique du 5 juillet 2007, les Drs S.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et M.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité dépendante et, sur le plan psychique, une incapacité de travail respectivement une diminution de rendement de 50%. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Rappel de l'histoire médicale:

Madame K. \_\_\_\_\_ est une assurée d'origine marocaine, italienne par mariage, âgée de 45 ans, en Suisse depuis 1993. Elle ne travaille plus depuis octobre 2005 en raison de douleurs dorso-lombaires. A ce moment, elle travaillait depuis 4 ans dans une boulangerie industrielle et devait porter à de multiples reprises de lourdes charges de 25 Kg.

Elle a été prise en charge par le Dr X. \_\_\_\_\_ (médecine physique) et par son médecin traitant le Dr J. \_\_\_\_\_ (médecine générale). Ces deux médecins ont fait de multiples investigations qui n'ont pas mis en évidence de pathologie particulière au niveau de la colonne dorsale et lombaire. La recherche d'une spondylarthrite ankylosante a été faite et s'est avérée négative (radiographie + scintigraphie).

Les traitements d'anti-inflammatoire, de physiothérapie et même des infiltrations des articulaires postérieures n'ont pas permis d'améliorer la situation.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique Madame K. \_\_\_\_\_ se plaint toujours de douleurs lombaires basses au niveau du trapèze à gauche. Ses douleurs étant plus fortes le matin et en fin de nuit et occasionnellement une raideur d'une à deux heures le matin. Elle déclare également ne pas pouvoir s'occuper de son ménage, ni du repassage, de faire le minimum à la maison et de s'occuper uniquement des repas de ses deux enfants. Elle doit à multiples reprises se coucher la journée.

Elle souffre également d'un asthme, de migraines, de deux à quatre fois par mois et d'une anémie ferriprive qui est traitée par injection de fer.

Les examens radiologiques, la scintigraphie osseuse, les examens sanguins et l'examen clinique de ce jour ne permettent pas de poser de diagnostic précis, à part des lombalgies sur des troubles de la posture liés à une mauvaise statique et un relâchement de la sangle abdominale. L'examen rhumatologique de ce jour est parfaitement dans la norme.

Il est possible que les sollicitations articulaires puissent aggraver la symptomatologie, étant donné les troubles dégénératifs débutants, mais cela n'implique pas de diminution de capacité de travail.

La capacité de travail est donc de 100% dans l'ancienne activité et dans toute autre activité.

La question de l'éventuelle allergie à la farine n'a pas été investiguée. Si celle-ci devait exister, elle devrait être considérée comme une maladie professionnelle engageant la responsabilité de la SUVA.

Sur le plan psychique on se trouve en présence d'une assurée de 46 ans qui présente depuis une année et demi un syndrome douloureux chronique qui ne paraît pas étayé par une affection somatique avérée. Le tableau actuel sur le plan psychiatrique correspond à celui d'un Trouble somatoforme douloureux sévère, accompagné

d'un vécu dépressif et d'un sentiment de désarroi existentiel dans le cadre d'une situation conjugale très conflictuelle. Par ailleurs, cette symptomatologie s'est développée sur la base d'un Trouble de la personnalité tel que nous l'avons décrit. On parlera ici d'une Personnalité passive et dépendante selon les critères de la CIM-10.

A notre avis, cette association d'un Trouble de la personnalité et d'un Trouble somatoforme entrave sérieusement les capacités de l'assurée à reprendre une activité professionnelle. En raison de cette comorbidité nous estimerons à 50% l'incapacité de travail dans l'activité exercée précédemment.

Cependant, la situation ne paraît pas encore suffisamment fixée pour que l'on puisse se déterminer sur une éventuelle incapacité de travail à long terme chez cette assurée. Il faut considérer qu'un traitement psychiatrique a été mis en place depuis la fin de l'an passé seulement. Son psychiatre traitant - avec qui nous avons eu une communication téléphonique - était sur le point de modifier la médication antidépressive au moment de notre examen, passant de l'Efexor au Cymbalta, ce qui explique le taux sanguin en dessous de la fourchette thérapeutique. Il a l'impression qu'un certain mieux est observé avec cette nouvelle médication, surtout au niveau de l'intensité des céphalées.

Quoi qu'il en soit, il est à notre avis encore trop tôt pour juger de l'efficacité du traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique mis en place. Le pronostic nous paraît cependant réservé, surtout en raison des troubles de la personnalité. Ceux-ci risquent d'empêcher l'assurée d'agir pour se sortir éventuellement d'une situation conjugale douloureuse sans doute en lien avec la décompensation actuelle et sa chronification.

Il nous semblerait donc pertinent que les instances de l'AI reprennent contact avec le psychiatre traitant d'ici six mois environ pour faire avec lui le point sur la situation. En cas d'amélioration suffisante sur le plan psychiatrique, l'assurée pourrait reprendre une activité".

Le 21 mai 2007 a été versé au dossier un rapport du 13 septembre 2006 du Dr R. \_\_\_\_\_, neurologue FMH à Lausanne, retenant les diagnostics d'acroparesthésies du membre supérieur gauche dans le cadre de cervico-scapulalgie et rachialgie diffuse (pas de signe neurologique d'une atteinte périphérique ni centrale), d'état anxio-dépressif et de migraine sans aura. Ce médecin a retenu qu'un examen électroneuromyographique (ENMG) du membre supérieur gauche était normal, en particulier qu'il n'y avait pas de signe d'une neuropathie focale ni d'éléments pour une radiculopathie.

A également été versé au dossier un rapport du 31 mars 2003 de l'institut d'imagerie médicale [...] à Lausanne, faisant suite à un RX au thorax, face/profil debout.

Dans un rapport d'examen du 20 août 2007 du Dr G.\_\_\_\_\_, le SMR a retenu l'atteinte principale à la santé de syndrome douloureux somatoforme persistant chez une personnalité dépendante et une capacité de travail exigible de 100% avec un rendement de 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a requis d'interpeller la Dresse F.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à Lausanne et psychiatre traitant, en raison d'un changement de médication antidépressive.

En date du 4 juillet 2008, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles somatoformes et de difficultés dans les rapports avec le conjoint. Elle a constaté notamment une humeur déprimée, une vision pessimiste de l'avenir, des problèmes de sommeil et de mémoire, des vertiges ainsi qu'un discours de l'assurée tournant autour de ses douleurs et de ses difficultés conjugales. Se prononçant également au sujet du traitement médicamenteux (actuellement Cymbalta, auparavant Rémeron et Efexor n'ayant pas été supportés), elle a retenu qu'une capacité de travail pouvait être estimée à 50% dans une activité sans charges lourdes et sans stress dès l'atténuation des douleurs.

Dans un projet d'acceptation de rente du 6 août 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 49% dès le 28 octobre 2006, soit à un quart de rente. Il a retenu que l'assurée faisait état d'une incapacité de travail sans interruption depuis le 28 octobre 2005 et qu'après un délai d'un an elle présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée ne nécessitant pas de qualification particulière. Sur la base d'un salaire annuel de 50'277 fr. 69 en 2006 dans des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), d'un taux de capacité de travail de 50% et d'un abattement de 10% découlant des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'OAI a retenu un revenu d'invalidité de 22'624 fr. 95. Par comparaison avec un salaire sans invalidité

de 44'061 fr. 85, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 49%. Il a aussi retenu que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière étant à portée de l'assurée.

Par décision du 27 octobre 2008, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2006, se référant aux mêmes motifs que ceux de son projet d'acceptation de rente.

Dans un rapport du 4 novembre 2008, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne, a retenu que l'assurée déclarait avoir été bousculée par un véhicule ayant provoqué sa chute sur les fesses, sans choc à la tête ni perte de connaissance. Elle a notamment retenu la plainte de douleurs diffuses, notamment aux niveaux lombaires, une douleur en décharge électrique au niveau cervical lors du choc, et une migraine latéralisée à gauche.

**B.** Par acte du 26 novembre 2008 de son mandataire, l'assurée fait recours au Tribunal des assurances et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière à compter du 28 octobre 2006, subsidiairement à la réforme de cette décision et à l'octroi d'une demi-rente à compter du 28 octobre 2006, plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Comme mesure d'instruction, elle requiert en cas de besoin la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire pour évaluer sa capacité de gain.

Se prévalant des remarques du Dr J.\_\_\_\_\_, elle soutient que son taux d'incapacité de travail est supérieur à 50%, se réservant sur cette question le droit de déposer de nouvelles pièces médicales. Compte tenu de ses troubles tant somatiques que psychiques, de ses faibles capacités sociales et intellectuelles ainsi que du fait qu'elle ne sait ni lire ni écrire et ne parle pratiquement pas le français, elle se prévaut d'un abattement de 20% au moins du revenu d'invalidité. Au vu de ses faibles

capacités, elle conteste que son revenu d'invalidé, qu'elle considère comme étant trop élevé, soit déterminé selon un revenu moyen ressortant de l'ESS. A l'appui de son recours, l'assurée dépose en particulier les pièces médicales suivantes:

- Un certificat médical du 13 août 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de syndrome douloureux vertébral chronique, de migraines et d'asthme, puis une évolution vers un syndrome douloureux somatoforme. Ce médecin a mentionné qu'un essai de reprise en avril 2006 s'était soldé par un échec.

- Un rapport médical intermédiaire du 26 mars 2007 du Dr J.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de syndrome douloureux thoracolumbaire, de surcharge psychogène anxio-dépressive, d'asthme allergique stabilisé, d'anémie hypochrome compensée et de migraine, puis posant un pronostic défavorable. Il a précisé notamment que l'assurée pouvait exercer une autre activité sans travaux lourds, sans position en porte-à-faux, ni exigeant des capacités intellectuelles.

Le 4 mars 2009, la recourante se réfère à un rapport du 3 mars 2009 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, qui n'a pas été produit, attestant selon elle notamment d'une capacité de travail exigible de 40% dans une activité adaptée. Un courrier du 9 mars 2009 du juge instructeur invitant la recourante à remettre ce document avec sa réplique est resté sans effet.

**C.** Dans sa réponse du 10 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Compte tenu de l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, des experts du CEMed et du SMR, il relève que la capacité de travail de l'assurée est de 50% dans une activité adaptée. Il explique ensuite que le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé résulte de l'âge de l'intéressée (47 ans), de son statut en Suisse (nationalité italienne avec un permis d'établissement) et du fait que ses limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans sa diminution de rendement de 50%. Quant à la détermination du revenu d'invalidé, il relève que la référence aux données statistiques de l'ESS est une pratique courante autorisée par la jurisprudence.

Dans sa réplique du 27 avril 2009, la recourante fait valoir que l'OAI ne tient pas compte de l'avis de la Dresse F.\_\_\_\_\_, selon lequel la capacité de travail est fixée à 40%. Elle conteste à nouveau la détermination par l'OAI de son revenu d'invalidé, reprenant plus développant ses précédents arguments.

Le 20 mai 2009, l'OAI déclare confirmer ses précédentes écritures.

### **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'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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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<sup>er</sup> janvier 2009, 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 applicable dans le cas présent. 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) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une rente d'invalidité.

**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 vérifiera 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**3. 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<sup>er</sup> 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. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il

convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

**d)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1).

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; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction

de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1), publiées par l'Office fédéral de la statistique.

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 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2; 134 V 322 consid. 6.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction précédente a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2; TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.1).

**4.** En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'intimé ayant reconnu le droit à un quart de rente à compter d'octobre 2006 alors que la recourante réclame, à partir du 28 octobre 2006, l'octroi d'une rente entière, subsidiairement d'une demi-rente.

De l'avis de son médecin traitant, l'assurée présente les atteintes de syndrome thoraco-lombaire depuis le 24 septembre 2005, d'asthme stabilisé, d'anémie compensée depuis 2003 et de surcharge

psychogène anxio-dépressive (rapport du 15 octobre 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_). Sur le plan somatique, différents examens (notamment radiologiques, IRM et neurologiques) ont été effectués, ne permettant pas d'objectiver l'origine des douleurs ressenties par l'assurée.

Dans leur expertise rhumato-psychiatrique du 5 juillet 2007, les Drs S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, du CEMed, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité dépendante et, en raison des atteintes psychiques, une incapacité de travail de 50%. Sur le plan somatique, ils ont relevé que l'assurée souffrait de douleurs lombaires basses au niveau du trapèze à gauche, d'asthme, de migraines et d'anémie ferriprive traitée; l'examen rhumatologique était parfaitement dans la norme et une capacité de travail de 100% a été retenue, dans l'ancienne activité et dans toute autre activité, sans que la question d'une éventuelle allergie à la farine n'ait été investiguée. Sur le plan psychique, les experts ont retenu que le tableau clinique de l'assurée correspondait à celui d'un trouble somatoforme douloureux sévère, développé sur la base d'un trouble de la personnalité, l'incapacité de travail étant de 50%. Les experts ont relevé que la situation n'était pas encore suffisamment fixée pour se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail à long terme et il ont proposé de prendre contact avec le psychiatre traitant d'ici six mois environ, relevant la possibilité pour l'assurée de reprendre une activité en cas d'amélioration suffisante sur le plan psychiatrique. Les conclusions des experts ont été reprises par le médecin du SMR, le 20 août 2007.

Les rapports médicaux produits par la recourante et sur lesquels se fonde la recourante sont antérieurs à l'expertise du CEMed et ne mettent pas en évidence d'éléments objectifs ayant été omis par les experts. Dans leur rapport du 5 juillet 2007, ces derniers se sont basés sur des examens somatiques et psychiatriques complets ainsi qu'en toute connaissance des documents, en particulier radiologiques, figurant au dossier. Sur le plan psychique, ils ont retenu une incapacité de travail de 50% tout en retenant que la situation n'était pas encore stabilisée, requérant dans un délai d'environ six mois l'avis du psychiatre traitant.

Dûment interpellée, la Dresse F.\_\_\_\_\_, en date du 4 juillet 2008, a alors retenu une capacité de travail de 50% dans une activité sans charges lourdes et sans stress dès l'atténuation des douleurs.

Le 4 mars 2009, la recourante s'est référée à un rapport du 3 mars 2009 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, attestant selon elle notamment d'une capacité de travail exigible de 40% dans une activité adaptée, qui n'a pas été produit malgré un courrier en ce sens du 9 mars 2009 du juge instructeur. Dûment avertie, la recourante ne s'est donc pas entièrement conformée à son obligation de collaborer à l'instruction de la cause (art. 61 let. c LPGA et art. 30 LPA-VD). Dès lors, on ne tiendra pas compte de ce rapport médical qui, rendu le 3 mars 2009, ne peut que difficilement se rapporter à la situation de fait jusqu'au moment déterminant de la décision attaquée, datée du 27 octobre 2008.

Dès lors, compte tenu de l'avis des experts et du psychiatre traitant, il faut considérer que la situation, stabilisée sur le plan médical, permet de retenir tant sur les plans somatique que psychique, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Le dossier est complet sur le plan médical, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**5. a)** Sur le plan économique, la recourante conteste la fixation de son revenu d'invalidé selon l'ESS. Le recours aux données statistiques salariales est cependant une pratique parfaitement conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1). Dès lors que les données ressortant de l'ESS recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives, on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré (TF I 112/06 du 16 août 2007; TF I 111/06 du 19 avril 2007; TF I 372/06 du 25 janvier 2007; TF I 700/05 du 12 janvier 2007). Du reste, on ne voit pas en quoi l'exercice d'activités simples et répétitives, ne nécessitant aucune formation, ne serait pas accessible à la recourante, malgré ses faibles capacités intellectuelles et sa mauvaise maîtrise du français.

**b)** S'agissant de l'abattement du revenu d'invalidé, l'OAI a expliqué, dans sa réponse du 10 mars 2009, que le taux de 10% résultait de l'âge de l'intéressée (47 ans), de son statut en Suisse (nationalité italienne avec un permis d'établissement) et du fait que ses limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans sa diminution de rendement de 50%. Toutefois, ce dernier argument n'est pas décisif (TF 9C\_909/2007 du 22 juillet 2008 consid. 4.2). De plus, si la recourante bénéficie d'un permis d'établissement, c'est uniquement par mariage. Agée de 46 ans au moment de la décision attaquée, elle est restée dans son pays d'origine (le Maroc) jusqu'à 32 ans, n'a pas de formation et a un parcours professionnel limité. Dès lors, on se basera sur un abattement de 15% du revenu d'invalidé.

Compte tenu d'un salaire statistique de 50'277 fr. 69 dans des activités simples et répétitives en 2006 selon l'ESS (TF 9C\_673/2009 du 14 avril 2010 consid. 6.3), d'un taux de capacité de travail de 50% retenu par les experts du CEMed et d'un abattement de 15%, le revenu d'invalidé est de 21'368 fr. 02. Par comparaison avec un revenu sans invalidité, non contesté, de 44'061 fr. 85, il en résulte un degré d'invalidité de 51.50%. La recourante présentant une atteinte durable à sa santé depuis le 28

octobre 2005, elle a donc droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006, soit après un délai de carence d'une année (art. 28 LAI).

**6.** Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée, rendue par l'OAI le 27 octobre 2008, doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2006.

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'y a toutefois pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD). La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA) dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 27 octobre 2008 est réformée en ce sens que la recourante K.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2006.
- III.** Il est statué sans frais.
- IV.** Une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs), à verser en faveur de la recourante K.\_\_\_\_\_, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne (pour K. \_\_\_\_\_)
- 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 :