

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 août 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM Bidiville et Zbinden  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à La Tour-de-Peilz, recourante, représentée par Me Christophe Tafelmacher, avocat à Lausanne,

et

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

---

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

## **E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_, née en 1945, a travaillé depuis 1985 comme ouvrière dans une fabrique de cartonnages (K.\_\_\_\_ SA). Après avoir subi un premier accident en 1994, qui a entraîné des lésions à la main droite et différentes périodes d'incapacité de travail, elle a été victime d'un second accident affectant sa main gauche, le 3 juillet 2002, qui l'a empêchée de travailler jusqu'au 17 novembre 2002. Elle a repris son activité à mi-temps du 18 novembre 2002 jusqu'au début de l'année 2004. En arrêt complet de travail à partir du 4 mars 2004, elle n'a plus retravaillé depuis lors et les rapports de travail ont pris fin le 30 juin 2004.

Entre-temps, le 31 mars 2003, G.\_\_\_\_\_ a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) a pris des renseignements économiques et médicaux avant de nier, par une décision du 16 novembre 2005, le droit de l'assurée à une rente, au motif que le taux d'invalidité (de 19 % - en fonction d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée) était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation. Contestant cette décision, l'intéressée a produit des rapports médicaux des Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale (du 13 mars 2006), V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main (du 3 avril 2006), et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie (du 12 avril 2006), qu'elle avait tous trois consultés à différentes reprises. Le 2 mai 2007, l'Office AI a rejeté l'opposition de G.\_\_\_\_\_.

L'assurée a recouru contre la décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, qui a rejeté le recours par un jugement du 8 avril 2008 (cause AI 225/07 - 121/2008).

**B.** G.\_\_\_\_\_ a formé un recours en matière de droit public à l'encontre du jugement du Tribunal des assurances. La IIe Cour de droit social a admis le recours par un arrêt rendu le 14 novembre 2008 (arrêt 9C\_434/2008). Elle a en conséquence annulé le jugement attaqué ainsi que la décision sur opposition de l'Office AI, et a renvoyé la cause à ce dernier pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Les considérants de l'arrêt du Tribunal fédéral comportent les passages suivants :

"2.

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité qu'elle présente. [...] On précisera que les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision [...].

3.

3.1 Constatant que les docteurs H.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ s'accordaient à reconnaître à la recourante une capacité de travail de 50 % dans son ancienne activité, la juridiction cantonale a considéré que l'avis du troisième médecin revêtait une force probante particulière, dès lors que le docteur V.\_\_\_\_\_ était spécialiste de la main. Partant, les premiers juges ont suivi l'appréciation de ce médecin, selon laquelle la recourante pouvait exercer à 70 % toute activité qui solliciterait moins ses mains (travaux légers et dépourvus de préhension fine), en retenant qu'elle n'était infirmée par aucune opinion contraire, ni contredite par une autre pièce au dossier. Ils ont par ailleurs constaté que les troubles dorso-lombaires et les gonalgies étaient « sans effet » dans un emploi sédentaire, en particulier assis, tandis que les céphalées n'avaient pas d'effet invalidant en elles-mêmes.

3.2 Pour retenir une capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée, la juridiction cantonale s'est exclusivement fondée sur le rapport du docteur V.\_\_\_\_\_ du 22 août 2003 (dont la teneur a été confirmée dans un rapport du 3 avril 2006). Diagnostiquant différentes atteintes aux mains gauche et droite (neuropathie sensitive post-traumatique du nerf médian G, arthrose trapézo-métacarpienne G et D, arthrose MP et IP du pouce G, altération dégénérative MP des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> rayons de la main D et IP du pouce et IPD des doigts longs), le docteur V.\_\_\_\_\_ (que la recourante avait consulté pour une plaie à la main gauche ; cf. rapport du 3 avril 2006) s'est prononcé sur la situation au regard de ces seules atteintes et de leurs effets (perte de force, fatigabilité, manque de dextérité dans des manipulations nécessitant de la force en serrage, en pinch), en précisant qu'« une évaluation par un confrère rhumatologue pourrait être un complément utile ».

Sous cet angle, il ressort des avis des docteurs H.\_\_\_\_\_ (du 13 mars 2006) et K.\_\_\_\_\_ (du 12 avril 2006) que la recourante présente d'autres affections

ayant, selon ces médecins, des répercussions sur sa capacité de travail. Ainsi, les deux praticiens ont fait état, en plus des diagnostics relatifs aux mains, de douleurs des deux épaules sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs, de lombalgies chroniques sur troubles statiques (hypolordose lombaire, scoliose dorso-lombaire sinistro-convexe) et dégénératifs (discopathies L4-L5 et L5-S1 avec spondylose), de chondropathie rotulienne et gonarthrose débutante bilatérale, ainsi que de céphalées chroniques (dans le contexte de douleurs cervicogènes sur cervicarthrose et phénomènes ténomyogènes cervico-scapulaires). Le docteur H.\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante n'était plus capable du tout d'exercer son travail d'ouvrière dans une entreprise de cartonnage, alors qu'une capacité de travail de l'ordre de 50 % au maximum pouvait être envisagée dans une activité respectant les limitations décrites, telle celle d'hôtesse pour laquelle sa patiente ne présentait cependant aucune aptitude ou connaissance. De son côté, la doctoresse K.\_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée ne pouvait travailler à plus de 50 % dans son activité antérieure, pas plus que dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles dont elle avait fait mention dans un rapport du 21 octobre 2004.

3.3 A la lumière de ces constatations médicales, l'appréciation de la juridiction cantonale selon laquelle l'avis du docteur V.\_\_\_\_\_ n'est infirmé par aucune opinion contraire entre en contradiction avec les autres évaluations médicales au dossier. Ainsi, les avis des docteurs V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ne concordent ni sur la capacité de travail de la recourante dans son ancienne activité, ni sur la capacité de travail résiduelle : alors que la première est nulle d'après le docteur H.\_\_\_\_\_ et de 50 % pour le chirurgien, le docteur H.\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % au maximum, soit inférieure à celle retenue par le docteur V.\_\_\_\_\_ (« 6 heures par jour ») ; ce taux de 50 % est confirmé par la doctoresse K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 avril 2006. Ensuite, l'appréciation médicale sur laquelle se sont exclusivement fondés les premiers juges est incomplète, puisque l'examen du chirurgien s'est limité aux seules affections des mains, alors que les évaluations des docteurs H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont mis en évidence d'autres diagnostics avec répercussion sur la capacité (résiduelle) de travail de la recourante. A cet égard, le rapport du Service médical régional AI du 1<sup>er</sup> novembre 2004 n'apparaît pas non plus convaincant, dès lors qu'il reprend, dans une large mesure, les conclusions du docteur V.\_\_\_\_\_. Enfin, en considérant que ni les troubles dorso-lombaires, ni les gonalgies et les céphalées n'avaient « d'effet », les premiers juges ont procédé à des constatations d'ordre médical sans s'appuyer sur l'avis d'un spécialiste dans ce domaine, ce qui revient à une constatation manifestement inexacte des faits [...]. Une telle constatation est pour le surplus contredite par l'appréciation du docteur H.\_\_\_\_\_ relative à la capacité résiduelle de travail de la recourante (50 % au maximum), eu égard à l'ensemble des diagnostics posés (dont ceux mentionnés par la juridiction cantonale).

3.4 En conséquence de ce qui précède, c'est sur la base d'un état de fait incomplet et par une appréciation arbitraire de ceux-ci que la juridiction cantonale a constaté que la recourante serait capable d'exercer une activité adaptée à 70 %. Cela étant, comme le fait valoir à juste titre la recourante, il n'est pas possible de déterminer la mesure dans laquelle elle serait à même de travailler compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé, faute d'une expertise sur son état de santé global (les avis des médecins traitants ne pouvant en l'espèce pallier le défaut d'une telle évaluation). Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sous la forme d'une expertise médicale, éventuellement dans le cadre d'un examen pluridisciplinaire.

A ce stade, il n'y a pas lieu de se prononcer sur les griefs de la recourante relatifs au revenu avant invalidité retenu par les premiers juges et l'abattement opéré sur le revenu d'invalidité. La fixation des revenus avant et après invalidité et la question d'un éventuel abattement sur le salaire d'invalidité calculé selon les données statistiques de l'Enquête suisse sur les salaires sont des points qui ne peuvent être tranchés qu'après que la capacité de travail (résiduelle) a été déterminée à satisfaction de droit. On précisera cependant qu'au vu du revenu avant invalidité retenu par la juridiction cantonale à la suite de l'intimé, celui-ci devra, pour la comparaison des revenus, examiner le cas échéant si l'assurée réalisait avant la survenance de l'invalidité un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et si elle désirait s'en contenter délibérément. En fonction de cet examen, il conviendra éventuellement d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer conformément aux principes posés par la jurisprudence [...]."

Après l'arrêt du Tribunal fédéral, le Tribunal des assurances a statué à nouveau sur les frais et dépens de la procédure de recours (jugement AI 600/08 du 3 décembre 2008).

**C.** L'Office AI a repris l'instruction et a demandé un avis au Service médical régional (ci-après : SMR). Le 26 janvier 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a préconisé une expertise rhumatologique, car le problème était "essentiellement ostéoarticulaire" de sorte qu'il n'y avait "pas la nécessité d'une expertise qui touche un autre domaine qu'osseux et musculaire". L'expertise a été confiée au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 24 mars 2009 et il a déposé son rapport le 26 mars 2009. Il a retenu les diagnostics suivants (avec répercussion sur la capacité de travail) :

"Rhizarthrose bilatérale avec arthrose nodulaire des doigts (Heberden)  
Arthrose radio-carpienne bilatérale  
Cervico-lombalgies chroniques aspécifiques  
o Discopathie L5-S1 et discopathies C5-C6 et C6-C7  
o Spondylose cervicale et lombaire modérée  
Gonalgies bilatérales dans le cadre d'une gonarthrose débutante  
Omalgies bilatérales dans le contexte d'une tendinopathie chronique du sus-épineux des deux côtés avec conflit antéro-supérieur bilatéral."

Dans le chapitre "appréciation du cas et pronostic", il a notamment exposé ce qui suit :

"L'examen clinique démontre une assurée collaborante, tant durant son audition que lors de l'examen clinique. L'assurée est en bon état général, elle fait plus jeune que son âge. L'examen global de médecine interne paraît

physiologique. Pour ce qui est de l'examen ostéo-articulaire, au niveau du rachis : on constate actuellement un léger syndrome lombovertébral avec quelques discrètes contractures des muscles paravertébraux lombaires, enfin la mobilité paraît encore tout à fait satisfaisante pour une assurée âgée de 64 ans. La mobilité cervicale est également normale, il n'y a pas de syndrome rachidien au niveau cervical actuellement. Enfin pour ce qui est du squelette périphérique, les points de fibromyalgie sont absents, on ne constate pas d'arthrite ou de ténosynovite, hormis au niveau des épaules où l'on constate des signes de conflits sous-acromiaux (antéro-supérieur) avec limitations de l'abduction et de l'antépulsion, avec une mobilité passive qui est normale. Enfin au niveau des mains et des poignets, on constate essentiellement des troubles dégénératifs encore relativement modestes sous forme d'une rhizarthrose bilatérale à l'examen clinique parallèlement à des nodosités d'Heberden au niveau des doigts D2 et D3 des deux côtés. Sinon la mobilité des doigts est normale, sans déformation manifeste par ailleurs. L'examen clinique des genoux est également banal avec juste une légère restriction de la flexion bilatérale, il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire, pas de signe d'instabilité ligamentaire, aucun signes méniscaux. L'examen des pieds démontre essentiellement des pieds creux de stade I avec des hallux valgus bilatéraux. Le status neurologique peut être considéré comme normal hormis une légère hypoesthésie dans le territoire du nerf médian du côté gauche, vraisemblablement séquellaire à la section partielle accidentelle de 2002.

Les examens complémentaires radiologiques qui ont été réalisés auprès de l'assurée et ceux qui ont été complétés lors de l'expertise démontrent principalement des troubles dégénératifs multifocaux qui permettent de retenir un diagnostic de « poly-arthrose », dont l'expression radiologique est cependant compatible avec l'âge de l'assurée. Il y a notamment une arthrose au niveau des mains (radiocarpiales, interphalangiennes distales, rhizarthrose), une gonarthrose bilatérale débutante, en présence de trouble dégénératif rachidien au niveau cervical et lombaire et au niveau des épaules, qui sont également peu prononcés et compatibles avec l'âge de l'assurée. Qui plus est les radiographies des épaules objectivent des signes indirects de tendinopathie des muscles sus-épineux, qui sont vraisemblablement chroniques compte tenu de l'existence d'une sclérose au niveau du trochiter et d'une élévation des deux têtes humérales des deux côtés.

Sur la base des constatations objectives de l'examen clinique, on peut donc retenir l'absence de fibromyalgie, diagnostic qui avait été évoqué par divers confrères. On peut estimer qu'il y a tout de même une certaine discordance entre l'intensité des douleurs alléguées par Mme G.\_\_\_\_\_ et les constatations objectives cliniques et radiologiques en particulier au niveau des mains chez une assurée qui ne présente actuellement pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire tel qu'une polyarthrite rhumatoïde ou une connectivite. Un syndrome d'amplification des symptômes pourrait être évoqué compte tenu de cette discordance entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives, discordance qui avait aussi été évoquée par la Dresse K.\_\_\_\_\_ à l'occasion de son rapport de consultation du 23 septembre 2002. En prenant en compte les éléments pathologiques objectifs ostéo-articulaires (clinique et radiologique) de Mme G.\_\_\_\_\_. On peut estimer une capacité de travail résiduelle de 40% dans son ancienne activité d'ouvrière en usine de cartonnages."

L'expert a ensuite précisé l'influence des troubles sur la capacité de travail en donnant notamment ces indications :

"I. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

Du point de vue physique, on peut estimer que l'assurée a des limitations fonctionnelles suivantes : limitations dans sa capacité de porter, soulever des charges de plus de 10 kg notamment au-dessus de l'horizontale et de manière répétitive, limitations fonctionnelles dans sa capacité de faire des préhensions d'objets fins ou de manipulations nécessitant une grande dextérité, limitations dans sa capacité de monter et descendre les escaliers, enfin restriction dans sa capacité de demeurer debout ou assise pendant une période de plus de 60 min. Ces limitations fonctionnelles conduisent à une incapacité de travail de 40 % dans son travail habituel.

Du point de vue psychique, je ne suis bien entendu pas compétent à statuer quant à des limitations fonctionnelles.

[...]

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui, mais à un taux maximal de 40 % en tenant compte d'une baisse du rendement.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Oui, elle a déjà été intégrée dans l'estimation de sa capacité de travail.

2.5 Depuis quand au point de vue médical y-a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis le mois d'octobre 2001.

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

L'incapacité de travail est restée globalement inchangée depuis sa diminution survenue en octobre 2001. Enfin les différentes atteintes tant au niveau des épaules, des mains, des genoux, ainsi qu'au niveau du rachis, sont restées globalement inchangées depuis 2001. Tout au plus, on peut estimer une diminution de cette capacité de travail lors de 10 % depuis 2001 principalement en raison du phénomène de vieillissement physiologique."

Dans un avis du 22 avril 2009, le SMR a résumé ainsi l'expertise, en s'y ralliant :

"Confirmation d'une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité et de 70 % dans une activité adaptée.

Compte tenu du vieillissement et de l'aggravation de l'atteinte arthrosique au niveau des mains et genoux, l'expert retient une diminution de la capacité de travail de 10 % dans l'activité antérieure effective au moment de l'expertise (mars 2009).

La capacité de travail dans une activité adaptée n'est désormais plus que de 40 %, mais reste à 70 % dans une activité adaptée."

**D.** Le 9 juin 2009, l'Office AI a communiqué à l'assurée un préavis de refus de rente d'invalidité. A propos de l'état de santé, il s'est référé à l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ et a retenu ceci :

"Notre position sur ce point exprimée dans la décision du 16 novembre 2005 se doit par conséquent être confirmée, à savoir que nous reconnaissons une incapacité de travail depuis le 4 juillet 2002 (début du délai d'attente d'un an) dans votre activité d'auxiliaire auprès de K. \_\_\_\_\_ SA. Et que vous conservez depuis juillet 2002 une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes ; limitations dans la capacité de porter - soulever des charges de plus de 10 kg notamment au-dessus de l'horizontale et de manière répétitive, limitations fonctionnelles dans la capacité de faire des préhensions d'objets fins ou de manipulations nécessitant une grande dextérité, limitations dans la capacité de monter et descendre les escaliers, restriction dans la capacité de demeurer debout ou assise pendant une période de plus de 60 minutes."

S'agissant du préjudice économique (comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), l'Office AI a considéré ce qui suit à propos du revenu sans invalidité :

"Pour déterminer les salaires usuels de la branche nous pouvons nous référer à la convention collective de travail (CCT) en vigueur dans le domaine de l'imprimerie et art graphique qui couvre le travail d'usine dans une imprimerie de cartonnage. Selon Info Vaud 2002 p. 74, un travailleur non qualifié dans ce domaine aurait pu gagner, en 2002 et après 4 années d'activité, CHF 3'100.00 mensuel versés 13 x l'an. Dans la mesure où vous perceviez un salaire de CHF 2'900.00 en 13 mensualités, il convient de constater que le revenu effectivement réalisé était d'environ 6.5 % inférieur aux salaires usuels de la branche. Ce taux pourrait faire qualifier ce revenu de nettement inférieur aux salaires usuels de la branche justifiant une parallélisation des revenus.

Il n'y a cependant pas lieu d'appliquer la jurisprudence relative à la parallélisation des revenus dans votre situation. En effet, comme nous l'avions soutenu précédemment, avis par ailleurs confirmé par les premiers juges, il n'y a pas de circonstances et d'indices permettant de supposer que vous ne vous seriez pas contentée d'un salaire plus modeste que celui auquel vous auriez pu prétendre.

Nous relevons en particulier que vous avez travaillé pendant près de 20 ans pour votre dernier employeur (v. également I 644/04 où le TFA avait estimé que cette jurisprudence ne s'appliquait pas pour un assuré ayant travaillé pendant près de 15 ans pour son dernier employeur) de sorte que nous pouvons considérer que vous vous êtes délibérément contentée du modeste revenu perçu. A ce propos, aucun élément du dossier ne nous permettrait de soutenir que vous ne disposeriez pas des facultés et capacités suffisantes pour prétendre réaliser un salaire plus élevé.

Au regard de ce qui précède, nous ne pouvons nous écarter du revenu effectivement perçu pour déterminer le revenu sans invalidité. Il s'ensuit que nous retenons que sans atteinte à la santé vous auriez pu percevoir un revenu de CHF 37'713.00."

Le revenu d'invalidé, compte tenu d'une capacité de travail de 70 %, a été déterminé sur la base des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 (salaire auquel peuvent prétendre les

femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, production et services, soit 3'820 fr. par mois, pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures [TA 1, niveau de qualification 4]). En fonction de la durée moyenne du travail et de l'évolution des salaires nominaux, l'Office AI a fixé à 48'457 fr. le revenu annuel d'invalidé à 100 % en 2003, année d'ouverture du droit à la rente, ce qui correspond à 33'920 fr. pour une activité à 70 %. Un abattement de 10 %, pour les empêchements propres à la personne de l'assurée, a été effectué. Le revenu d'invalidé est en définitive de 30'528 fr.

Le degré d'invalidité, calculé à partir de la différence entre le revenu sans invalidité (37'713 fr.) et le revenu d'invalidé (30'528 fr.), est ainsi de 19 %. Il est donc inférieur au seuil de 40 % pour l'octroi d'une rente d'invalidité.

**E.** L'assurée a fait part à l'Office AI de ses objections. Elle a notamment déploré qu'il n'y ait pas eu d'examen médical "véritablement pluridisciplinaire", en l'absence d'expertise complémentaire sur le plan psychique. Elle a aussi critiqué la détermination du revenu sans invalidité - en faisant valoir qu'elle ne s'était pas contentée "fautivement" d'un salaire modeste - et du revenu d'invalidé. L'assurée a par ailleurs fait le 13 octobre 2009 une liste de ses limitations fonctionnelles, après avoir observé durant un mois ses capacités physiques ; elle en a conclu que l'estimation de l'expert quant à sa capacité à rester assise durant 60 minutes et à soulever une charge allant jusqu'à 10 kg à l'horizontale ne correspondait pas à la réalité des faits. Son médecin traitant, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (successeur du Dr H.\_\_\_\_\_, fonctionnant comme généraliste - cf. expertise du Dr J.\_\_\_\_\_, p. 6), a écrit ce qui suit à l'Office AI le 10 juillet 2009 :

"J'ai repris le cas du Dr H.\_\_\_\_\_ à partir de mai 2008. Comme diagnostics on relève des troubles dégénératifs multiples ainsi qu'une fibromyalgie rendant sa capacité de travail inférieure à celle mentionnée par les rhumatologues. La composante psychiatrique n'a jamais été prise en compte et devrait nécessiter une expertise par un spécialiste."

Le SMR (Dr L.\_\_\_\_\_) a pris position ainsi dans un avis du 16 septembre 2009 :

"Je relève tout de même que la Dresse K.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, parle de douleurs lui ayant fait « évoquer le diagnostic d'une possible fibromyalgie » en 2002. La nuance mérite d'être précisée. Dans son rapport de 2003, la Dresse K.\_\_\_\_\_ ne mentionne plus cette possibilité. Ce diagnostic n'est pas davantage retenu par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Q.\_\_\_\_\_ (10.2.2003).

La fibromyalgie est un diagnostic rhumatologique (par opposition au trouble douloureux somatoforme persistant qui ressort de la psychiatrie). Pour que ce diagnostic soit retenu, il faut détecter au moins 12 points douloureux sur 18 points référencés, et que les points dits « de contrôle » soient indolores. Personne n'est plus compétent pour retenir ce diagnostic qu'un rhumatologue FMH. Or, nous pouvons lire en page 9 de l'expertise que « les points de fibromyalgie (Smythe) sont indolores ». Ce diagnostic n'a donc pas été retenu par l'expert, et la jurisprudence imposant une expertise psychiatrique ne s'applique pas.

[...]

Considérant ce qui précède, je maintiens la position arrêtée dans l'avis SMR du 22.4.2009. Je considère qu'une expertise psychiatrique ne s'impose pas, en l'absence de fibromyalgie et de toute autre atteinte psychiatrique."

**F.** Le 22 janvier 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité, conforme au préavis du 9 juin 2009 précédent. Il a complété sa motivation dans une lettre d'accompagnement du même jour, qui se réfère notamment au dernier avis du SMR.

**G.** Le 1<sup>er</sup> mars 2010, G.\_\_\_\_\_ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision du 22 janvier 2010. Elle conclut à la réforme de cette décision en ce sens que, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2002 au 30 avril 2004, une demi-rente lui est octroyée et que, dès le 1<sup>er</sup> mai 2004, une rente d'un degré et d'un montant que la justice dira lui est octroyée, ce avec 5 % d'intérêt l'an.

La recourante fait en substance valoir ce qui suit. Dès le mois de mars 2002 (une année avant le dépôt de la demande de prestations AI) jusqu'au mois de janvier 2004, période pendant laquelle elle a travaillé à 50 % pour son ancien employeur, elle avait droit à une rente d'invalidité de 50 %, étant précisé qu'elle ne pouvait pas espérer de reconversion professionnelle à son âge. La recourante critique l'expertise

rhumatologique du Dr J.\_\_\_\_\_, qui n'est selon elle pas une analyse de son "état de santé global", comme l'avait prescrit le Tribunal fédéral dans son arrêt du 14 novembre 2008. Il aurait fallu selon elle un examen complémentaire psychiatrique, puisqu'elle serait atteinte d'un "éventuel problème psychique signalé par plusieurs médecins et l'employée de l'Office AI". Elle se réfère à ce propos à un rapport médical de son médecin Dr H.\_\_\_\_\_, du 23 mars 2005, où il est fait mention de la prescription de Sarotène retard non pas à cause d'un état dépressif, mais comme antalgique ; elle mentionne aussi un rapport initial de la gestionnaire de son dossier à l'Office AI, du 25 février 2005, où cette employée écrivait que l'assurée semblait "très touchée moralement par son atteinte à la santé". Enfin, elle invoque un avis du 10 juillet 2009 de son nouveau médecin traitant (Dr S.\_\_\_\_\_), qui estime que la "composante psychiatrique n'a jamais été prise en compte" ; néanmoins, ce médecin n'indique pas avoir lui-même adressé sa patiente à un psychiatre, ni avoir prescrit un traitement sur le plan psychiatrique.

La recourante soutient par ailleurs que le revenu d'invalidité retenu est "manifestement trop élevé au regard de l'ensemble des circonstances" ; elle critique toutefois la détermination de son revenu sans invalidité, faisant valoir qu'elle ne pouvait pas réaliser un salaire plus élevé dans son dernier emploi. Il faudrait, selon elle, soit augmenter le revenu de valide de plus de 20 % soit diminuer le revenu d'invalidité de plus de 20 %. La recourante expose enfin que le taux d'abattement appliqué au revenu d'invalidité devrait être au moins de 20 %, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de sa situation personnelle.

La recourante requiert en outre qu'un examen psychiatrique soit ordonné afin d'évaluer l'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail résiduelle.

Dans sa réponse du 26 mai 2010, l'Office AI propose le rejet du recours.

La recourante a déposé des déterminations le 29 juin 2010, en précisant ses conclusions en ce sens qu'elle prétend à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2004.

L'Office AI a maintenu sa position dans une écriture du 3 août 2010.

**H.** Les parties ont comparu à l'audience du juge instructeur du 2 février 2011. Des témoins ont été entendus, à savoir l'époux de la recourante, deux collègues de l'entreprise K. \_\_\_\_\_ SA, qui ont décrit les conditions de travail et de rémunération, ainsi qu'une secrétaire syndicale.

**I.** Après l'audience, le 24 février 2011, l'Office AI a donné les explications suivantes à propos de la "parallélisation" ou du parallélisme des deux revenus à comparer (cf. arrêt 9C\_434/2008, consid. 3.4), tout en précisant que ces règles ne s'appliquaient pas selon lui dans la situation de la recourante :

"Le salaire de référence s'agissant de la question de savoir si le revenu effectivement touché est largement inférieur à la moyenne est le salaire statistique usuel dans la branche.

En l'espèce, il convient de se référer à l'année 2003, année d'ouverture d'un éventuel droit à la rente. S'agissant de la branche concernée, il convient à notre sens de se référer aux données statistiques de l'enquête sur la structure des salaires, pour le secteur « industrie du papier et du carton ».

Le salaire de référence est donc de Sfr. 3'611.- (ESS 2002, TA1, industrie du papier et du carton, niveau de qualification 4). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.40 % ; la Vie économique, 10-2006, p. 91 tableau B 10.2), on obtient un revenu de Sfr. 3'661.55.

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 2003 (41.7 heures ; la Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à Sfr. 3'817.17 (3'661.55 x 41.7 : 40), ce qui donne un revenu annuel de Sfr. 45'806.04.

Ce revenu, comparé au revenu sans invalidité de Sfr. 37'713.- tel que retenu dans la décision contestée, fait apparaître une différence de 17.66 %, que nous pouvons arrondir à 18 % ( [45'806.04 - 37'713] / 45'806.04 x 100).

Conformément à la jurisprudence (ATF 135 V 297), la limite des 5 % est atteinte. Si l'on procède à la parallélisation, le revenu sans invalidité tel que retenu dans la décision contestée doit être augmenté de 13 % (18 % - 5 %, comme prévu au consid. 6.1.3 de l'arrêt précité), ce qui donne un montant de Sfr. 42'615.70.

Le revenu d'invalidé tel que déterminé dans la décision contestée selon les données statistiques se monte quant à lui à Sfr. 33'920.06.

En fonction de l'abattement, le taux d'invalidité peut être déterminé comme suit :

| <b>Revenu sans invalidité</b> | <b>Abattement</b> | <b>Revenu d'invalidé</b> | <b>Préjudice économique</b> | <b>Taux d'invalidité</b> |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 42'615.70                     | 0%                | 33'920.06                | 8'695.64                    | 20%                      |
| 42'615.70                     | 10%               | 30'528.05                | 12'087.65                   | 28%                      |
| 42'615.70                     | 15%               | 28'832.05                | 13'783.65                   | 32%                      |
| 42'615.70                     | 20%               | 27'136.05                | 15'479.65                   | 36%                      |
| 42'615.70                     | 25%               | 25'440.05                | 17'175.65                   | 40%                      |

C'est donc uniquement avec un abattement de 25 % que le taux d'invalidité serait suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Or, au vu de la situation globale de la recourante, si un abattement de 10 % peut sembler léger, il ne fait aucun doute qu'un abattement maximal de 25 % serait totalement disproportionné."

La recourante s'est déterminée sur ces explications.

**J.** Après l'audience, l'expert Dr J.\_\_\_\_\_ a été invité à répondre par écrit à des questions proposées par la recourante, ce qu'il a fait le 26 août 2011. A la question des troubles rhumatologiques dont souffrait la recourante en plus de l'affection à la main gauche et de l'incapacité de travail constatée par le Dr V.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_ a mentionné, comme affections ayant des répercussions sur la capacité de travail et comme il l'avait déjà fait dans son rapport du 26 mars 2009, une arthrose localisée au niveau des deux pouces ; une arthrose nodulaire des doigts ; une arthrose radio-carpienne des deux poignets ; des cervico-lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies C5-C6, C6-C7, L5-S1 et d'une spondylose cervicale et lombaire modérée (cervico-lombalgies "aspécifiques"). Il a ajouté que la recourante souffrait d'une gonarthrose débutante générant des gonalgies bilatérales et d'une tendinopathie chronique des tendons du sus-épineux des deux épaules avec conflit antéro-supérieur bilatéral. Concernant la nature dégénérative des troubles, à la question de l'évolution depuis 2002, jusqu'à l'examen du Dr J.\_\_\_\_\_ en 2009, ce dernier a indiqué, qu'en se basant principalement sur l'évolution du bilan radiologique, on pouvait estimer que les clichés de

2009, mis en rapport avec ceux de 2001, 2002 et 2003, ne démontraient pas de péjoration significative du tableau radiologique, particulièrement concernant l'arthrose au niveau des mains, des poignets et des genoux. Il a précisé, concernant l'examen clinique, qu'en 2009, la recourante présentait des stigmates cliniques en faveur d'une atteinte dégénérative ostéo-articulaire telle qu'on la rencontre souvent chez des personnes asymptomatiques du même âge. Il a conclu cette réponse de la manière suivante : "On peut estimer que sur la base du bilan radiologique surtout et des constatations de l'examen clinique (même si je n'avais pas examiné Mme G.\_\_\_\_\_ en 2002), que l'évolution des troubles dégénératifs ostéo-articulaires (arthrose) présentés par Mme G.\_\_\_\_\_ a été fort modeste." Concernant l'aggravation constatée depuis 2003 par les Drs H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle était possible, mais sur une base anamnésique et partant subjective, les éléments cliniques objectifs permettant difficilement de retenir une aggravation significative. Il a rappelé avoir noté dans son rapport de 2009, une certaine discordance entre les constatations objectives et les plaintes avancées par la recourante, ce qui avait été également évoqué par la Dresse K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 septembre 2002. A la question : "Vous reprenez une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 30 % dans une activité plus adaptée « jusqu'au jour de l'expertise » (sic). Vous rejoignez ainsi l'évaluation du Dr V.\_\_\_\_\_, qui se fondait uniquement sur l'affection à la main gauche. Comment expliquez-vous que les troubles rhumatologiques dégénératifs, constatés par les Drs H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ et confirmés par vous-même, n'entraînent pas une incapacité de travail ou une diminution de rendement plus importante?", le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il avait estimé la capacité de travail résiduelle de la recourante dans son activité habituelle à 40 % en 2009, compte tenu des limitations fonctionnelles de la recourante, alors qu'il avait jugé raisonnable de retenir une capacité de travail dans son activité habituelle de 50 % et de 70 % dans une activité adaptée en 2005. Il a relevé que ses confrères et sa consœur avaient mentionné, dans leurs rapports médicaux respectifs, l'existence de troubles dégénératifs arthrosiques, qu'ils avaient donc aussi tenu compte de ces troubles dans leurs appréciations de la capacité de travail de la recourante. Il a ajouté que, bien qu'il n'y ait

aucune justification à "additionner" mathématiquement les taux d'incapacité de travail découlant de l'atteinte à la main gauche, à l'incapacité de travail qui serait la conséquence de l'atteinte ostéo-articulaire dégénérative concernant les autres articulations, il avait tout de même tenu compte d'un phénomène de "vieillissement ostéo-articulaire", qui avait conduit à la détermination d'une capacité de travail résiduelle de 40 % dans l'activité habituelle et non plus de 50 %. Interrogé sur le fait qu'il avait retenu que les troubles dégénératifs entraînaient une diminution de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, mais pas dans une activité adaptée, le Dr J.\_\_\_\_\_ a précisé que cette différence s'expliquait de par la définition même d'une "activité adaptée", activité qui devait tenir compte des limitations fonctionnelles décrites à la page 14, point B1 de l'expertise de 2009. Concernant le fait que le "phénomène de vieillissement physiologique" et la "péjoration de l'atteinte arthrosique au niveau des mains ainsi qu'au niveau des genoux", qu'il avait mentionnés, n'entraînaient pas de diminution dans une activité adaptée, le Dr J.\_\_\_\_\_ a encore rappelé qu'il avait tout de même tenu compte d'une restriction de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée de 30 %. Concernant le fait que le Dr J.\_\_\_\_\_ avait retenu en 2009 une capacité de travail identique à celle retenue en 2003 par un spécialiste de la main - qui s'était uniquement basé sur l'atteinte à la main gauche - alors que lui-même avait constaté des éléments objectifs, tels que la nature dégénérative des troubles et le vieillissement physiologique, il a relevé qu'il y avait une différence de 10 % dans leurs appréciations de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et que le Dr V.\_\_\_\_\_ avait par ailleurs manifestement tenu compte des troubles dégénératifs dans son appréciation. Il a finalement été demandé au Dr J.\_\_\_\_\_ d'expliquer pourquoi il n'avait pas retenu l'évaluation des Drs H.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, soit une capacité résiduelle théorique de 50 % pour toute activité, sachant que ces médecins avaient pris en compte l'ensemble des troubles constatés chez l'assurée, ainsi que leur caractère dégénératif. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante :

"Les troubles ostéo-articulaires présentés par Mme G.\_\_\_\_\_ sont essentiellement dégénératifs, (contrairement à un rhumatisme inflammatoire

comme une poly-arthrite rhumatoïde ou une spondylarthrite par exemple) ; en effet, l'arthrose est une affection rhumatologique par nature dégénérative liée surtout au processus de sénescence, qui se manifeste principalement par des symptômes algiques apparaissant lors des activités, en particulier lors des tâches répétitives avec des sollicitations répétées, lors des ports de charges, etc. Dans ce type d'affection dégénérative on peut estimer qu'en limitant le caractère répétitif des sollicitations mécaniques et les ports de charges, que l'on peut parvenir à une diminution de l'intensité de la symptomatologie douloureuse. C'est pour cette raison qu'en procédant à une adaptation de son activité professionnelle à ses limitations fonctionnelles, notamment par une limitation dans la capacité de porter et de soulever des charges de plus de 10 kg, surtout de manière répétitive, par une limitation dans sa capacité de faire des activités de préhension d'objets fins et de manipulations avec dextérité et une limitation de la marche dans les escaliers, que l'on peut donc s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. C'est donc ce qui a conduit à ce que j'estime qu'elle avait une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 70 %.

Les confrères qui sont mentionnés (la Dresse K.\_\_\_\_\_, rhumatologue et interniste et le Dr H.\_\_\_\_\_, oncologue et interniste, confrère qui n'est par ailleurs pas spécialisé en rhumatologie ou chirurgie de la main), ont fonctionné comme « médecins traitants », avec un mandat thérapeutique et non pas comme « médecins experts » ; en outre, ils n'ont pas fourni d'explications convaincantes à cette non modification du taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée. D'autant plus que son activité habituelle, était une activité qui n'était manifestement pas idéale, le travail d'ouvrière en cartonnages impliquant des sollicitations soutenues des mains. Il est dès lors difficilement compréhensible, à mon sens, pour quelles raisons une adaptation du poste de travail ne conduirait pas à une augmentation de la capacité de travail de l'expertisée, comme par exemple dans une activité de télésurveillance ou d'hôtesse d'accueil dans un supermarché, tâches où l'expertisée n'aurait pas besoin d'utiliser ses mains de manière répétitive par exemple. Qui plus est, dans le point 8 de la lettre du Dr H.\_\_\_\_\_ adressé à Maître Tafelmacher en date du 13 mars 2006, ce confrère interniste et oncologue, avait mentionné que « seule une activité ne nécessitant pas de travail manuel répétitifs, permettant un changement de position fréquent en raison des troubles statiques de la colonne vertébrale serait possible, le poste qui pourrait convenir est un poste d'hôtesse par exemple. » Là aussi, le Dr H.\_\_\_\_\_ ne donne pas d'explication probante pour quelles raisons l'expertisée ne pourrait pas travailler à plus de 50 % dans une activité apparemment adaptée et surtout pourquoi il n'y a pas de différence de capacité de travail entre une activité qui sollicite manifestement ses articulations comme l'activité d'ouvrière en cartonnages et une activité adaptée qui par définition devrait tenir compte des limitations fonctionnelles."

L'Office AI a estimé – après avoir pris l'avis du SMR – que le rapport médical complémentaire du Dr J.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément médical nouveau susceptible de remettre en cause son appréciation de la situation. De son côté, la recourante propose, sur plusieurs points, de s'écarter de l'appréciation de l'expert, en se référant aux avis des médecins traitants figurant déjà au dossier.

**E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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, dirigé contre une décision de refus de rente d'invalidité, a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** L'Office AI a rendu une première décision sur la demande de prestations – décision du 16 novembre 2005, confirmée sur opposition le 2 mai 2007 –, que le Tribunal fédéral a annulée par un arrêt, du 14 novembre 2008, définissant les mesures d'instruction complémentaires à ordonner. Il incombait ainsi à l'Office AI de "mettre en œuvre une expertise médicale, éventuellement dans le cadre d'un examen pluridisciplinaire".

Le Tribunal fédéral n'a pas précisé ce qu'il entendait par un éventuel examen pluridisciplinaire. Peut-être envisageait-il un examen par un rhumatologue, un chirurgien et un neurologue (à cause notamment des céphalées). Quoi qu'il en soit, il n'a pas laissé entendre qu'il devrait s'agir d'un examen rhumatologique et psychiatrique, ou chirurgical et psychiatrique, ou encore neurologique et psychiatrique. Il n'est pas fait mention, dans l'arrêt du Tribunal fédéral, de troubles psychiatriques. Dans son recours en matière de droit public envoyé au Tribunal fédéral, la recourante ne prétendait pas que le dossier était incomplet parce qu'il manquait un rapport d'examen psychiatrique ; au contraire, elle dénonçait les lacunes de l'évaluation "sur le plan purement physique" ou en invoquant des "diagnostics physiques".

Après l'arrêt du Tribunal fédéral, l'Office AI a désigné un expert rhumatologue, en estimant qu'il n'y avait pas lieu de prévoir un examen pluridisciplinaire, le rhumatologue étant apte à se prononcer sur un problème essentiellement ostéoarticulaire. On ne saurait considérer que l'Office AI n'a pas suivi les injonctions de l'arrêt de renvoi, simplement parce qu'il n'a pas désigné un expert psychiatre. Cela étant, on examinera plus bas si l'évaluation par l'Office AI de l'état de santé de la recourante, sur les plans physique et psychique, est correcte (infra, consid. 3).

**3.** La recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période où elle travaillait encore à mi-temps pour son employeur, et d'une rente entière ensuite. Elle prétend n'avoir jamais été, depuis mars 2002 (une année avant le dépôt de la demande de prestations), en mesure de travailler à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle met en doute qu'une telle activité soit disponible, une réadaptation professionnelle n'entrant pas en considération pour elle, à cause de son âge.

**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. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Il faut que le degré d'invalidité soit d'au moins 40 %. Les règles précédemment

applicables avaient la même portée, sur ces points. En effet, le Tribunal fédéral a rappelé que la 5<sup>e</sup> révision de l'AI n'avait pas modifié sur le fond les règles topiques (TF 8C\_373/2008 du 28 août 2008) ; la 6<sup>e</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 n'a, quant à elle, pas entraîné de modifications de l'art. 28 LAI (à propos du droit applicable dans la présente affaire, cf. aussi TF 9C\_434/2008 du 14 novembre 2008, consid. 2 ; dans tous les cas, le seuil de 40 % est prévu par le législateur, pour le taux d'invalidité donnant droit à l'octroi d'une rente et telle est la question litigieuse en l'espèce).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde principalement sur des documents médicaux. 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).

**b)** Il faut 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, le tribunal ne peut juger 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 ou

du spécialiste 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Cela étant, selon la jurisprudence fédérale, 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).

**c)** Dans le cas particulier, le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ (expert indépendant au sens de l'art. 44 LPG) décrit de façon globale l'état de santé de la recourante, sur le plan physique ou ostéoarticulaire. Il se prononce sur les atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail, non seulement aux mains, mais au dos, aux épaules et aux genoux. Il retient aussi que le status neurologique peut être considéré comme normal.

La recourante ne prétend pas que l'examen par l'expert aurait été insuffisant sur le plan somatique (rhumatologique, neurologique) - quand bien même elle critique le contenu ou les conclusions de cette expertise - mais elle reproche à l'Office AI de n'avoir pas évalué "l'impact d'un éventuel problème psychique". Une expertise psychiatrique aurait, selon elle, dû être ordonnée.

La recourante n'affirme pas être atteinte dans sa santé psychique. Elle se borne à évoquer dans son recours un "éventuel" problème sur ce plan, sans avoir jamais été en traitement psychiatrique depuis son arrêt de travail, ses médecins traitants n'ayant du reste pas suspecté une atteinte psychiatrique justifiant un traitement. Il est évident que si les médecins traitants avaient suspecté que l'incapacité de travail était due à des motifs psychiatriques, ils auraient posé un diagnostic

spécifique et auraient veillé à ce que la recourante fût soignée par un spécialiste. La prise occasionnelle d'anti-dépresseurs – qui ont, d'après le dossier, été prescrits par le Dr H. \_\_\_\_\_ à but antalgique – ne signifie pas qu'il existe une atteinte significative à la santé psychique.

Par ailleurs, le fait qu'une fibromyalgie a été suspectée n'imposait pas la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, ni au stade de l'instruction de l'affaire par l'Office AI, ni dans le cadre de la procédure judiciaire. L'OAI aurait certes pu demander un rapport médical au Dr S. \_\_\_\_\_, qui mentionne le diagnostic de fibromyalgie dans une lettre du 10 juillet 2009, mais n'avait toutefois pas remis de rapport médical à l'OAI. On ne voit cependant pas ce qu'il aurait pu dire de déterminant, la situation étant suffisamment claire de ce point de vue. En effet, l'expert rhumatologue expose de manière convaincante pourquoi ce diagnostic ne peut pas être retenu et le Dr S. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun argument médical en faveur d'éventuels troubles psychiatriques.

Au demeurant, le fait qu'un rapport administratif de l'Office AI fasse état d'un éventuel problème psychique, parce que la recourante était démoralisée à cause de ses problèmes de santé et de son arrêt de travail, n'est pas pertinent, car cette appréciation n'a aucun caractère médical. L'avis du médecin traitant (interniste/généraliste) qui préconise une expertise psychiatrique n'est pas non plus pertinent, dès lors qu'il n'a lui-même pas posé de diagnostic à ce sujet, ni mis en place un traitement de la santé psychique.

En définitive, il n'y a aucun motif de considérer que la recourante est atteinte dans sa santé psychique. Le Dr J. \_\_\_\_\_ pouvait le constater sans faire examiner l'expertisée par un psychiatre.

**d)** La recourante critique par ailleurs, sur différents points, le contenu de l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_. Elle ne serait pas nuancée, parce que ne permettrait pas de savoir quelle est la part de l'incapacité de travail pour des problèmes liés aux deux mains et quelle est la part rhumatologique. Or il s'agissait pour l'expert d'analyser globalement les

limitations fonctionnelles, conformément à ce qui a été prescrit par le Tribunal fédéral. Il ne lui incombait donc pas d'estimer séparément un coefficient d'incapacité de travail pour chaque limitation fonctionnelle.

La recourante critique surtout l'estimation de la capacité de travail par l'expert, soit 70 % dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ces limitations ont été décrites précisément par l'expert. La recourante a dressé sa propre liste de ses limitations fonctionnelles, mais elle ne s'est pas référée à un avis médical qui contredirait spécifiquement l'avis de l'expert. L'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ est complète et elle correspond aux exigences de la jurisprudence (cf. supra, consid. 3b). Les critiques de la recourante sont plutôt générales et elles ne sont pas concluantes. En particulier, lorsqu'elle prétend qu'il aurait été "plus logique" que l'expert retienne également une diminution de 10 % de la capacité de travail dans une activité adaptée en raison du caractère dégénératif des troubles et du vieillissement, elle ne parvient pas à rendre vraisemblable que l'estimation de la capacité de travail à 70 % serait erronée. Les réponses complémentaires données au tribunal par le Dr J. \_\_\_\_\_ étayaient son appréciation initiale et démontrent que l'expert a tenu compte de tous les éléments pertinents. En outre, on ne voit pas en quoi cette estimation aurait encore dû être précisée ou clarifiée. Dans ces conditions, les conclusions de l'expert sont probantes et c'est sur cette base que le degré d'invalidité devait être déterminé. Les griefs de la recourante à ce propos sont donc mal fondés.

**4.** Il s'agit dès lors de comparer les revenus avec et sans invalidité, conformément à ce que prescrit l'art. 16 LPGA. La recourante conteste les chiffres retenus par l'Office AI.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un

invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. Un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (obligation de réduire le dommage) ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2 ; 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2 ; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées ; 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires propres à influencer le degré d'invalidité. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son

handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêts 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

En l'occurrence, la recourante avait 58 ans lors du dépôt de la demande de prestations ; elle avait 60 ans lors de la première décision de refus de rente. Elle n'était alors pas encore suffisamment proche de l'âge donnant droit à une rente de vieillesse. Quoi qu'il en soit, l'exercice d'une activité adaptée, selon les constatations médicales, ne lui aurait pas demandé de mesures particulières de réadaptation, puisque étaient visées des activités simples et répétitives (activités de surveillance ou de télésurveillance par exemple) ne nécessitant pas de formation ou d'aptitudes spéciales, pour une personne expérimentée ayant travaillé longtemps comme ouvrière ou auxiliaire en usine. Dans ces circonstances, l'Office AI était fondé à retenir que la recourante pouvait, au moment où elle a demandé des prestations, exercer une activité professionnelle adaptée et donc réaliser un revenu conforme à ce qui résulte des données statistiques pour les activités considérées. L'exercice de cette activité adaptée, à un taux de 70 %, était en d'autres termes objectivement exigible.

**b)** En l'espèce, l'Office AI a déterminé le revenu sans invalidité en fonction des salaires usuels de la branche, dans le domaine de l'imprimerie et arts graphiques, selon la convention collective. Le montant annuel de 37'713 fr. n'est en lui-même pas contesté.

Pour cette branche (industrie du papier et du carton, niveau de qualification 4), les données statistiques de l'Office fédéral de la statistique (salaire statistique usuel selon l'enquête sur la structure des salaires, ESS) révèlent un revenu moyen (48'457 fr., à 100 %) supérieur au revenu sans invalidité effectif (37'713 fr., à 100 %). En vertu de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, il convient donc d'examiner s'il faut effectuer

un parallélisme des deux revenus à comparer (cf. arrêt du TF 9C\_434/2008, consid. 3.4).

**aa)** Ce parallélisme est réglé par la jurisprudence dans les termes suivants (ATF 134 V 322) : 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. Dans une seconde phase, il convient d'examiner si une déduction doit être opérée sur le revenu d'invalidité obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques. A cet égard, il faut remarquer que les facteurs étrangers à l'invalidité éventuellement déjà pris en considération lors de la mise en oeuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent pas être pris en compte une seconde fois dans le cadre de la déduction pour circonstances personnelles et professionnelles.

Le Tribunal fédéral a précisé que le parallélisme des revenus à comparer se justifie – pour autant que les autres conditions soient remplies – lorsque le revenu sans invalidité effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche (c'est le sens de l'adverbe "nettement"). Le parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5 % (ATF 135 V 297).

**bb)** Il est constant que les salaires dans l'entreprise où travaillait la recourante étaient nettement inférieurs – de plus de 5 % – à la moyenne résultant des données statistiques. L'Office AI a estimé cette différence à 17.66 %. Il faut néanmoins, conformément à la jurisprudence, examiner si la recourante ne se contentait pas délibérément d'un tel revenu. A propos de cette situation, l'ATF 134 V 322 consid. 4.1 renvoie à l'ATF 125 V 146 consid. 5c/bb, où il est fait mention de l'hypothèse où

l'assuré, apte du point de vue de la santé à obtenir un plein revenu, choisit délibérément de réduire sa charge de travail, soit pour avoir davantage de loisirs, soit pour compléter sa formation ; dans ces situations, l'assurance-invalidité ne doit pas fournir une compensation. Cet arrêt retient qu'il en va de même s'il ressort des circonstances du cas particulier que l'assuré, sans atteinte à la santé, se serait durablement contenté d'une activité lucrative modestement rémunérée ; c'est le revenu effectif qui compte, quand bien même il aurait eu, en soi, la possibilité d'exercer une activité mieux rémunérée.

En l'espèce, il apparaît que la recourante a travaillé durablement - près de 20 ans - comme ouvrière dans la même entreprise de cartonnage, sans chercher une autre activité analogue d'ouvrière (ou auxiliaire, sans qualifications particulières) dans une entreprise ou une branche économique où les salaires correspondaient à la moyenne statistique. Il ressort de l'instruction que la recourante était membre d'un syndicat qui s'efforçait d'améliorer les conditions de rémunération dans l'entreprise ou la branche. Si elle participait aux activités syndicales, cela ne signifie pas pour autant qu'elle ne se contentait pas concrètement, au sens de la jurisprudence précitée, de son statut dans cette entreprise. C'est pourquoi l'Office AI estime qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un parallélisme des revenus à comparer.

Il y a lieu d'admettre que celle qui exerce très longtemps une activité d'auxiliaire dans une entreprise ou une branche où elle reçoit une rémunération modeste - ce qu'elle ne peut pas ignorer, notamment à cause de son activité syndicale -, ne saurait en quelque sorte bénéficier de ce choix professionnel pour obtenir plus facilement une rente de l'AI en cas d'incapacité de travail dans cette profession. Les éléments du dossier laissent toutefois subsister quelques doutes quant à l'intention réelle de la recourante de se contenter ou non d'un salaire modeste. La question du parallélisme peut toutefois être laissée indéterminée car, comme cela sera exposé plus bas, même en effectuant un tel parallélisme des revenus, le taux d'invalidité n'atteindrait pas le seuil de 40 %.

**cc)** Dans le cas particulier, le revenu d'invalidé, tel qu'il a été fixé par l'Office AI sur la base des statistiques ESS, en fonction des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail déterminée par l'expert et avant l'application d'un taux d'abattement (cf. infra) n'est pas critiqué.

Les calculs présentés par l'Office AI le 24 février 2011, dans l'hypothèse d'un parallélisme effectué conformément à la jurisprudence, démontrent que le seuil de 40 % ne serait atteint qu'en appliquant un abattement de 25 %.

Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques ESS, comme en l'espèce, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb ; cf. pour exemple TF 9C\_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). La juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'Office AI de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, qui est de toute manière limité à 25 %, doit apprécier les différentes solutions qui s'offraient à l'administration et déterminer si l'abattement appliqué est adéquat ou un si autre taux d'abattement, plus ou moins élevé, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71).

En l'espèce, l'Office AI reconnaît finalement (dans son écriture du 24 février 2011) que le taux d'abattement de 10 % "peut sembler léger". Il est vrai qu'un taux supérieur est plus approprié. Toutefois, dans la situation de la recourante, qui a durablement travaillé, qui n'a pas de problèmes linguistiques ou d'intégration, et dont les limitations fonctionnelles permettent l'exercice de plusieurs activités, on ne saurait appliquer le taux d'abattement maximal de 25 %. Un taux de 15 % est approprié. Dans ces conditions, même après avoir effectué un parallélisme

des revenus – comme cela ressort clairement de l'écriture du 24 février 2011 de l'Office AI –, le degré d'invalidité n'atteindrait pas 40 %.

A fortiori, une augmentation du taux d'abattement à 15 %, voire à 20 %, sans parallélisme des revenus, ne permettrait pas d'atteindre le seuil de 40 %. Le taux d'invalidité ne serait que légèrement supérieur aux 19 % fixés dans la décision attaquée.

Les griefs de la recourante à propos de la comparaison des revenus, et partant de la détermination du taux d'invalidité, sont donc mal fondés.

**5.** Il résulte des considérants que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La recourante, qui succombe, doit supporter les frais de justice (art. 61 al. 1 LPGA, 69 al. 1bis LAI, 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cent francs), sont mis à la charge de la recourante.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christophe Tafelmacher, avocat (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :