

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

J. _____, à Vevey, recourante, représentée par Me Claudio Venturelli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 10 octobre 1964, de nationalité portugaise, est en Suisse depuis 1991, actuellement au bénéfice d'un permis C. Employée de la Ville de [...] depuis le 1^{er} novembre 1993, elle travaillait à 100% comme aide de cuisine et de maison (aide à la préparation des repas, vaisselle, collaboration aux nettoyages des locaux, rangement du réfectoire, entretien du linge de maison) sur le site du Centre de vacances à la montagne des [...], à [...].

L'assurée a présenté une incapacité de travail de 100% du 22 avril 2005 (date à laquelle elle a subi une spondylodèse cervicale C3-C4, C4-C5 et C5-C6 par voie antérieure avec cage de Peek et plaques de Zephir C3 à C6) au 30 novembre 2005, de 60% du 1^{er} décembre 2005 au 15 janvier 2006, puis de 50% dès le 16 janvier 2006. Dès le mois de novembre 2006, l'employeur a adapté l'activité, en ce sens que les nettoyages nécessitant de se pencher en avant ou de soulever des poids ont été supprimés.

Le 25 avril 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b) Dans un rapport médical du 3 août 2007 adressé à l'OAI, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine générale à [...], a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de cervico-brachialgies persistantes invalidantes, de status après spondylodèse cervicale 2005 sur myélopathie cervicale et HD (réd : hernie discale) C5-C6 gauche, et de status après dérivation d'une fistule postopératoire. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 22 avril au 30 novembre 2005, de 60% du 1^{er} décembre 2005 au 15 janvier 2006, puis de 50% dès le 16 janvier 2006, et a indiqué douter que la capacité de travail soit meilleure avec une réadaptation professionnelle.

Au rapport médical du Dr N._____ étaient joints deux rapports médicaux adressés les 15 février et 25 avril 2007 au Dr N._____ par le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie. Ce spécialiste y posait les diagnostics de cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de status post-spondylodèse C3-C4, C4-C5 et C5-C6 le 22 avril 2005, de status post fuite de LCR (réf. : liquide céphalo-rachidien) en juin 2005, de syndrome de Morton pied droit et de surcharge pondérale. Il relevait que l'assurée n'était pas connue pour des antécédents personnels majeurs jusqu'en 2004, date à laquelle elle avait présenté des cervico-brachialgies pour lesquelles elle avait subi le 22 avril 2005 une spondylodèse cervicale C3-C4, C4-C5 et C5-C6 par voie antérieure avec cage de Peek et plaques de Zephir C3 à C6. L'évolution avait été caractérisée par l'apparition en juin 2005 de fuites de liquide céphalo-rachidien pour lesquels elle avait bénéficié de la pose d'un drain lombaire le 22 juin 2005. En conclusion, l'assurée présentait des cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif dans le contexte d'un status post-chirurgical ainsi que des picotements occipitaux de la face et de la face latérale de la main gauche dont l'origine était difficilement explicable. Du point de vue professionnel, au vu des douleurs récurrentes, la poursuite de son activité à 50% dans son activité actuelle de lavandière et d'aide cuisine était à préconiser. Un reclassement professionnel dans une activité adaptée, avec diminution des ports de charge et des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier pourrait être cautionné.

Au rapport médical du Dr N._____ était également joint un rapport médical adressé le 10 mai 2007 à ce praticien par le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de la Ville de [...], dont il ressortait ce qui suit :

"Dans mon mandat de médecin-conseil de l'employeur de Mme J._____, je me suis permis de convoquer l'intéressée à ma consultation de médecin-conseil en date du 9 mai 2007. J'ai lu avec attention ton rapport médical du 24 avril 2007 et les rapports du Dr W._____.

En l'état, tu as tenté, à plusieurs reprises, la reprise d'une activité à 100% dans la fonction considérée, mais [celle-ci] s'est avérée impossible tant la symptomatologie douloureuse s'exacerbe au cours du temps. Le travail a déjà été allégé, adapté.

Une demande AI a été déposée pour une demi-rente.

Pour ma part, en première analyse, je ne vois pas quel autre travail Mme J. _____ plus adapté pourrait être exécuté à plus de 50%. Plus encore, je trouve qu'il serait préférable de maintenir Mme J. _____ à 50%, ce que l'employeur est disposé à proposer.

Dès lors, je soutiendrai la demande à l'assurance invalidité à un taux de 50%, en demi-rente, et de ne pas envisager soit des mesures professionnelles, soit des véritables reconversions professionnelles pour une tâche hypothétique non adaptée. En effet, il est vraisemblable que nous sommes en face d'une atteinte à la santé irréductible d'un status post spondylodèse malheureusement avéré inefficace pour la symptomatologie de l'intéressée."

c) Dans un rapport médical du 15 novembre 2007 adressé à l'OAI, le Dr W. _____ a confirmé les diagnostics posés dans ses précédents rapports. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, mais avec un rendement de 50% seulement, voire moins, en raison d'un syndrome douloureux. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neutre.

d) L'assurée a alors été convoquée au Service Médical Régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) pour un examen clinique rhumatologique, qui a été effectué le 22 avril 2008 par la Dresse A. _____, ancienne médecin-chef adjointe en physiatrie. Dans son rapport du 28 avril 2008, cette praticienne a notamment retenu ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- cervico-brachialgies persistantes dans le cadre de status post-spondylodèse C3-C6, avec cages inter-somatiques pour discopathies étagées, hernie discale C5-C6 G, myélopathie; dysbalances musculaires. (M53.1)

- lombo-sciatalgies D non déficitaires dans le cadre d'une discopathie débutante L3-L4 et modérée L5-S1, protrusive avec éventuelle irradiations radiculaires; dysbalances musculaires. (M51.3)

- sans répercussion sur la capacité de travail

- excès pondéral (BMI 30).
- varices non irritées des membres inférieurs.
- status post-opération de l'oreille G en 1979.
- amygdalectomie dans l'enfance.
- status post-plusieurs otites dans l'enfance.

APPRECIATION DU CAS

Cette assurée de 44 ans, d'origine portugaise, présente depuis plusieurs années des cervico-brachialgies G et des lombosciatalgies D, opérées au niveau cervical par spondylodèse C3-C6 en avril 2005. Cette intervention est compliquée par une fuite de liquide rachidien, nécessitant une déviation lombaire 2 mois plus tard. Subjectivement, les douleurs ne sont pas influencées, par contre les lombo-sciatalgies s'accroissent après la deuxième hospitalisation. Les investigations approfondies mettent en évidence une discopathie modérée à avancée L5-S1, protrusive, mais sans hernie discale constituée, des irritations radiculaires ne sont cependant pas exclues.

L'assurée se considérant comme incapable de travailler à 100%, même dans un poste allégé [elle] dépose une demande de rente AI, qu'elle voit à 50%.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'une jeune femme en bon état général, collaborant et vive. Elle présente un excès pondéral à la limite de l'obésité, sinon le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme.

Le status ostéo-articulaire met en évidence un léger trouble de la statique rachidienne, avec notamment un relâchement de la sangle abdominale formant une hyperlordose lombaire. La mobilité cervicale active est diminuée et asymétrique en défaveur de la G douloureuse dans toutes les directions, ressentie au niveau cervico-scapulaire et dorsal. On palpe une légère hypertonicité musculaire G, la palpation des différentes structures provoque des douleurs cervicales G. La mobilité dorsale est complète et indolore. La mobilité lombaire est quelque peu limitée, notamment pour l'inclinaison latérale D et l'extension. On mesure une distance doigts-sol de 21 cm, une distance doigts-orteils en position assise de 11 cm, les indexes de Schober sont mesurés à 30/32 cm respectivement 10/14.5 cm. La musculature para-lombaire est bien développée, légèrement tendue, mais mobile et indolore. Les articulations costo-vertébrales sont toutes douloureuses à la palpation, on a des indications pour des blocages récidivants à D.

Les membres supérieurs sont sans particularité, la mobilisation de l'épaule G provoque des douleurs cervico-scapulaires et dorsales, mais il n'y a aucun signe pour une atteinte de la coiffe des rotateurs, inflammatoire ou dégénérative; la distance pouces-C7 est de 16 cm ddc. Il n'y a aucun signe inflammatoire aux mains.

La mobilité des membres inférieurs est bonne, la flexion de la hanche D et la rotation interne de la hanche G provoquent des douleurs lombaires. Les genoux sont calmes, les ligaments stables, les chevilles sans particularité. Sur le plan fonctionnel, l'assurée n'a

aucun problème pour marcher sur les talons et les pointes des pieds, pour s'accroupir et s'agenouiller.

Le status neurologique est dans les limites de la norme, si on fait abstraction d'une diminution diffuse de la sensibilité superficielle de la jambe D et du bras G. La force musculaire est conservée, 2/5 signes selon Waddell sont présents parlant en faveur d'une composante comportementale.

Le dossier radiologique met en évidence une spondylodèse avec cages inter-somatiques C3-C6, sans signe de lyse et sans déplacement des cages. Au niveau lombaire on constate un début de discopathie L3-L4 et notamment L5-S1, protrusive mais sans hernie discale constituée.

En résumé, cette assurée présente des cervico-scapulalgies résiduelles G et des lombosciatalgies D non déficitaires. Objectivement, le résultat de la spondylodèse cervicale est bon, la mobilité active et spontanée n'est que peu réduite, l'assurée ne paraît pas trop handicapée. Il est évident qu'une activité physique régulière et une normalisation du poids serai[en]t susceptible d'améliorer la tolérance à l'effort, notamment au niveau lombaire. Mais il y a des limitations fonctionnelles importantes biomécaniques, contre-indiquant tout travail lourd et dans des positions vicieuses. Le poste actuel est déjà un peu adapté, mais plus exigible à un taux entier où l'assurée travaillerait au-delà de ses forces, comme l'a montré l'essai dans la deuxième partie de 2006.

Dans une activité complètement adaptée la capacité de travail résiduelle peut être estimée à 70%, la diminution étant due à la double atteinte cervico-lombaire et à la nécessité de changer souvent de position.

Les limitations fonctionnelles

Il faut éviter une position statique prolongée debout-assise, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux ainsi que dans des positions extrêmes de la nuque. L'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Le port de charges est limité à 5 kg occasionnellement. Elle doit avoir la possibilité de changer de position à sa guise.

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

Depuis le 01.04.2005, selon l'employeur, depuis le 22.04.2005 selon le rapport médical du médecin traitant, le Dr N. _____ (03.08.2007).

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

100% du 20.04.2005 au 30.11.2005, 60% du 01.12.2005 au 15.01.2006, 50% du 16.01.2006 au 14.04.2006, 0% du 15.04.2006 au 13.11.2006, 50% dès lors selon l'employeur (26.04.2007).

Objectivement et dans une activité complètement adaptée, cette assurée devrait être capable de travailler à un taux de 70%.

Concernant la capacité de travail exigible, il est évident que l'atteinte cervicale et lombaire, assez avancée pour le jeune âge de cette assurée, contre-indique formellement tout travail lourd. Le poste actuel semble bien adapté, l'assurée ayant la possibilité de changer de position à sa guise, et de travailler sans pression et sans stress. Il est théoriquement exigible qu'elle augmente le taux de travail dans ce poste ou dans toute autre activité adaptée à 70 voire 80%.

Capacité de travail exigible

dans l'activité habituelle: 70%

dans une activité adaptée: 70% depuis le: 15.04.2006."

e) Le 29 septembre 2008, le Dr N. _____ a écrit ce qui suit à l'OAI :

"[...] Je souhaiterais compléter votre dossier en vous signalant que l'activité actuelle de Mme J. _____ à 50% est déjà un poste de travail adapté, avec des conditions très favorables, confortables, avec une bonne compréhension et des soutiens ponctuels de la part de ses collègues. Malgré des conditions quasi idéales, son activité est difficilement supportable, les douleurs s'aggravent dans le courant de la journée, et j'estime qu'il est illusoire de vouloir à tout prix augmenter son pourcentage d'activité, le risque d'aggravation clinique et d'interruption de travail étant beaucoup trop important, et ne ferait que péjorer la situation."

f) Dans son rapport initial et final adulte du 14 novembre 2008, la Division Réadaptation de l'OAI a retenu les conclusions suivantes :

"Mme J. _____ continue de travailler pour la Commune de [...]. Son taux d'activité est passé de 100% à 50%. Son poste a été adapté au mieux à ses limitations. Ainsi, elle ne fait plus de nettoyage et comme elle travaille à temps partiel, elle est moins souvent en cuisine. L'assurée travaille tous les matins, elle s'occupe de la préparation du déjeuner puis elle travaille en buanderie où elle peut varier les positions et aller à son rythme. Les travaux un peu plus lourds (fourres de duvet, draps, etc.) sont envoyés à une entreprise de nettoyage. Mme J. _____ ne peut augmenter son temps de travail à ce poste sous peine de devoir exercer des activités qui ne sont pas compatibles avec ses limitations (faire le ménage, nettoyage par exemple, ce qui implique d'être debout et la position en porte-à-faux).

Mme J. _____ voulant garder son poste actuel, notre intervention n'est pas souhaitée. Par conséquent, nous procédons à une approche théorique de gain, en nous référant à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS [Enquête sur le structure des salaires]. Sans atteinte à la santé l'assurée aurait

continué l'activité d'employée à la commune à 100%. En 2006, elle aurait pu prétendre à un revenu annuel brut de fr. 67'916.- (selon les C.I. [comptes individuels]). Le SMR estime la capacité de travail à 70% dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée. Nous ne retenons pas de facteur de réduction."

g) Sur demande de l'OAI qui s'interrogeait quant à savoir si l'activité exercée par l'assurée auprès de la Ville de [...] ne pouvait vraiment pas être augmentée à un taux de 70% en respectant les limitations fonctionnelles, le Dr M._____, médecin-conseil de la ville de [...], a répondu ce qui suit en date du 9 février 2009 :

"Nous avons en son temps tenté avec l'aide du médecin traitant de remettre Mme J._____ à plus de 50% dans la fonction considérée et ça avait été tout simplement impossible et non toléré, tant la symptomatologie douloureuse avait été exacerbée dans ces conditions.

Il s'agit donc d'une décision d'appréciation entre le 50 et le 70%. C'est une question qu'on ne peut que très difficilement chiffrer avec une extrême exactitude, et nous sommes obligés de nous référer à ce que ressent l'intéressée.

Pour ma part, j'avais ressenti, en son temps que Mme J._____ était sincère et qu'elle ne grossissait pas la symptomatologie et donc je pensais que le 50% était justifié sans qu'il y ait besoin de passer par une difficile et, à mon avis, impossible formation professionnelle complémentaire."

B. a) Le 18 mai 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision d'octroi d'un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 48%, dès le 1^{er} avril 2006. La motivation de ce projet de décision était la suivante :

"Il ressort de l'examen clinique du SMR que vous présentez depuis le 20 avril 2005 (début du délai d'attente d'un an) une incapacité de travail. A partir du 15 avril 2006, vous présentez une capacité de travail de 70% dans toute activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles suivantes; éviter une position statique prolongée debout-assise, en rotation flexion du tronc et en porte-à-faux, ainsi que des positions extrêmes de la nuque. Pas de travail à la chaîne ou sur des machines vibrantes. Port de charges limité à 5 kg occasionnellement. Possibilité de changer de position à sa guise. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés 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. Dès lors, en cas d'avis médicaux

contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant/des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant/des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante.

Au vu des éléments en notre possession, il s'avère que votre activité exercée au sein de la Commune de [...] ne peut être augmentée à un taux de 70%, car les tâches supplémentaires qui devraient vous être confiées afin d'augmenter votre taux d'activité ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles précitées.

Il n'empêche que vous présentez une capacité de travail de 70% dans l'exercice d'une activité adaptée. Or, il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté) (RCC 1978, 65 : 1970, 162).

Ainsi, afin de déterminer votre préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, présenté à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20] précité, soit au 20 avril 2006, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité d'employée polyvalente (aide de cuisine et de maison) à plein temps, à savoir CHF 67'916.00, est comparé aux gains résultant de l'exercice à un taux de 70% d'une activité lucrative adaptée;

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF

4'019.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'019.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.69.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 35'194.38 par année.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 35'194.38.

Le degré [d'invalidité] découle du calcul suivant :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:				
sans invalidité	CHF	67'916.00		
avec invalidité	CHF	35'194.40		
La perte de gain s'élève à	CHF	32'721.60	=	un degré d'invalidité de 48%

Notre décision est par conséquent la suivante:

Dès le 1.4.2006, vous avez droit à un quart de rente."

b) L'assurée a fait part de ses objections à ce projet de décision le 7 juillet 2009. En substance, elle a contesté les conclusions de l'examinatrice du SMR, qui s'écartaient sensiblement de celles retenues de manière concordantes par le Dr W. _____ et par le Dr N. _____, de même que par le Dr M. _____, médecin-conseil de la Ville de [...], sans en expliquer la raison. Elle a également contesté le calcul du degré d'invalidité, dans la mesure où il n'avait été procédé sur le revenu hypothétique d'invalide, évalué sur la base de salaires statistiques, à aucun abattement qui tînt compte des limitations liées notamment à sa santé.

c) Le 8 mars 2010, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 18 mai 2009. Dans un courrier du 5 février 2010, dont il était indiqué qu'il faisait partie intégrante de la décision qui serait prochainement notifiée, l'OAI s'était déterminé comme suit sur le grief de la recourante relatif au fait qu'aucun abattement n'avait été opéré sur le revenu d'invalide déterminé sur la base de données statistiques :

"Aucune réduction supplémentaire du salaire déterminé par le biais des données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique à titre de désavantage salarial ne peut être retenue en raison des limitations fonctionnelles présentées, ces dernières étant déjà prises en compte dans la détermination du degré de capacité de travail résiduelle. Agée de 42 ans [au] moment de l'aptitude à la réadaptation, une réduction au motif de votre âge n'est également pas justifiée. Vous évoquez encore votre nationalité pour justifier d'une réduction. Or, nous relevons que vous êtes au bénéfice d'un permis d'établissement de type C, ce qui ne permet pas d'opérer une réduction à ce titre. Quant au taux d'occupation, une réduction ne se justifie pas pour les assurées de sexe féminin compte tenu du fait que les femmes travaillant à temps partiel gagnent proportionnellement plus que celles travaillant à plein temps. Nous précisons également que, conformément à une jurisprudence constante, le manque de qualifications et le défaut de connaissances linguistiques de l'assuré ne constituent pas des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité (ATF 107 V 17, c. 2c, RCC 1982 p. 34).

C'est ainsi à juste titre que le revenu d'invalidité retenu est de CHF 35'194.38. Pour le surplus du calcul de l'invalidité, nous vous renvoyons aux indications figurant sur le préavis incriminé."

L'assurée s'est également vu notifier une décision datée du 22 mars 2010, concernant le paiement des rétroactifs dès le mois d'avril 2006.

C. a) L'assurée, représentée par l'avocat Claudio Venturelli, a recouru par acte du 22 avril 2010 contre les décisions de l'OAI des 8 et 22 mars 2010.

A l'appui de son recours, la recourante critique tout d'abord le rapport d'examen clinique SMR de la Dresse A. _____ et les conclusions qui en découlent. Elle fait d'abord valoir que ce rapport, sur lequel se fonde la décision attaquée et qui arrive à la conclusion que la capacité de travail est de 70% tant dans son activité habituelle tout comme dans une activité adaptée, contient une contradiction difficilement compréhensible, en ce sens que la capacité de travail retenue est la même dans une activité adaptée que dans l'activité habituelle, alors que la Dresse A. _____ sous-entend que le poste occupé par la recourante (soit son activité habituelle) n'est pas complètement adapté. Deuxièmement, la recourante considère que les conclusions du rapport ne sont pas suffisamment motivées. En effet, toutes les personnes qui l'ont examinée

considèrent que l'activité qu'elle exerce actuellement, grâce aux aménagements consentis par l'employeur, est une activité tout à fait adaptée à son état de santé et que le 50% actuellement exercé constitue un maximum de ce qui peut être exigé d'elle. Dans ces conditions, la Dresse A._____ ne pouvait, sur la base des mêmes constatations médicales que les médecins traitants, se contenter de fixer un autre taux d'incapacité de travail sans même exposer, ne serait-ce que sommairement, la ou les raisons qui l'amenaient à se distancer des autres avis médicaux unanimes contenus dans le dossier AI.

La recourante critique également le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, dans la mesure où celui-ci n'a tenu compte d'aucun abattement sur le salaire d'invalidé. Selon elle, il y lieu d'opérer un abattement de 15% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles (soit: position statique prolongée debout/assise, en rotation flexion du tronc et en porte-à-faux, ainsi que des positions extrêmes de la nuque, pas de travail à la chaîne ou sur des machines vibrantes, port de charges limité à 5kg occasionnellement, possibilité de changer de position à sa guise), de sa formation plutôt limitée, de sa nationalité, de son âge et du fait qu'elle travaille depuis près de 20 ans auprès de la Commune de [...] et aura donc objectivement plus de difficultés que d'autres à s'adapter si elle devait rechercher un nouveau travail.

Dès lors que la recourante doit être considérée comme apte à travailler à 50%, le salaire hypothétique d'invalidé à retenir s'élève ainsi, compte tenu d'un abattement de 15%, à 21'368 fr., ce qui aboutit à retenir un degré d'invalidité de 69% ouvrant le droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2006. Même si le taux d'activité de 70% retenu dans la décision attaquée devait être confirmé, le revenu hypothétique d'invalidé s'élève, compte tenu d'un abattement de 15%, à 29'915 fr., ce qui aboutirait à retenir un degré d'invalidité de 55% ouvrant en tous les cas le droit à une demi-rente. Par conséquent, la recourante conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme des décisions attaquées en ce sens que la recourante est mise au bénéfice de trois quarts de rente AI dès le 1^{er} avril 2006 et que le calcul du rétroactif depuis le mois d'avril 2006 soit

effectué en conséquence, et subsidiairement à l'annulation de ces décisions, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Pour le cas où le tribunal ne s'estimerait pas en mesure de constater que la capacité de travail de la recourante, dans une activité adaptée, ne dépasse pas 50%, la recourante requiert la mise en oeuvre d'une expertise médicale afin de pouvoir déterminer clairement sa capacité de travail dans son activité habituelle.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 8 juin 2010, l'OAI expose que la recourante cite un extrait du rapport d'examen clinique SMR du 28 avril 2008 qui, sorti de son contexte, peut mener à une incompréhension. En effet, lorsque la Dresse A._____ expose que "le poste actuel est déjà un peu adapté", il ne faut pas comprendre par là qu'il n'est adapté que partiellement en termes de limitations fonctionnelles, mais plutôt qu'il n'est adapté qu'à un taux d'activité partiel, soit 70% en l'espèce. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les conclusions de l'expert, qui expose que "le poste actuel semble bien adapté" et qu' "il est théoriquement exigible que l'assurée augmente le taux de travail dans ce poste [...] à 70 voire 80%". Dès lors, il ne serait pas soutenable selon l'OAI d'arguer que le rapport d'examen clinique du SMR présente une valeur probante moindre. S'agissant de la question de l'abattement, que la recourante évalue à 15%, l'OAI expose n'en avoir retenu aucun, considérant que l'exigibilité réduite à 70% prend déjà en compte le désavantage salarial lié aux limitations fonctionnelles. Cette façon de procéder résulterait d'une pratique constante de l'OAI, basée sur son pouvoir d'appréciation. Par conséquent, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 9 juillet 2010, la recourante requiert la mise en oeuvre d'une expertise médicale afin de trancher la question du taux d'incapacité de travail. A l'appui de cette requête, elle relève que, mis à part la Dresse A._____, tous les médecins l'ayant examinée

admettent qu'elle présente une incapacité de travail de 50%, cette appréciation étant en particulier confirmée par un médecin tout à fait indépendant, soit le Dr M._____, médecin-conseil de la ville de [...]. Subsidiairement à l'expertise requise, la recourante requiert qu'un rapport détaillé soit demandé au Dr M._____, voire que ce dernier soit interpellé ou entendu en qualité de témoin pour exposer ses conclusions médicales. S'agissant du taux d'abattement, la recourante précise qu'elle ne conteste pas que l'OAI bénéficie d'un pouvoir d'appréciation mais qu'elle considère en revanche que les arguments invoqués pour refuser, dans le cas d'espèce, tout droit à un abattement sont arbitraires, d'autant plus si l'on tient compte de l'ensemble des circonstances et de la situation professionnelle de la recourante (durée des rapports de travail; entente avec l'employeur, etc.).

d) Le 19 juillet 2010, le juge instructeur a constaté que les différents avis médicaux au dossier divergeaient uniquement sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Estimant qu'il s'agissait d'une question qui devrait pouvoir être tranchée par la cour sur la base du dossier, sans qu'une expertise judiciaire ou une nouvelle interpellation du Dr M._____ ne se révèle nécessaire - l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer étant bien entendu réservé -, il a ainsi informé les parties que la cause était gardée à juger et que le dossier serait mis en circulation auprès de la cour dès que l'état du rôle le permettrait.

e) Le 3 novembre 2010, la recourante a indiqué qu'elle souhaitait produire un nouveau rapport médical qui n'était pas encore en sa possession, de sorte qu'elle requérait qu'il fût sursis à toute décision jusqu'au 30 novembre 2010. Le 3 décembre 2010, elle a requis qu'il fût sursis à toute décision jusqu'au 20 décembre 2010.

Le 20 décembre 2010, la recourante a produit un rapport d'expertise privée établi le 8 décembre 2010 par le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine interne. De ce rapport, qui contient un

résumé des pièces médicales du dossier (p. 2-8), une anamnèse comprenant la description des plaintes actuelles de l'expertisée (p. 8-12), les constatations objectives cliniques et radiographiques (p. 12-15), les diagnostics (p. 15), l'appréciation (p. 15-18) et les réponses aux questions (p. 18-19), il ressort en particulier ce qui suit :

"DIAGNOSTICS :

- Cervicobrachialgies gauches chroniques avec spondylodèse C3-C6 avec discectomie C3-C6, mise en place de cages de Peek et plaques Zephir le 22.04.2005 pour canal cervical étroit avec myélopathie, discopathie avec hernie discale C5-C6 gauche,
- Algies faciales droites chroniques d'étiologie indéterminée,
- Dorsolombalgies, coccydynies avec sciatgies droites atypiques, chroniques, non spécifiques, avec troubles dégénératifs, discrète séquelle de maladie de Scheuermann, discopathie L5-S1.

APPRÉCIATION :

Mme J._____ est une expertisée âgée de 36 (recte : 46) ans, ayant effectué une scolarisation minimale au Portugal, au bénéfice d'un permis C, sans formation professionnelle certifiée, employée de la ville de [...] depuis le 1^{er} novembre 1993, travaillant actuellement sur le site du Centre de Vacances à la Montagne des [...]/ [...].

Elle a tout d'abord travaillé pendant 9 ans à 60% en tant qu'aide de maison polyvalente (nettoyeuse, aide de cuisine) passant par la suite à 70% durant 3 ans. A la fin 2002, augmentation de l'activité professionnelle à 100% avec en plus gestion de la lingerie.

D'un point de vue médical, elle présente un premier épisode de blocage lombaire en 1989, n'ayant pas de conséquence sur l'activité professionnelle et la vie quotidienne.

En 1994, cervicalgies irradiant progressivement dans le membre supérieur gauche, et augmentant également en intensité, avec une évolution tout d'abord chronique récidivante, avec intervalles libres de douleur, puis dans les années 2002-2003, elle note une augmentation de l'intensité et de la durée de la symptomatologie douloureuse, qui sera alors quasiment constante.

Elle ne décrit pas de survenue de difficulté à la marche, il n'y a également pas d'anamnèse de chute, ni de perte de dextérité.

Les investigations effectuées, mettront en évidence une cervicarthrose pluriétagée, discopathie C5-C6 avec hernie discale gauche, canal cervical étroit de C3 à C6 prédominant en C4-C5 segment en regard duquel on met en évidence des signes de souffrance médullaire sous forme d'hypersignal intramédullaire à l'IRM.

Deux neurochirurgiens consultés, dont le Dr E._____, neurochirurgien FMH à [...], proposent d'effectuer, malgré l'extrême

angoisse de la patiente face à la perspective d'une intervention neurochirurgicale, une discectomie avec spondylodèse à trois niveaux.

L'intervention d'un point de vue médical est justifiée, compte tenu des risques neurologiques encourus en cas de non-intervention, l'évolution « naturelle » des troubles dégénératifs décrits allant en progressant avec l'âge. D'autre part, un traumatisme banal était susceptible d'avoir des conséquences dramatiques d'un point de vue neurologique notamment. Mentionnons encore la présence d'un signe clinique de myélopathie sous forme de la présence d'un signe de Lhermitte, décrit par le Dr E. _____.

Malheureusement, l'expertisée a présenté une complication postopératoire sous forme de fistule du liquide céphalo-rachidien, ayant nécessité une dérivation lombaire, curative, intervention très mal vécue par l'expertisée, qui en arrivera à changer de médecin traitant pour cette raison et à « en vouloir » à son premier médecin traitant et au neurochirurgien, de lui avoir conseillé l'intervention et surtout de ne pas l'avoir informée sur les complications éventuelles de cette intervention neurochirurgicale.

Parallèlement, elle présente des lombalgies, dont l'intensité ira également en augmentant, et se chronifiant, avec aggravation sous forme d'augmentation de l'intensité douloureuse depuis l'intervention neurochirurgicale du 22.04.2005.

Sur la base de l'étude du dossier médical, de l'anamnèse, de mon examen clinique et de l'étude du dossier radiologique, je conclus au diagnostic de cervicobrachialgies gauches chroniques, avec spondylodèse C3-C6 avec plaque Zephir, discectomie C3-C6 avec cages de Peek le 22.04.2005, lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques, non spécifiques, avec troubles dégénératifs, discrètes séquelles de maladie de Scheuermann, discopathie L5-S1.

Objectivement, on relèvera la disparition des signes de myélopathie tant clinique puisqu'il n'y a plus de signe de Lhermitte, et que l'hypersignal à l'IRM n'est plus présent lors du contrôle de l'IRM en postopératoire.

D'un point de vue médical pur, on peut conclure à un succès de l'intervention neurochirurgicale de stabilisation. Il en va par contre tout autrement d'un point de vue subjectif, puisque l'expertisée mentionne plutôt une aggravation de l'ensemble de la symptomatologie douloureuse ressentie, qui n'est à mon avis pas explicable selon un modèle biomédical seul.

L'ensemble des médecins ayant examiné Mme J. _____, y compris la Dresse A. _____ du SMR, de l'Office de l'Assurance Invalidité du canton de Vaud à Vevey, s'accordent sur les diagnostics retenus et confirmés par la présente expertise chez Mme J. _____.

C'est sur les répercussions fonctionnelles de la douleur et de la capacité de travail que les avis divergents, les médecins traitants de Mme J. _____ estimant une capacité de travail dans un poste de travail adapté de 50%, la Dresse A. _____ estimant quant à elle que la capacité de travail dans un travail adapté est de 70%.

On relèvera également qu'il n'y a pas de contestation du moins dans l'énoncé des limitations fonctionnelles émises par la Dresse A._____ et énoncées dans l'extrait du dossier, et auxquelles je me rallie.

Elles sont respectées, dans le travail qu'effectue actuellement Mme J._____ chez son ancien employeur, qui a effectué un gros effort d'adaptation pour maintenir une capacité de travail de son employée.

Actuellement, Mme J._____ travaille à un taux de 50%, elle estime qu'en raison de la symptomatologie douloureuse, elle ne peut augmenter ce pourcentage.

Ce sont donc les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable, non explicable dans ce cas selon un modèle biomédical seul, propre à chaque individu, dépendant également de facteurs extra-médicaux, à savoir socioculturels, de craintes existentielles, pouvant également refléter des angoisses, non verbalisables autrement, qui limitent actuellement la capacité de travail de 50% dans un poste de travail adapté à son état de santé.

Ceci ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de l'expertisée.

Il est à l'heure actuelle impossible de quantifier le pourcentage des douleurs dues à un phénomène biomédical seul des douleurs non explicables selon le modèle biomédical. De ce fait, l'appréciation de la capacité de travail peut varier, sachant que les médecins traitants doivent en plus développer une attitude soutenante vis-à-vis de leur patient.

Par ailleurs, dans sa lettre qu'il m'adresse le 3 mai dernier, le Dr N._____ mentionne l'apparition d'hémicrânialgies du côté droite, avec dysesthésie, pour lesquelles aucune pathologie neurologique spécifique [n']a été mise en évidence, ainsi que des cervicoscapulalgies à droites, lesquelles ne sont cependant pas mentionnées lors de l'énoncé des plaintes sur le chablon anatomique humain par l'expertisée ce jour, le Dr N._____ mentionnant qu'elles entraînent un certain handicap quant à l'utilisation du membre supérieur droit, ce qui n'est également pas mentionné spontanément par l'expertisée ce jour, le Dr N._____ postulant la présence de dysbalance musculaire cervicale haute, suite à l'affaiblissement de la région latérale cervicale gauche, alors que cliniquement on n'objective aucune amyotrophie focale, ni de parésie, ou de déficit réflexe.

D'un point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail de Mme J._____, tant (recte : dans) le poste de travail actuel, tel que décrit par son employeur, dans sa lettre du 25 octobre 2009 et énoncée dans l'extrait du dossier est de 70% et en considérant un rendement diminué, que la capacité de travail réellement exigible d'un point de vue rhumatologique seul de Mme J._____ est de 60%.

Il me paraît illusoire de proposer à l'expertisée un autre lieu de travail, vu que l'employeur actuel a donné à Mme J._____ un contexte professionnel extrêmement favorable, et qu'il y a fort peu

de chance que l'on retrouve sur le marché du travail un employeur aussi compréhensif et arrangeant que le Centre de Vacances des [...] de la commune de [...].

Il est possible que Mme J. _____ ait épuisé ses capacités adaptatives et qu'elle n'arrive pas à gérer davantage ses douleurs. On ne peut malheureusement le mesurer de manière objective.

D'autre part, Mme J. _____ ne se décrit pas comme étant dépressive, elle a cependant des craintes vis-à-vis de l'avenir et surtout, ne pense pas pouvoir travailler davantage.

Il n'y a également pas d'isolement social décrit.

A noter également que par crainte des douleurs, elle a petit à petit réduit toute activité physique, ce qui est d'un point de vue rhumatologique négatif et susceptible de péjorer son état de santé, d'une manière générale, la sédentarité augmentant par ailleurs entre autre le facteur de risque cardiovasculaire.

RÉPONSES À VOS QUESTIONS :

1. Anamnèse : cf plaintes actuelles, antécédents personnels, anamnèse familiale, anamnèse par système, affection actuelle.

2. Sur la base de vos constatations, quels sont les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de Mme J. _____? cf diagnostics.

3. Ces affections l'empêchent-elle médicalement d'exercer son activité habituelle? Non, pour autant que les limitations fonctionnelles suivantes soient respectées, à savoir éviter une position statique prolongée debout et/ou assise, pas d'exposition à des vibrations corporelles, à savoir conduite prolongée d'un véhicule, ou distance domicile/lieu de travail supérieure à 30 minutes d'affilées, ou conduite d'un véhicule sur un total de 4 heures quotidiennes, mouvements de flexion/extension, rotation répétitifs de la colonne cervicale, port de charges supérieures à 7 kg de manière répétitive, travail à la chaîne ou avec rendement imposé, activités en flexion antérieure du tronc, mouvements en porte-à-faux ou torsion de la colonne lombaire, positions accroupies prolongées.

Le poste de travail occupé actuellement est parfaitement adapté et ne peut pas l'être davantage.

4. Si l'activité professionnelle de Mme J. _____ n'est plus exigible dans la profession exercée jusqu'alors, peut-on exiger de celle-ci qu'elle exerce une autre activité, compte tenu des affections décrites sous point 2 ? Si oui, dans quelle activité, à quel taux et avec quelles limitations fonctionnelles ? L'activité professionnelle exercée actuellement tenant compte des limitations fonctionnelles énoncées sous point 3, au lieu de travail actuel est encore exigible à un taux de 60%, avec les limitations fonctionnelles énoncées sous point 3.

5. Dans l'hypothèse où le taux d'activité retenu dans une activité adaptée se distancierait de celui ressortant de l'expertise

rhumatologique de l'AI, merci de préciser sur quels points, de même que les raisons de ces divergences. Le taux d'activité retenu dans mon expertise dans une activité adaptée se distance de celui de l'expertise rhumatologique dans l'appréciation du pourcentage, dans l'expertise rhumatologique de l'AI, on retient un taux d'activité exigible dans un travail adapté de 70%, alors que je retiens une capacité de travail maximale de 60%, tenant vraisemblablement davantage compte des répercussions fonctionnelles de la douleur, phénomène cependant subjectif, non mesurable, et non explicable dans ce cas uniquement selon un modèle biomédical seul, et possiblement influencé par les conditions psychosociales que l'expertisée rencontre, lesquelles ne sont malheureusement pas influençables de manière certaine et significative par un traitement médical, lequel est jusqu'à ce jour bien conduit par le médecin traitant.

6. Une expertise dans un autre domaine de spécialité vous paraît-elle utile, voire nécessaire ? Non.

7. Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de cette affaire? Comme déjà abordé dans le point 5, je pense qu'au vu du status locomoteur actuel, l'évolution de la symptomatologie douloureuse dépendra davantage des conditions psychosociales actuelles et que l'expertisée rencontrera à l'avenir, que d'une dégradation biomédicale stricte, qui serait liée essentiellement à l'âge, et à l'évolution naturelle.

La différence de pourcentage de l'estimation de la capacité de travail exigible est également et principalement due au fait que j'estime que les conditions biopsychosociales actuelles et que l'expertisée rencontrera dans le futur constituent un pronostic plutôt défavorable quant à une augmentation de la capacité de travail, et que ce phénomène n'est pas influençable par un traitement médical. D'autre part, je me rallie à la remarque du médecin conseil de la ville de [...] M. le Dr M. _____, que le pronostic quant à une reprise de travail à 70% est très réservé, en tenant compte des raisons médicales et biopsychosociales.

Je pense que si l'on exige de l'expertisée qu'elle travaille à 70%, elle risque de présenter un état d'épuisement dû davantage à son incapacité à faire face à la douleur et par son attitude d'éviter l'effort physique de peur de douleurs ou d'aggravation de ses dernières, amène au contraire à une réduction de la capacité de travail réelle et effective.

Le maintien dans le poste de travail actuel parfaitement adapté me paraît essentiel."

La recourante estime qu'il y a lieu de retenir, sur la base du rapport d'expertise privée du Dr B. _____ du 8 décembre 2010, qu'elle présente une capacité de travail de 60% dans son activité actuelle ainsi que dans toute autre activité adaptée. En opérant un abattement de 15% sur le revenu ESS pour une activité à 60%, il y aurait dès lors lieu de retenir un revenu d'invalidé de 25'641 fr. 62 qui, comparé au revenu sans

invalidité de 67'916 fr., ferait apparaître une perte de gain de 42'274 fr. 38 et donc un degré d'invalidité de 62.24%.

f) Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise privée du Dr B._____ du 8 décembre 2010, l'OAI se réfère le 17 janvier 2011 à un avis médical SMR établi le 10 janvier 2011 par le Dr D._____, dans lequel ce praticien expose notamment ce qui suit :

"Le Dr B._____ conclut que, dans l'activité habituelle de l'assurée, l'exigibilité est de 60% (page 18.4).

Quant à l'activité dans une activité adaptée, il l'apprécie à 60% aussi, tout en faisant remarquer, dans ses arguments, qu'il prend en compte des répercussions fonctionnelles de la douleur, phénomène qu'il qualifie de subjectif, de non mesurable et de non explicable.

Il s'agit donc, selon l'expert, de l'appréciation différente d'une situation similaire qui tient compte des raisons médicales et biopsychosociales (page 19).

Il convient donc de demander au Dr B._____ d'apprécier la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée en ne tenant compte que des raisons médicales, les limitations biopsychosociales à l'intégration au monde de l'économie n'étant pas du domaine de la LAI."

L'OAI requiert ainsi qu'il soit demandé au Dr B._____ de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée en ne tenant compte que des critères médicaux.

g) Le 21 janvier 2011, le juge instructeur a demandé à la recourante, s'agissant d'une expertise privée, de demander au Dr B._____ de répondre à la question de savoir quelle est la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée en ne tenant compte que des raisons médicales, à l'exclusion des facteurs biopsychosociaux.

Le 11 mars 2011, la recourante a produit un courrier du Dr B._____ du 14 février 2011, dans lequel ce praticien indique ce qui suit :

"Suite à votre lettre du 2 février 2011 pour laquelle je vous remercie, vous m'informe[z] que suite au dépôt de mon rapport d'expertise du 8.12.2006 (recte : 8.12.2010) concernant l'assurée susmentionnée, la cour des assurances sociales e[s]t intervenue

auprès de Maître Claudio Venturelli afin que je réponde à la question suivante:

« Quelle est la capacité de travail de Madame J. _____ dans une activité adaptée, en ne tenant compte que des raisons médicales, à l'exclusion des facteurs biopsychosociaux. »

Suite au réexamen du dossier de Madame J. _____, la capacité de travail de Madame J. _____ dans une activité adaptée est de 70% avec un rendement diminué, ce dernier étant à déterminer par le spécialiste en réadaptation de l'assurance invalidité."

Relevant que l'expert privé arrive à la conclusion que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 70% avec un rendement diminué, la recourante a déclaré maintenir ses conclusions.

h) Le 15 mars 2011, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant désormais complète, le dossier serait prochainement mis en circulation auprès de la cour en vue de jugement par voie de circulation.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) – par J. _____ contre les décisions de l'OAI des 8 et 22 mars 2010 lui octroyant un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2006.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence 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).

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

b) En l'espèce, le litige porte sur la détermination du revenu d'invalidité, deuxième terme de la comparaison des revenus déterminant le degré d'invalidité selon l'art. 16 LPGA (cf. consid. 3a infra), singulièrement

sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée et sur la prise en compte ou non d'un abattement sur le revenu hypothétique d'invalidé calculé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

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 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (cf. art. 28 al. 1 aLAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant 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). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

c) 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 et 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

4. a) Depuis le 16 janvier 2006 – et, partant, au 1^{er} avril 2006, date d'ouverture du droit à la rente selon l'art. 29 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et donc applicable ratione temporis en l'espèce –, la recourante travaille à 50% comme aide de cuisine et de

maison, employée de la Ville de [...], sur le site du Centre de vacances à la montagne des [...], à [...]. Il est constant que cette activité, qui lui procurait en 2006 un revenu annuel de 33'958 fr., ne peut être exercée à un taux supérieur à 50%, car les tâches supplémentaires qui devraient lui être confiées afin d'augmenter son taux d'activité ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles reconnues sur le plan médical. Cela étant, il convient d'examiner si la recourante serait en mesure de mettre à profit une capacité de gain supérieure à celle résultant de son activité actuelle pour la Commune de [...] en exerçant une autre activité.

b) Il résulte du rapport d'expertise privée du Dr B. _____ du 8 décembre 2010 et de son complément du 14 février 2011 que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, en ne tenant compte que des raisons médicales, à l'exclusion des facteurs biopsychosociaux, est de 70%. Cette appréciation rejoint celle déjà donnée par la Dresse A. _____ dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 28 avril 2008 et ne peut qu'être suivie.

En effet, il sied de rappeler que si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 4.1 et les références citées).

En l'espèce, il convient donc d'évaluer le revenu que la recourante pourrait tirer de l'exercice d'une activité adaptée exercée à un taux de 70%.

c) aa) Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé - second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA (cf. consid. 3a supra) -

est déterminé sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa et les références; TF 8C_677/2008 du 1^{er} avril 2009, consid. 2.3 et 8C_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1), le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 ss. consid. 4b). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; 9C_532/2007 du 28 mars 2008, consid. 2.2.2).

bb) C'est à tort que l'OAI a soutenu dans son courrier du 5 février 2010, censé faire partie intégrante de la décision attaquée, qu' "[a]ucune réduction supplémentaire du salaire déterminé par le biais des données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique à titre de désavantage salarial ne peut être retenue en raison des limitations fonctionnelles présentées, ces dernières étant déjà prises en compte dans la détermination du degré de capacité de travail résiduelle". En effet, l'abattement sur les salaires statistiques, tel qu'il est admis par la jurisprudence, vise à prendre en compte certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales par rapport à la moyenne des travailleurs, ce qui est précisément le cas de certaines limitations fonctionnelles (cf. consid. 4c/aa supra). Il est par conséquent erroné de soutenir que des limitations fonctionnelles n'auraient pas à être prises en considération pour réduire le revenu d'invalidé ressortant des statistiques pour le motif qu'elles ont déjà été prises en considération au

moment de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, ainsi que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de le dire à l'office intimé (TF 9C_532/2007 du 28 mars 2008, consid. 2.2.2).

cc) En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par la recourante (éviter une position statique prolongée debout-assise, en rotation flexion du tronc et en porte-à-faux, ainsi que des positions extrêmes de la nuque; pas de travail à la chaîne ou sur des machines vibrantes; port de charges limité à 5 kg occasionnellement; possibilité de changer de position à sa guise), un abattement de 5%, voire de 10%, sur le revenu d'invalidé de 35'194 fr. 40 ressortant des statistiques apparaît justifié. Avec un abattement de 5%, le revenu d'invalidé devrait ainsi en définitive être fixé à 33'434 fr. 68, ce qui aboutirait, par comparaison avec le revenu sans invalidité de 67'916 fr., à un degré d'invalidité de 50.77%, qui doit être arrondi à 51% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Avec un abattement de 10%, le revenu d'invalidé s'établirait à 31'674 fr. 96, ce qui aboutirait, par comparaison avec le revenu sans invalidité de 67'916 fr., à un degré d'invalidité de 53.36%, arrondi à 53% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

d) Il résulte de ce qui précède que le degré d'invalidité de la recourante doit être déterminé en prenant en compte le revenu annuel de 33'958 fr. (en 2006) réalisé dans son activité actuelle à 50% pour la Commune de [...], dès lors qu'elle ne gagnerait pas davantage, mais au contraire moins, en exerçant une autre activité à un taux de 70%. La comparaison du revenu d'invalidé de 33'958 fr. avec le revenu sans invalidité de 67'916 fr. fait apparaître un degré d'invalidité de 50%, qui ouvre à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité et non à un quart de rente.

5. a) En définitive, le recours, fondé, doit être admis. Les décisions de l'OAI des 8 et 22 mars 2010, octroyant à la recourante un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2006, seront par conséquent réformées en ce sens que la recourante a droit une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2006.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer équitablement à 2'500 fr.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** Les décisions rendues les 8 et 22 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2006.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
- IV.** Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à verser à la recourante à titre de dépens, 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 Claudio Venturelli (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :