

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assurée), née en 1962, mariée et mère de deux enfants majeurs, est originaire d'ex-Yougoslavie et vit en Suisse depuis 1986. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme employée de nettoyage pour le compte de [...] de juillet 2003 à mai 2006, à raison de 20 heures par semaine, pour un salaire horaire de 19 fr. 50 (cf. questionnaire pour l'employeur du 9 juillet 2007).

Le 9 mai 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison de rhumatisme. Elle a précisé qu'en bonne santé, elle travaillerait au taux de 100% dans une activité où elle ne serait pas en contact avec des produits (cf. formulaire 531bis du 4 juin 2007).

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux.

Dans un rapport du 26 juin 2007, la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant depuis septembre 1993, a posé les diagnostics de spondylarthropathie avec sacro-iliite bilatérale, infiltrats pulmonaires d'origine indéterminée, contage et primo infection tuberculeuse, perte de la vision d'un œil en investigation et dépression moyenne à sévère réactionnelle à la maladie. Le début des symptômes remontait à 2004 et l'état de santé s'aggravait. L'assurée était en incapacité de travail depuis le 13 janvier 2006 et ni l'activité exercée jusqu'à présent ni une autre activité n'était exigible. De plus, l'assurée manquait de formation et ne maîtrisait pas le français. La Dresse B._____ a apporté les précisions suivantes:

"A partir d'avril 2004, la situation au plan médical s'est progressivement détériorée avec des douleurs lombaires et abdominales qui ont fait l'objet de nombreuses investigations et

plusieurs hospitalisations au CHUV. Au cours de l'hospitalisation dans le service de rhumatologie du CHUV en février 2006, on a conclu à une spondylarthropathie HLA B27 négative avec sacro-iliite bilatérale et proposé des investigations pneumologiques complémentaires pour des infiltrats pulmonaires bilatéraux dans un contexte de contag tuberculeux et T-spot positif.

Une dégradation de la situation a obligé à une nouvelle hospitalisation le 23 janvier 2007 et la décision a été prise d'instaurer un traitement par anti-TNF. La première injection de Remicade a déclenché une réaction allergique sévère et le traitement a été modifié pour de l'Etanercept (Enbrel). Sous ce traitement, au plan physique, la situation s'est améliorée avec une nette régression des symptômes douloureux rachidiens. Le contag tuberculeux a obligé à une prophylaxie par isoniazide. Après 4 ou 5 injections d'Enbrel, Madame R. _____ a développé des céphalées et des troubles de la vue dont l'origine est peu claire. Elle est actuellement en investigations dans le service de neurologie du CHUV. On suspecte une névrite optique.

4. Plaintes subjectives : les plaintes de la patiente ont consisté en rachialgies diffuses prédominant dans la région fessière avec des sciatiques à bascule. Elle n'annonce pas de limites fonctionnelles périphériques. Il y a des céphalées chroniques. Les troubles urogynécologiques ont disparu avec l'amélioration des signes de sacro-iliite. Actuellement au plan digestif, la patiente n'a plus de plaintes (gastrite à Hélicobacter). Madame R. _____ souffre d'un état anxio-dépressif relatif à son état de santé et aux soucis qu'elle se fait de ne plus pouvoir travailler et améliorer l'état financier de la famille. Son mari souffre de lombalgies après échec d'une cure de hernie discale. [...]

5. Constatations objectives : patiente maigre pesant 52 kg pour une taille de 161 cm. Le jour de cet examen (12.06.2007) pas de lésions cutanées, pas d'adénopathies suspectes. Ampliation thoracique 4 cm. Schober lombaire 10-13 cm et douleurs à la palpation des deux sacro-iliaques. L'examen neurologique périphérique est normal.

[...]

7. Thérapie / Pronostic : Il s'agit d'une affection complexe. La spondylarthropathie avec atteinte bilatérale des sacro-iliaques a été améliorée au plan clinique par les médicaments anti-TNF mais ces derniers doivent probablement être abandonnés en raison des effets secondaires qu'ils entraînent.

En tout état de cause, la capacité de travail est restée nulle du 13 janvier 2006 à l'heure actuelle. Un pronostic à long terme est difficile à établir."

La Dresse B. _____ a notamment transmis à l'OAI un rapport établi le 28 février 2007 par le Prof. P. _____ et la Dresse O. _____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), aux termes duquel

l'assurée avait été hospitalisée dans ce service du 23 janvier 2007 au 8 février 2007 en raison de pygalgies. Dans le cadre de la recherche d'une origine à ces pygalgies, un bilan biologique large avait été effectué, lequel avait révélé un syndrome inflammatoire avec VS à 40 mm/h, sans leucocytose. Une hypovitaminose D3 avait été découverte et traitée. Le bilan radiologique avait montré deux micronodules au niveau des lobes pulmonaires avec un infiltrat lingulaire non spécifique d'aspect inchangé par rapport aux anciens clichés. Une sacro-iléite bilatérale et une enthésite du ligament inter-épineux L3-L4 ont été mises en évidence.

Le 7 septembre 2007, la Dresse B._____ a informé l'OAI qu'une névrite optique rétro-bulbaire gauche avait été confirmée par diverses investigations et qu'il y avait actuellement une cécité quasi complète de l'œil gauche. Elle a également précisé que le rhumatisme, qui ne pouvait plus être traité par un anti-TNF, était en acutisation, ce qui entraînait un syndrome douloureux et des limitations fonctionnelles majeures. Elle attestait finalement une incapacité de travail totale, probablement définitive.

La Dresse B._____ a joint à son courrier deux rapports, établis respectivement le 7 août 2007 par le Dr S._____, médecin associé à l'Hôpital ophtalmique, et le 14 août 2007 par les Drs M._____ et Y._____, médecins au Service de neurologie du CHUV. Le Dr S._____ posait le diagnostic de status après névrite optique rétro-bulbaire gauche secondaire à un traitement, précisant que l'acuité visuelle à droite était de 10/10^e corrigé, l'Ishihara de 15/15, le segment antérieur étant calme, la tension oculaire de 14 mm Hg. Le nerf optique montrait un C/D à 0,2 et la périphérie rétinienne était en ordre. A gauche, le segment antérieur était clame et on observait un très discret RAPT gauche; la vision était limitée à la numération des doigts à 20 cm, l'Ishihara était de 2/15, la tension oculaire de 13 mm Hg et le fond d'œil montrait une turgescence papillaire surtout nasale, le reste du status étant dans les limites de la norme. Le Dr S._____ ajoutait que l'examen par Octopus avait montré une très discrète amélioration du champ visuel avec un scotome large, persistant en temporal supérieur, nasal supérieur et nasal inférieur. Les

Drs M._____ et Y._____ confirmaient le diagnostic de névrite optique rétro-bulbaire gauche dans le cadre d'un traitement par anti-TNF et relevaient qu'au cours de la consultation spécialisée des maladies neuro-inflammatoires du 13 août 2007, l'assurée avait indiqué qu'il n'y avait pas eu de nouvel événement neurologique depuis sa sortie d'hôpital en juin 2007. Elle estimait qu'il n'y avait pas eu d'amélioration au niveau de l'acuité visuelle de l'œil gauche, où elle ne percevait que les mouvements et la lumière. L'assurée se disait toujours extrêmement fatiguée, malgré une activité quotidienne relativement restreinte. Dans leur synthèse, les neurologues indiquaient que l'examen du jour restait superposable à celui effectué le 26 juin 2007, avec une atteinte sévère à l'acuité visuelle de l'œil gauche et de discrets signes pyramidaux au membre supérieur droit. Ils relevaient aussi que l'assurée présentait de nombreux symptômes de la lignée dépressive, méritant un suivi spécialisé et l'introduction éventuelle d'un traitement antidépresseur, étant précisé qu'ils l'avaient encouragée à consulter rapidement un psychiatre.

Interpellée par l'OAI, la Dresse B._____ a, le 4 mars 2008, posé comme diagnostics affectant la capacité de travail une spondylarthrite HLA-B27 négative à prédominance axiale, des infiltrats pulmonaires d'origine indéterminée, un contage et une primo infection tuberculeuses, une névrite optique rétro-bulbaire bilatérale secondaire à un traitement par anti-TNF et un état dépressif réactionnel. Dans son rapport du 4 mars 2008, elle précisait que sur le plan de la spondylarthrite, l'arrêt du traitement par anti-TNF avait entraîné une recrudescence des symptômes douloureux situés surtout dans le rachis, le thorax antérieur et les sacro-iliaques. S'agissant de la névrite rétro-bulbaire, l'évolution était très lentement favorable avec une récupération de la vue de l'œil gauche seulement partielle. Au plan pneumologique, une stabilité des infiltrats chroniques avait été observée lors du dernier contrôle. Au plan biologique, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire mais un taux de vitamine D effondré qui motivait une substitution orale. Au plan psychiatrique, l'assurée était suivie régulièrement par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La Dresse B._____ confirmait que, de son point de vue, plus aucune activité

professionnelle ne pouvait être exigée de l'assurée depuis janvier 2006, précisant que toutes les activités, que ce soit celles uniquement en position assise, ou uniquement en position debout, dans différentes positions, exercées principalement en marchant, nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, en rotation en position debout ou assise, nécessitant de soulever ou de porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage, ou de monter les escaliers, étaient impossibles. S'agissant des capacités de concentration, compréhension, adaptation et résistance, la Dresse B. _____ indiquait qu'elles étaient limitées.

Elle a joint deux rapports médicaux, établis respectivement le 19 décembre 2007 par le Prof. Q. _____ et le Dr L. _____, médecins au Service de pneumologie du CHUV, et le 3 janvier 2008 par le Dr M. _____ et la Dresse N. _____, médecin assistante au Service de neurologie du CHUV. Les neurologues retenaient notamment une amélioration de la vue au niveau de l'œil gauche dans le sens où l'assurée parvenait désormais à compter les doigts. Quant aux pneumologues, ils mentionnaient un statu quo depuis la consultation de janvier 2007 sur le plan de la symptomatologie, avec persistance d'une dyspnée invalidante dont l'origine restait indéterminée sur la base des examens effectués jusqu'alors. La description de la symptomatologie par l'assurée ainsi que les valeurs de saturations mesurées à 100% au repos et l'absence d'autres diagnostics somatiques leur faisaient évoquer un diagnostic de syndrome d'hyperventilation chronique. Ils indiquaient que le premier traitement de cette pathologie restait la réassurance de l'absence d'une pathologie somatique à la patiente ainsi qu'un traitement d'ordre psychologique dans le cadre d'une possible pathologie associée. Concernant les infiltrats pulmonaires décrits et investigués de façon extensive depuis le début de l'années 2006, une radiographie du thorax, effectuée le 17 décembre 2007, avait confirmé la stabilité complète de l'infiltrat paracardiaque gauche, témoignant dès lors d'une probable séquelle post-infectieuse ancienne, et ne motivant pas d'investigation complémentaire en l'état.

Dans un rapport du 10 avril 2008 à l'OAI, la Dresse N._____ a confirmé le diagnostic de névrite optique avec atteinte de la vision, précisant que l'amélioration était lente et qu'il persistait une baisse d'acuité visuelle importante de l'œil gauche. Le pronostic n'était pas prévisible et il lui était impossible de se prononcer sur l'incapacité de travail, dès lors qu'elle n'avait vu l'assurée qu'une seule fois. Cela étant, elle considérait, d'un point de vue neurologique et eu égard à l'atteinte sévère de la vision, que l'assurée n'était pas apte à exercer une activité nécessitant une bonne vue. Elle n'énonçait pas de limitations du point de vue neurologique mais rappelait que l'assurée était aussi atteinte d'une maladie rhumatologique, laquelle rendait probablement très difficiles certaines activités.

Interpellé par l'OAI, le Dr T._____, spécialiste en ophtalmologie, a adressé son rapport le 8 janvier 2009. Il a posé le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de status après névrite optique rétro-bulbaire gauche dans le cadre d'un traitement d'étafercept pour spondylarthrite, existant depuis avril-mai 2007. Il avait suivi l'assurée de mai 2007 à septembre 2007. Il se référait pour l'essentiel à un rapport du Dr D._____, spécialiste en ophtalmologie, du 28 novembre 2008, relevant une mauvaise vision de l'œil gauche; de loin, la vision était de 60% à droite avec correction, de 1/60^e à gauche avec lunettes, non améliorable, et de près, elle était de 80% pour l'œil droit et de 10% pour l'œil gauche. Il estimait qu'il n'y avait pas de restrictions physiques dans l'activité habituelle exercée, que sur le plan oculaire et compte tenu de l'acuité visuelle actuelle, toute profession n'exigeant pas de vision binoculaire et stéréoscopique devait être immédiatement possible, mais relevait que l'assurée souffrait d'un syndrome anxio-dépressif très important.

Dans le rapport du 28 novembre 2008 transmis à l'OAI, le Dr D._____ relevait, outre la vision de près et de loin mentionnée par le Dr T._____, une vision des couleurs de 12/13 à droite et de 1/13 à gauche au test d'Ishihira. Il expliquait que l'examen de l'assurée était compliqué par la présence d'une composante fonctionnelle non-organique surajoutée

et les seules anomalies objectives trouvées correspondaient à un minime déficit pupillaire afférant gauche et une asymétrie des amplitudes de l'onde P100 aux potentiels évoqués visuels. Selon lui, deux explications étaient possibles: soit l'assurée présentait une amblyopie profonde de l'œil gauche, passée inaperçue jusqu'alors, soit elle avait présenté une neuropathie optique gauche d'évolution spontanément favorable mais avec une composante fonctionnelle surajoutée rendant impossible de déterminer la fonction réelle de l'œil gauche. Une tentative de fogging de l'œil droit avait été effectuée, sans amélioration possible de la vision de l'œil gauche. Le Dr D. _____ n'avait aucune proposition d'investigation ou de traitement particulier.

Le 21 janvier 2009, le Dr V. _____ a indiqué à l'OAI n'avoir reçu l'assurée en consultation qu'une seule fois, le 19 septembre 2007. Il posait le diagnostic de dépression réactive à un problème de santé physique, existant depuis janvier 2006 et affectant la capacité de travail. L'incapacité de travail en qualité de femme de ménage était totale au moment de la consultation. Les limitations psychiques, se manifestant par une incapacité psychique et physique, se traduisaient par l'angoisse, le risque d'attaque de panique et un mauvais sommeil. Ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées, auxquelles s'ajoutait une capacité de compréhension limitée en raison de la langue. L'activité adaptée ne devait pas nécessiter pour l'assurée qu'elle monte sur une échelle ou un échafaudage. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle possibles, le Dr V. _____ indiquait un besoin de soutien, d'étayage et de réassurance. Finalement, il a expliqué ne pas pouvoir se prononcer sur une éventuelle reprise de l'activité professionnelle, respectivement sur une amélioration de la capacité de travail, dès lors qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis la consultation du 19 septembre 2007.

Interpellé par l'OAI, le Dr D. _____ a posé le diagnostic d'amblyopie profonde de l'œil gauche, affectant la capacité de travail. Il précisait, dans son rapport du 24 avril 2009, qu'il n'y avait pas, sur le plan visuel, de restriction à une réadaptation professionnelle, les plaintes de

l'assurée étant actuellement essentiellement des migraines et des lombalgies.

Par avis du 8 mai 2009, le Dr H._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a décidé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique. L'examen a été réalisé le 16 juin 2009 au SMR, en présence d'un traducteur, par les Drs E._____, spécialiste en médecine interne générale, ancien médecin-chef adjointe en psychiatrie, et X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport, établi le 24 juin 2009 et contresigné par le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, exposait notamment ce qui suit:

"ANAMNÈSE

[...]

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

[...]

Actuellement, elle consulte essentiellement :

- La Dresse B._____ à raison d'une fois par mois pour prescription d'une ordonnance comprenant, sur le plan psychotrope : Temesta® 1 mg le soir, Cymbalta® 60 mg 1 cp le soir.
- Le service de pneumologie du CHUV à raison d'une fois par trois mois pour surveillance.
- Le service d'ophtalmologie de l'Hôpital ophtalmique à raison d'une fois par mois pour surveillance.
- Depuis fin 2008 : le Dr V._____, psychiatre à [...], qu'elle voit une fois par mois pour des entretiens et précise que cette thérapeutique n'a aucun effet sur sa symptomatologie.

[...]

Status ostéo-articulaire

L'assurée est calmement assise en attendant et pendant l'entretien qui dure $\frac{3}{4}$ d'heure. Elle ne montre aucun signe de douleur non verbal jusqu'au moment où on lui pose la question du temps durant lequel elle peut rester assise; à ce moment-là, elle grimace. Elle se lève d'un trait, sans difficulté, se déshabille et se rhabille debout, sans handicap visible, passant la blouse par-dessus la tête. Elle se déplace sans boiterie.

[...]

Status psychiatrique

La présentation, le contact et la collaboration de l'assurée sont bons, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le discours est cohérent, on ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée. L'assurée partage le focus d'attention. A noter que pendant l'heure que va durer l'entretien, l'assurée ne prendra pas de position antalgique et qu'elle s'exprime avec une voix particulièrement basse.

L'examen psychiatrique SMR met en évidence :

- Une thymie bonne, sans tristesse, ni irritabilité,
- avec ruminations existentielles concernant l'avenir, sans idées noires,
- sans anhédonie (elle apprécie de faire la cuisine, les promenades, d'être à la maison et de vaquer à ses occupations),
- avec fatigabilité anamnesticque, sans trouble de concentration,
- sans repli sur elle-même (elle déclare des amitiés et connaissances qui se rencontrent régulièrement ainsi que des contacts réguliers et fréquents avec la famille de son mari),
- sans perte d'estime d'elle-même (elle déclare que, si elle n'avait pas mal, elle se sentirait capable de tout et ne se sent pas entravée par la douleur),
- le sommeil est préservé par le Temesta® du soir, l'appétit est fluctuant, la libido est décrite comme satisfaisante.

L'examen psychiatrique met aussi en évidence des éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, l'assurée fait état de trois hospitalisations aux urgences au CHUV en raison de crises d'anxiété généralisée avec tachycardie et sueurs; ces hospitalisations ont duré à chaque fois deux jours, la première au printemps 2008, la seconde en octobre 2008, la troisième en mars 2009. Ces trois épisodes sont les seuls que l'assurée ait connus. L'examen ne retrouve pas d'éléments en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie. L'assurée fait état de rituels de vérification, sans rituels de lavage.

L'examen SMR ne retrouve ni signe floride de la série psychotique, ni critère CIM-10 de trouble de personnalité.

[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail
 - Rachialgies non déficitaires dans le contexte d'un trouble statique et d'un status post sacro-iléite bilatérale avec déconditionnement musculaire (M54.8).
 - Amblyopie profonde de l'œil G.
 - Aucun sur le plan psychiatrique.
- sans répercussion sur la capacité de travail
 - Scapulalgies D avec très discrète périarthrite scapulo-humérale.
 - Infiltrat pulmonaire d'origine indéterminée en 2007.
 - Status post primo-infection tuberculeuse.
 - Carence en vitamine B, vitamine D et acide folique substituée.
 - Dysthymie (F34.1).

APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan ostéo-articulaire, cette assurée présente donc des douleurs multiples, notamment des rachialgies, au niveau de l'épaule D, aux coudes et aux genoux. Les douleurs à l'épaule sont présentes depuis 18 ans, au niveau du rachis, depuis 5-6 ans et aux coudes et aux genoux, depuis une chute il y a deux ans.

Les investigations approfondies ont mis en évidence un status post sacro-iléite bilatérale, sans autre signe d'un rhumatisme inflammatoire, respectivement d'une spondylarthrite; le facteur HLA-B27 est absent. Le traitement par un anti-TNF α , traitement compliqué par une allergie au Remicade® respectivement apparition de troubles de la vue après 4-5 infections d'Enbrel®.

[...]

Lors de l'examen, on est en face d'une femme en bon état général, pas particulièrement fatiguée, plutôt mince et peu musclée. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme avec une tendance à l'hypotension artérielle. L'ampliation respiratoire est de 5,5 cm.

Le status ostéo-articulaire met en évidence un rachis plutôt plat, sans scoliose, bien mobile au niveau cervical et dorsal. La mobilité active lombaire est quelque peu limitée pour l'inclinaison latérale et la flexion [...].

Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles. [...]

Le status neurologique est dans les limites de la norme. [...]

Le dossier radiologique montre effectivement une sacro-iléite bilatérale, très probablement ancienne. On ne trouve par contre aucun autre signe d'une spondylarthrite ankylosante, notamment pas de syndesmophytes, déformation des corps vertébraux en tonneau ou d'une arthrite périphérique.

En résumé, cette assurée présente des douleurs rachidiennes depuis 5-6 ans, des scapulalgies D depuis 18 ans et des douleurs aux coudes, respectivement aux genoux, avec fourmillements périphériques depuis 2 ans suite à une chute sur les fesses. Les différentes investigations mettent en évidence un status post sacro-iléite bilatérale comme une possible explication pour les douleurs rachidiennes. Par contre, la scintigraphie en mars 2006 est négative, le facteur HLA-B27 absent. L'anamnèse que nous fournit l'assurée ne parle pas pour une maladie inflammatoire : elle n'a pas de douleurs au repos, nocturnes ou matinales, et on peut difficilement imaginer que la prise d'un Temesta® le soir l'endorme si profondément qu'elle ne les ressent pas et se réveille. Elle ne présente pas d'autre signe de spondylarthrite, l'ampliation thoracique est normale, les douleurs plutôt de type mécanique. On constate que l'assurée ne fait aucune physiothérapie active ni du sport adapté, élément important dans la thérapie de spondylarthrite ankylosante. Tout ne met pas en doute le diagnostic en soi, mais parle contre une activité inflammatoire actuelle significative.

Au vu du status clinique d'aujourd'hui et en l'absence de signes nets inflammatoires, on ne peut pas s'accorder avec la position du médecin traitant qui atteste une incapacité de travail totale dans toute activité. On ne trouve pas les raisons objectives pour toutes les limitations fonctionnelles énumérées qui suggèrent en fait que l'assurée ne peut plus rien faire [...], ce qui est en contradiction avec la vie quotidienne décrite par l'assurée qui s'occupe de tout le ménage. [...]

Sur le plan neurologique, l'assurée présente une amblyopie profonde de l'œil gauche dans le contexte d'une névrite optique rétro-bulbaire secondaire au traitement anti-TNF α , qui ne devrait pas compromettre les mesures de réadaptation professionnelle [...]. Les médecins de l'hôpital ophtalmique [...] notent une évolution favorable lente, mais aussi qu'une "composante fonctionnelle surajoutée rend impossible de déterminer la fonction réelle de l'œil gauche". Pendant l'examen, l'assurée ne mentionne pas un problème de vue et une gêne visuelle n'est pas observée.

En conclusion, une incapacité de travail totale dans toute activité n'est donc plus justifiée. En l'absence de tout signe en faveur d'un processus inflammatoire persistant, on peut exiger de cette jeune assurée qu'elle reprenne un travail adapté aux limitations fonctionnelles à un taux de 100%. Si au début, la situation était complexe avec divers problèmes à investiguer et traiter, elle est maintenant bien contrôlée. L'amélioration lente de la névrite optique est documentée depuis août 2007, et selon le rapport médical de la Dresse N. _____ du 10.04.2008 sur examen du 17.12.2007, une activité ne nécessitant pas de vue binoculaire est possible.

Sur le plan psychiatrique [...]

L'examen psychiatrique au SMR met en évidence les éléments d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif léger avec thymie bonne, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles, sans idées noires, sans anhédonie, avec fatigabilité anamnétique, sans trouble de concentration, sans replis sur elle-même sans perte d'estime; le sommeil est préservé par les médicaments, appétit fluctuant. Le tableau est particulier de par sa fluctuation avec, à raison de 80% du temps des moments où l'assurée est moins bien, s'allonge, s'isole, et à raison de 20% du temps des moments où elle se sent mieux, sort et apprécie de rencontrer les gens, de mieux s'investir dans ses tâches ménagères. L'intensité et la fluctuation du tableau orientent vers le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines durant lesquels ils se sentent bien mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués, déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.

Il est à noter que l'assurée se déclare indemne d'antécédents médicaux jusqu'en 2007 sur le plan psychiatrique, ne pas avoir eu de suivi psychiatrique jusqu'en décembre 2008, moment où elle a consulté un psychiatre dont elle ne se souvient pas le nom, et

qu'elle a vu à raison d'une fois par mois, soit cinq fois antérieurement à l'examen SMR. Ces consultations n'ont, d'après l'assurée, apporté aucune amélioration de sa symptomatologie.

Au dossier figure un rapport médical du Dr V._____, psychiatre à [...], consulté une fois en date du 10.09.2007 et qui envisage comme diagnostic ayant effet sur la capacité de travail une dépression réactive à des problèmes de santé physique sans cotation CIM-10 avec incapacité à 100 % au moment de la consultation. Le rapport est daté du 21.01.2009 et le médecin précise ne pas avoir revu l'assurée.

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique psychiatrique ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles

Sur le plan somatique, il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc ou en porte-à-faux. Port de charge limité à 10 kg occasionnellement. Selon l'hôpital ophthalmique : pas de vision binoculaire possible.

Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle.

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

Sur le plan somatique, depuis le 13.01.2006 selon la Dresse B._____. (RM du 18.06.2007).

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

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

Sur le plan somatique, 100% dès lors selon le médecin traitant. Nous ne trouvons pas de justification médicale pour que cette incapacité de travail perdure jusqu'à aujourd'hui. Sur la base de l'anamnèse et des documents à disposition, une reprise est exigible depuis début 2008.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, on peut accepter que l'atteinte rachidienne contre-indique des travaux lourds, et que pendant les investigations et les différents traitements avec complications, l'incapacité soit justifiée. Au vu du peu de lésions objectivables, la capacité de travail est actuellement exigible à 100

%, une diminution de rendement de 10-15 % peut résulter de la nécessité de changer régulièrement de position.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 30% pour des raisons somatiques
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 90% DEPUIS: DÉBUT 2008"

Dans un rapport du 10 juillet 2009, le Dr H. _____ a repris les diagnostics, limitations fonctionnelles et conclusions sur la capacité de travail exigible tels que figurant dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 24 juin 2009 et indiqué que l'incapacité de travail totale avait débuté le 18 juin 2007.

Selon le rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 novembre 2009, l'assurée a réitéré sa déclaration selon laquelle, en bonne santé, elle travaillerait à 100% pour des raisons économiques, son époux étant en arrêt maladie depuis octobre 2008 et dans l'attente d'une décision de l'OAI. L'enquêtrice a relevé qu'il paraissait plausible, eu égard à la situation du couple telle qu'elle existait et à l'âge relativement jeune de l'assurée (47 ans), que cette dernière travaillerait à 100% précisant que le salaire de nettoyeuse étant forcément modeste, un temps complet serait nécessaire. Elle a exposé qu'au vu du statut d'active à 100%, l'enquête ménagère sous sa forme habituelle ne s'était pas réalisée.

Le 23 novembre 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Se référant aux pièces médicales en sa possession, il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 30% dans son activité habituelle et de 90% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles établies. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a considéré que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 42'233 fr. (en référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 TA1; niveau de qualification 4); comparé au gain de valide de 50'399 fr. (cf. rapport employeur du 9 juillet 2007: 19 fr. 50 + 10,64% x 41,5 heures hebdomadaire x 4,33 x 13), il en résultait une perte de gain de 8'166 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 16,20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée s'est opposée au projet de décision, par écriture du 27 novembre 2008 (*recte*: 2009). Le 21 décembre 2009, elle a formellement requis un complément d'examen médical.

Le 4 janvier 2010, l'assurée a remis à l'OAI un rapport établi le 30 décembre 2009 par le Dr T._____, lequel relevait notamment ce qui suit:

"Cette patiente présente une histoire relativement complexe, dont l'élément marquant est avant tout une névrite optique rétrobulbaire bilatérale, c'est-à-dire une maladie inflammatoire des deux nerfs optiques, d'origine toxique médicamenteuse, bilatérale mais prédominant fortement à gauche, survenue début 2007, et qui n'a malheureusement que très peu, voire pas du tout récupéré depuis.

[...]

La dernière consultation à mon cabinet a eu lieu le 22 décembre 2009. Voici mes constatations faites à cette occasion:

Acuité visuelle de l'œil droit: 20 à 30% avec la meilleure correction optique possible.

Acuité visuelle de l'œil gauche: perception des mouvements de la main et de la lumière, non améliorable.

De près, la fonction visuelle est correspondante.

Examen du champ visuel [...]: très important rétrécissement concentrique au niveau de l'œil gauche avec atteinte centrale également. Au niveau de l'œil droit, rétrécissement concentrique beaucoup moins marqué, plus ou moins superposable aux examens pratiqués précédemment, en 2007 notamment.

L'examen morphologique de l'œil ne montre rien de particulier. Dysversion du nerf optique à gauche (implantation oblique du nerf optique).

Voici donc pour les constatations objectives. Subjectivement, la patiente, déprimée, parle peu ou pas, semble épuisée, et se plaint de maux de tête ainsi que de douleurs ressenties derrière les globes oculaires, prédominant à gauche. Elle ne relate aucune amélioration depuis deux ans maintenant, elle aurait plutôt l'impression que la situation se dégrade encore.

L'incidence sur la capacité de travail est la suivante:

Ce qui est sûr, c'est que pour tout travail nécessitant la vision binoculaire et stéréoscopique, Madame R._____ est inapte. En effet, en raison d'une presque cécité de l'œil gauche, toute vision binoculaire et stéréoscopique est exclue. L'œil droit présente également une fonction visuelle fortement diminuée, au point où la lecture par exemple est très pénible et lente. Le champ visuel étant rétréci, la patiente ne peut pas se déplacer rapidement ou percevoir rapidement les choses qui se passent dans son proche entourage. Elle est très déprimée de ce fait, et il est clair que cet état augmente

à son tour la façon dont Madame R. _____ perçoit son handicap. A mon avis, seule une occupation simple, n'excédant pas une à deux heures par jour pourrait être envisagée. Cette occupation ne devrait pas exiger des capacités de lecture ou de travail minutieux avec les mains, faute de possibilité de contrôle visuel. Autant dire que la capacité de travail est probablement nulle pour toute activité que l'on pourrait imaginer."

Dans un rapport du 20 janvier 2010, la Dresse B. _____ a exposé ce qui suit:

"En révisant mon dossier, je relève de nombreuses consultations en urgence pour des douleurs cervicales, lombaires ou thoraciques dès 1998. C'est en 2005, que des investigations radiologiques effectuées pour cerner la cause de douleurs survenues après une chute, ont permis de déceler une sacro-iliite chronique pouvant entrer dans le cadre d'une spondylarthrite, rhumatisme inflammatoire qui pouvait expliquer la totalité des troubles. Néanmoins, comme il est mentionné dans l'expertise médicale, Madame R. _____ n'a jamais présenté d'inflammation notable dans le sang, ni manifestations classiquement rencontrées dans cette maladie. Mais au cours de l'année 2006, ma patiente va voir son état général s'altérer. Des douleurs situées dans le flanc gauche ont nécessité de nouvelles investigations. On découvre à ce moment une pathologie pulmonaire qui va faire suspecter une tuberculose. Je joins à la présente le rapport d'hospitalisation du service de rhumatologie du CHUV qui explique bien les incertitudes diagnostiques qui ont néanmoins conduit à la prescription d'un médicament destiné à contrôler le rhumatisme. Malheureusement, Madame R. _____ a développé des effets secondaires dont une névrite optique qui réduit sa capacité visuelle de l'œil gauche. Par la suite, de multiples contrôles en pneumologie et en neurologie ont été effectués pour déterminer l'évolutivité des diverses pathologies, mais on reste toujours dans l'incertitude et à l'heure actuelle, les spécialistes ne connaissent toujours pas la nature de l'infiltrat pulmonaire gauche ni l'importance des lésions oculaires... cette situation peut bien entendu générer un état d'angoisse qui s'exprime par des plaintes mal systématisées. [...]

En conclusion, je ne peux que constater, de façon répétée, souvent de manière aiguë, des troubles ostéo-articulaires générant une impotence fonctionnelle majeure mais de façon intermittente. Je ne critique pas l'anamnèse et l'examen clinique rhumatologiques effectués par les spécialistes de l'Assurance Invalidité. Je suis néanmoins frappée par la "banalisation" des symptômes, qui chez moi sont beaucoup plus bruyants, ayant motivé depuis 2009 une dizaine de consultations presque toujours en urgence pour des douleurs thoraciques ou rachidiennes.

Mon étonnement va plus dans les conclusions du spécialiste en psychiatrie qui ne trouve pas cette patiente déprimée, alors que je la vois à chaque fois prostrée, geignante et incapable de préciser ses troubles. Je suis donc très surprise des renseignements qui ont pu être obtenus lors de l'anamnèse.

Pour ma part, mais cela sera certainement interprété comme un avis subjectif d'un médecin traitant trop empathique, je ne peux imaginer cette femme effectuant un travail régulier exigeant force musculaire et mobilité, tel que femme de ménage. Je m'étonne de plus que l'on puisse exiger une reprise du travail à 100 % depuis début 2008, alors qu'il m'est possible d'attester des consultations mensuelles à chaque fois dans un état douloureux concernant le thorax et le rachis. En 2008, la patiente a aussi été vue régulièrement par les confrères pneumologues et neurologues qui devaient pouvoir attester de son état incompatible avec une activité professionnelle. Quant au côté psychiatrique, il n'est pas de mon ressort d'en estimer la responsabilité sur les troubles de la santé présentés par Madame R._____, mais la description du spécialiste de l'Assurance Invalidité me laisse perplexe, ne correspondant pas du tout aux constatations que je fais depuis bientôt 17 ans."

Le Dr S._____ a rappelé, dans un rapport du 25 janvier 2010, que les investigations complémentaires effectuées par le Dr D._____ avaient permis de conclure soit à une névrite optique rétro-bulbaire spontanément résolue soit à une amblyopie profonde de l'œil gauche. Il retenait que l'atteinte oculaire limitait l'assuré lors d'activités nécessitant une vision binoculaire mais ne devait pas l'atteindre dans son activité habituelle (femme au foyer).

Examinant les différents rapports médicaux dans un avis du 3 mars 2010, le Dr H._____ s'est exprimé comme suit:

"Le courrier du Dr T._____ adressé à l'avocat de l'assurée, daté du 30.12.2009, retient "une acuité visuelle de l'œil droit de 20 à 30 % avec meilleure correction possible". Dans ce contexte, le Dr T._____ apprécie l'exigibilité dans une activité adaptée de 1h00 à 2h00 par jour. Le Dr S._____, médecin-adjoint à l'hôpital ophtalmique [...], dans son courrier du 25.01.2010, à l'avocat de l'assurée, retient quant à lui une acuité visuelle de l'œil droit de 10/10ème. Il écrit plus loin : "l'atteinte oculaire de cette patiente la limite uniquement lors d'activités nécessitant une vision binoculaire. Etant donné la profession actuelle de cette patiente (femme au foyer) cette atteinte ne devrait pas atteindre cette patiente dans ses activités. Des professions nécessitant une excellente vision binoculaire comme (conduite d'un autocar, etc...) ne peuvent donc pas être effectuées." Ces limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans le rapport d'examen SMR du 10.06.2009.

L'appréciation du Dr S._____ recoupe le rapport de consultation du CHUV du 3.01.2008, qui établissait déjà à l'époque une amélioration de la vision lointaine corrigée à 0,8 à droite. Elle est précise et débouche sur des limitations fonctionnelles ainsi que sur une appréciation de la capacité de travail que l'on peut attendre dans

une activité adaptée. Dans son rapport médical en date du 8.01.2009, le Dr T._____, au point 1.9 "peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle?" cochant la case oui en précisant "sur le plan oculaire et compte tenu de l'acuité visuelle actuelle, toute profession n'exigeant pas de vision binoculaire et stéréoscopique devrait être possible".

L'acuité visuelle de 30% à droite est celle qui est appréciée sans le port de lunettes. C'est une acuité visuelle corrigée qui est prise en compte par l'hôpital ophtalmique dans le rapport médical du Dr S._____ en date du 25.01.2010. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter de son appréciation.

Nous maintenons notre position."

Par décision du 9 mars 2010, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations. Il a considéré que les nouveaux rapports médicaux n'apportaient aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

L'assurée a recouru contre cette décision le 12 avril 2010, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

Dans sa réponse du 27 mai 2010, l'OAI a relevé ce qui suit:

"En ce qui concerne l'examen clinique effectué par le SMR en juin 2009, nous tenons à préciser ce qui suit:

- le volet psychiatrique ne peut être invalidé du seul fait que les constatations faites par le Service médical régional et les conclusions qui en découlent sont contraires à l'avis des médecins traitants

- le volet rhumatologique n'est pas entaché d'un quelconque vice quant à la personne de l'examineur : la Dresse E._____, bien que n'étant pas au bénéfice d'un titre FMH en rhumatologie, est autorisée par le Service de la santé publique, compétent en la matière, à pratiquer des examens rhumatologiques et à signer seule ses rapports vu son expérience professionnelle. En l'espèce, elle a effectué l'expertise sous la supervision du Dr K._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, spécialisation qui lui donne les compétences nécessaires pour établir des limitations fonctionnelles ostéo-musculo-articulaires (cf. avis du service médical régional du 20 mai 2010, en annexe).

Selon nous, le rapport relatif à cet examen satisfait toutes les exigences jurisprudentielles quant à la valeur probante d'un tel

document. Des investigations complémentaires ne se justifient dès lors aucunement.

Concernant le problème oculaire, nous renvoyons en particulier à l'avis du Service médical régional du 3 mars 2010, rendu à l'occasion de la procédure d'audition.

La capacité de travail de notre assurée telle que retenue depuis janvier 2008 doit à notre avis être confirmée.

Par contre, une erreur a été faite par notre Office quant au début de l'incapacité de travail durable. Il fallait admettre une incapacité totale dans toute activité dès le 13 janvier 2006, en lieu et place du 18 juin 2007 (cf. avis du SMR ci-joint).

Nous proposons la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière du 1^{er} janvier 2007 au 31 mars 2008. Dès le 1^{er} janvier 2008, le degré d'invalidité doit être confirmé à hauteur de 16,2%, degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles autres qu'une aide au placement."

Le 2 juillet 2010, l'OAI a remis au Tribunal un avis du Dr H._____, rédigé le 30 juin 2010, auquel il a déclaré se rallier. Le Dr H._____ s'exprimait en ces termes:

"Suite à votre mandat du 16.06.2010, j'ai contacté le Dr S._____, ophtalmologue à l'hôpital ophtalmique [...] le 22.06.2010. Après une longue discussion nous avons conclu qu'il convenait de mettre en place un complément d'instruction auprès du Dr D._____ de l'hôpital ophtalmique [...], afin qu'il nous précise si l'assurée porte des lunettes dans la vie de tous les jours, l'acuité visuelle de l'œil droit non-corrigée et corrigée, les limitations fonctionnelles ophtalmiques et la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles.

Nous suggérons au Tribunal de donner ce mandat au Dr D._____ [...]."

Par jugement du 4 mars 2011, la Cour des assurances du Tribunal cantonal a annulé la décision du 9 mars 2010 et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction du cas et statue à nouveau. La Cour a constaté que les avis médicaux figurant au dossier divergeaient quant à la nature des atteintes à la santé présentées par la recourante et leur incidence sur la capacité de travail, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et ophtalmique) était nécessaire.

B. L'expertise a été réalisée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), où l'assurée a séjourné du 29 au 31 août 2011. L'aspect rhumatologique a été investigué par le Dr F._____, chef de service, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, l'aspect psychiatrique par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et l'aspect ophtalmologique par le Dr W._____, spécialiste en ophtalmologie. Il a également été procédé à une évaluation en atelier professionnel sur trois jours et à une évaluation des capacités fonctionnelles. En outre, la Dresse B._____ a adressé, le 17 août 2011, un rapport au Dr F._____, aux termes duquel elle reprenait en synthèse l'histoire de l'assurée, soulignant les difficultés d'appréciation diagnostique, les tableaux hyperalgiques auxquels elle avait à faire face, la consommation d'anti-inflammatoire et de Zomig pour des migraines chroniques. Aux termes du rapport d'expertise du 9 septembre 2011, le Dr F._____, en qualité d'expert principal, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'amblyopie de l'œil gauche (H53) et de sacro-iliite bilatérale d'origine imprécise (M46.1). Un status après choc anaphylactoïde à l'infliximab, un infiltrat pulmonaire basal gauche d'origine indéterminée, un utérus myomateux, une gastrite à *Helicobacter pylori* et un syndrome douloureux somatoforme persistant étaient diagnostiqués comme sans répercussion sur la capacité de travail. Appréciant la situation, il mentionnait notamment ce qui suit:

"Atteinte de l'appareil locomoteur

Mme R._____ se plaint depuis 1993 de douleurs ostéo-articulaires, comme l'attestent les documents fournis par la Dresse B._____. Bien que les tableaux se soient parfois manifestés de façon dramatique, ils étaient aspécifiques. Le diagnostic de spondylarthropathie n'a ainsi pas été envisagé au cours des treize premières années de suivi par une spécialiste chevronnée. C'est fortuitement qu'on a découvert les altérations de la sacro-iliaque. Au terme d'un séjour au CHUV, en 2006, on a tenu le diagnostic de spondylarthrite pour probable. Après quelques mois, le diagnostic a été repris pour certain et l'on a envisagé un traitement lourd (anti-TNF-Alpha).

Pourtant, rétrospectivement, ce diagnostic doit être remis en cause. Depuis une vingtaine d'années, les milieux académiques ont développé différents sets de critères permettant de classer les malades dans le cadre des spondylarthropathies. L'approche moderne est probabiliste, chaque paramètre (signes cliniques, critères radiologiques, appartenance génétique, réponse

thérapeutique) possédant son propre degré de vraisemblance. Ce degré peut être chiffré; chez Mme R._____, la probabilité diagnostique de spondylarthropathie est très faible, dans tous les cas inférieure à 50%. L'aspect des sacro-iliaques, quelle que soit la technique de l'imagerie, n'est chez elle pas typique d'une sacro-iliite inflammatoire dans le cadre de spondylarthropathie. Le suivi radiologique et les irm rachidiennes successives ne révèlent aucun signe spondylien suspect. Ni l'atteinte oculaire (amblyopie, possible névrite optique), ni les différentes manifestations douloureuses ostéo-articulaires, ni les manifestations systémiques (douleurs abdominales, infiltrat pulmonaire) n'orientent sur une spondylarthropathie; actuellement, un tel diagnostic ne peut être raisonnablement retenu.

Il paraît justifié de revenir au premier diagnostic émis par les responsables du CHUV en 2006, celui de lombalgies non spécifiques, repris, sous une autre terminologie, par les responsables du SMR en 2009 (rachialgies non déficitaires). L'origine de la sacro-iliite est donc incertaine; elle est dans tous les cas, comme précisé en 2006 déjà, peu active (scintigraphie négative, pas de syndrome inflammatoire biologique); il pourrait s'agir d'une forme dégénérative.

Si les lombopygialgies occupent le devant de la scène, l'assurée se plaint d'autres localisations douloureuses: membre supérieur droit, thoracalgie antérieure, douleurs articulaires diffuses: il s'agit de symptômes imprécis, ne se distinguant ni par leur rythme, ni par leur caractère, ni par leur réponse thérapeutique. Si l'on fait abstraction du comportement douloureux, on n'observe pas de limitation fonctionnelle significative. Ainsi, l'indice de BASMI se monte à 2 points sur 10 et les articulations périphériques sont toutes calmes et bien mobiles.

Atteinte oculaire

Le diagnostic d'amblyopie gauche ancienne est fondé sur la skiascopie (confirmée par le réfractomètre automatique) et l'aspect asymétrique du fond de l'œil avec la dysversion papillaire inférieure. Il est vraisemblable qu'une composante fonctionnelle non organique soit surajoutée, la macula paraissant tout à fait normale. Le diagnostic de névrite optique est seulement possible si l'on se réfère aux examens électrophysiologiques (PEV, ERG et OCT péripapillaires). Les résultats en sont en effet troublants et ne parlent pas de façon absolue pour une névrite optique: l'altération des PEV est possible dans l'amblyopie; les fibres optiques péripapillaires à l'OCT sont de même épaisseur dans les deux yeux. Enfin, l'absence de pâleur papillaire après deux ans laisse planer un doute quant au diagnostic. En résumé, cette assurée souffre d'une ancienne amblyopie de l'œil gauche; il existe une composante non organique aux troubles visuels qui peut expliquer une acuité visuelle se modifiant au fil des différents examens. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne le retentissement de l'atteinte visuelle sur la capacité de travail, on ne verrait pas comment s'écarter des avis émis précédemment, notamment par le Dr D._____ en 2009.

Atteinte psychiatrique

L'examen psychiatrique permet d'enregistrer une constellation de symptômes peu spécifiques, de tonalité dépressive et d'amplitude modérée. Les symptômes survenant au premier plan sont de nature algique, ubiquitaire, avec prédominance au rachis, au membre supérieur droit ainsi que des céphalées. L'assurée évoque par ailleurs une sensation de fourmillements de la peau prédominant aux deux mains. Il existe un hiatus, admis par tous les cliniciens, entre l'intensité des plaintes et les anomalies objectives, peu consistantes. La détresse est en priorité associée à la douleur et, secondairement, au handicap associé. Ce trouble s'inscrit dans une trajectoire existentielle caractérisée par une nostalgie, une mésadaptation au pays d'accueil (langue), l'émancipation en cours de ses deux enfants et le handicap du mari. L'ensemble des symptômes ne rejoint pas les critères d'un trouble de l'humeur comme un épisode dépressif. En revanche, on doit admettre qu'il s'agit de facteurs psychologiques jouant manifestement un rôle dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur; cette douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social et professionnel: ces aspects appartiennent aux critères du trouble somatoforme douloureux, diagnostic retenu ici et qui ne s'accompagne d'aucune co-morbidité.

Retentissement sur la capacité de travail

Mise en situation face à des tâches standardisées, l'assurée fait la démonstration de son handicap. La réalisation de ces tâches est perturbée par des manifestations comportementales. L'évaluation ne traduit finalement que le niveau d'effort auquel le sujet veut bien consentir.

Ainsi, au cours de l'évaluation des capacités fonctionnelles, la volonté de donner le maximum aux différents tests est insuffisante et le niveau de cohérence est faible; la quasi-totalité des tests est stoppée par le sujet en raison d'une fatigue globale voire de la douleur, sans que la fréquence cardiaque dépasse 80 battements par minute (pour une fréquence cardiaque maximale théorique établie à 138). Le score de 75 atteint au questionnaire PACT avant la réalisation des différents tests donne à penser que Mme R. _____ ne peut se soumettre qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des activités qu'elle déploie dans la vie réelle, on doit admettre qu'elle sous-estime ses aptitudes fonctionnelles.

Mme R. _____ coopère un peu mieux à l'évaluation en atelier professionnel, mais il faut préciser qu'au cours d'une telle évaluation, le sujet n'est pas constamment observé, qu'une certaine autonomie lui est laissée et qu'il peut ainsi moduler mieux son comportement au cours des tâches qui lui sont assignées. Dans un tel contexte, plus favorable, l'assurée se montre capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail. Son rendement reste toutefois relativement faible.

Au vu de l'atteinte physique objective, on n'a pas d'explication raisonnable à des résultats si inconsistants.

Les limitations découlant de l'atteinte ostéo-articulaire ont été maintes fois décrites: elles ont trait au port de charge (moins de 10 kg) et aux contraintes posturales.

Les limitations liées à l'amblyopie sont également connues: on ne peut exiger de Mme R. _____ qu'elle exerce une activité impliquant une vision binoculaire.

En soi, il n'y a pas de motif psychiatrique d'incapacité de travail. Si les différentes atteintes ont donné lieu ces dernières années à une multitude d'investigations confinant Mme R. _____ dans son statut de malade et si l'on doit entériner l'échec de tous les traitements appliqués jusqu'ici, il n'y a pas de véritable co-morbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'état psychique ne saurait être taxé de cristallisé.

Sur la seule base de la durée de l'incapacité, qui atteint maintenant 5 ans, et de l'appréciation que fait l'assurée de ses propres aptitudes, on peut inférer qu'elle ne reprendra jamais une activité rémunérée. Ces facteurs, au même titre que la médiocre insertion socio-culturelle, l'âge et la barrière de la langue assombrissent le pronostic d'un retour au travail. Ils ne constituent toutefois pas une atteinte à la santé proprement dite justifiant une incapacité; dans ce contexte, Mme R. _____ se voit condamnée à démontrer l'aggravation inexorable de son état douloureux et à chercher un secours illusoire auprès d'un monde médical qui, depuis des années, lui a offert une liste de diagnostics à défaut d'un traitement efficace. Sa douleur participe d'une souffrance sociale et son comportement démonstratif au cours de l'approche clinique représente un mode de communication.

Les experts sont sensibles à la souffrance de l'assurée et ne doutent pas de son authenticité. Toutefois, ils ne sauraient admettre que cette souffrance corresponde à un diagnostic médical leur permettant de s'écarter des conclusions émises par les représentants du SMR en 2009. Toute pathologie confondue, et avec les limitations décrites ci-dessus dont il faut tenir compte dans le choix d'une nouvelle activité, le taux d'incapacité ne dépasse pas 30%. Il n'y a pas de mesure médicale susceptible de modifier ce taux. Mme R. _____ montre constamment, par son comportement, qu'elle n'est pas prête à s'engager dans une réadaptation professionnelle."

Dans un avis du 22 septembre 2011, le Dr H. _____ a proposé, eu égard aux constatations des experts, d'admettre une exigibilité médico-théorique de 75% dans une activité adaptée depuis début 2008.

La Division réadaptation de l'OAI a examiné le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel (cf. rapport initial du 23 mai 2012). Elle relevait que l'atteinte à la santé (amblyopie de l'œil gauche et

sacro-iliite bilatérale) avait débuté en janvier 2006 et que la capacité de travail était de 70%, depuis janvier 2008, dans une activité adaptée (pas de station statique assise, debout, en rotation-flexion du tronc, pas de porte-à-faux, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de vision binoculaire possible), précisant que l'assurée était active à 100% (cf. enquête ménagère). Cela étant, le revenu sans invalidité a été estimé à 51'407 fr., en référence aux informations figurant sur le questionnaire pour l'employeur du 9 juillet 2007 (indexé pour 2008). Le revenu d'invalidité a été évalué sur la base des données statistiques lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle. Le salaire à retenir se référait à une activité non qualifiée, simple et répétitive dans le secteur privé (ESS 2008, TA1; niveau de qualification 4), et était estimé à 32'439 fr. 40, en tenant compte d'un abattement de 10%. Le préjudice économique s'élevait dès lors à 36.9%. Au vu des limitations fonctionnelles, la Division réadaptation a estimé qu'un examen pratique de la capacité de travail était nécessaire et a de ce fait proposé un stage d'observation auprès du COPAI d'Yverdon.

Le stage d'observation s'est déroulé du 11 juin au 6 juillet 2012. Dans un rapport du 9 juillet 2012, le Dr J._____, médecin consultant au COPAI, s'est prononcé comme suit:

"Elle se plaint de douleurs multiples, surtout articulaires étiquetées de possible pelvispondylite HLA-B27 négative. Elle a aussi une amblyopie de l'œil G. Le COMAI estime à 70% la capacité de travail théorique, mais doute d'une reprise réelle en raison de facteurs comportementaux et psychosociaux non médicaux. Le SMR estime la capacité de travail à 75% dans une activité adaptée.

A l'atelier, Mme R._____ est très réservée, reste dans son coin, ne parle pratiquement pas, ne demande pas d'aide. Elle comprend visiblement mal les consignes, peut-être parce qu'elle comprend mal le français. Son rythme est très lent, elle est démonstrative, paraît dépressive. Elle demande plusieurs fois à changer de tâche, parce que la tâche actuelle ne lui convient pas. Elle est passive, sans énergie, pas motivée. On a l'impression d'un effort insuffisant. Ses rendements sont faibles et la qualité de son travail moyenne. Sa dextérité est relativement bonne et on ne voit pas de limitation fonctionnelle sur des travaux légers ne demandant pas de force.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation parvient à la conclusion que Mme R._____ est inemployable sur le marché du travail dans l'état qu'elle montre. Sur le plan médical, nous constatons des incohérences, des status variables d'un examen à l'autre, des signes de non-organicité évidents et eux-

mêmes variables. Nous n'avons aucun motif de nous écarter de l'appréciation des experts du COMAI. Sur le plan comportemental, notre groupe d'observation estime que Mme R. _____ n'est pas présentable à un employeur, ce qui rejoint la crainte des experts du COMAI. Avec ce qu'elle nous a donné à voir, nous serions bien en peine de formuler des pistes de reconversion professionnelle."

Dans un rapport du 11 juillet 2012, le groupe d'observation du COPAI exposait que l'assurée montrait une grande tristesse et déprime, qu'elle ne semblait pas présente psychologiquement, que sa productivité était nulle, tout ce qu'elle entreprenait devant être contrôlé, qu'elle était incapable d'assurer un travail de qualité et peinait à assimiler une consigne. L'assurée avait comme des absences, la rendant ainsi inemployable, et ne présentait pas, en l'état, de capacité exploitable. Une occupation en atelier protégé à temps partiel pouvait peut-être être bénéfique et semblait la seule possibilité réaliste.

Dans un avis du 18 juillet 2012, le Dr G. _____, médecin au SMR, a constaté que le COPAI n'avait pas été en mesure de dégager une piste de reconversion professionnelle, pour des motifs clairement non médicaux. Il estimait ainsi que les conclusions de l'expertise de la CRR et l'avis SMR de septembre 2011 restaient valables.

Dans son rapport final du 7 août 2012, la Division réadaptation de l'OAI a retenu que l'assurée n'était pas prête à s'engager dans une réadaptation professionnelle et qu'il convenait dès lors de procéder à une approche théorique de sa capacité de gain, en se référant à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS. Cela étant, l'assurée pouvait théoriquement mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères. Une aide au placement pouvait lui être allouée, pour autant que l'assurée souhaite mettre en valeur la capacité de travail reconnue médicalement.

Le 25 octobre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis - annulant et remplaçant la décision du 9 mars 2010 - de refus d'octroi de

rente. Il exposait que si l'atteinte à la santé contre-indiquait, depuis le 18 juin 2007, la poursuite de son activité habituelle, son état de santé lui permettait, dès le début de l'année 2008, de reprendre cette activité à 30% et une autre activité adaptée, au taux de 70%. Son degré d'invalidité étant fixé à 36.9% dès le début 2008, il était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 31 octobre 2012.

Par décision du 4 décembre 2012, l'OAI a maintenu son refus de droit à la rente d'invalidité. Cette décision a notamment la teneur suivante:

"Résultat de nos constatations

Vous exercez l'activité de nettoyeuse. Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 18 juin 2007. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI précité.

A l'échéance du délai en question, soit au 18 juin 2008, et après examen des éléments de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre capacité de travail est de 30% dans votre activité habituelle. Cependant, force est de constater que votre capacité de travail est de 70% dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (Eviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc ou en porte-à-faux. Port de charges limité à 10 kgs occasionnellement. Pas de vision binoculaire possible), dès le début 2008 déjà.

Afin de procéder à un examen pratique, un stage d'observation a été mis en place auprès du COPAI à [...]. Pour des raisons clairement pas d'ordre médicales, ce stage n'a pas permis de dégager des pistes de reconversion professionnelle.

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, même au prix d'un effort considérable. 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 eu égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

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 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'116.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, 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 2008 (41,7 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'290.93 (CHF 4'116.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'491.16.

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 36'043.81 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'439.43.

Comparaison des revenus				
sans invalidité	CHF	51'407.00		
avec invalidité	CHF	32'493.43		
La perte de gain s'élève à	CHF	18'967.57	=	un degré
d'invalidité de 36.90%.				

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

C. R._____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 janvier 2013, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée. Elle conteste la capacité de travail retenue par l'intimé, arguant que celle-ci ne peut dépasser 50% eu égard à ses

problèmes de vue ainsi que ses problèmes ophtalmologiques et rhumatologiques. De plus, elle fait valoir que son illettrisme et l'ensemble de ses troubles justifient un abattement de 25% au lieu du 10% retenu par l'intimé. Elle mentionne finalement être disposée à se soumettre à une nouvelle expertise pluridisciplinaire tendant à déterminer sa capacité de travail et joint un certificat médical de la Dresse B. _____, mentionnant une incapacité de travail définitive.

Dans sa réponse du 21 mars 2013, l'OAI propose le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été déposé auprès du tribunal compétent; il convient donc d'entrer en matière sur le fond.

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 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a nié le droit aux prestations au motif que l'atteinte à la santé présentée par la recourante n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il s'est fondé essentiellement sur l'expertise de la CRR. La recourante conteste la valeur probante de cette expertise au motif que la constatation relative à sa capacité de travail est en contradiction avec celle de ses médecins traitants.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalidé"); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul

motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 in fine; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 précité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

4. En l'occurrence, l'intimé a examiné si le rapport d'expertise de la CRR et les autres pièces au dossier établissaient une atteinte à la santé qui justifierait l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité; il l'a nié par décision du 4 décembre 2012.

L'expertise réalisée en août 2011 à la CRR met en évidence une souffrance de la recourante sans qu'elle ne corresponde à un diagnostic médical permettant de s'écarter des conclusions émises par les représentants du SMR en juin 2009. Les Drs F._____, W._____ et C._____ retiennent comme diagnostics affectant la capacité de travail une amblyopie de l'œil gauche et une sacro-iliite bilatérale d'origine imprécise. Ils considèrent que toute pathologie confondue, et eu égard aux limitations fonctionnelles retenues (port de charge de moins de 10 kg, contraintes posturales, pas d'activité impliquant une vision binoculaire), la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée.

a) Sur le plan somatique, le Dr F._____ expose les raisons qui l'ont conduit à écarter le diagnostic de spondylarthropathie, tenu pour probable en 2006, et à retenir celui de sacro-iliite bilatérale, d'origine imprécise. Il relève que l'aspect sacro-iliaque n'est pas typique, chez l'intéressée, d'une sacro-iliite inflammatoire dans le cadre d'une

spondylarthropatie, que le suivi radiologique et les IRM rachidiennes ne révèlent aucun signe spondylien suspect et que ni l'atteinte oculaire (amblyopie, possible névrite optique), ni les différentes manifestations douloureuses ostéo-articulaires, ni les manifestations systémiques (douleurs abdominales, infiltrat pulmonaire) n'orientent sur une spondylarthropathie. Il estime ainsi que le premier diagnostic émis par les responsables du CHUV en 2006, soit celui de lombalgies non spécifiques, repris par les responsables du SMR en 2009 sous la terminologie de rachialgies non déficitaires, doit être préféré. Il relève en outre que si les lombopygialgies sont au premier plan, l'assurée se plaint d'autres localisations douloureuses (membre supérieur droit, thoracalgie antérieure, douleurs articulaires diffuses), précisant qu'il s'agit de symptômes imprécis, ne se distinguant ni par leur rythme, ni par leur caractère, ni par leur réponse thérapeutique.

En février 2007, les médecins du Service de rhumatologie du CHUV posaient le diagnostic principal de sacro-iliite droite dans le cadre d'une spondylarthropathie. La Dresse B. _____ précisait que les plaintes de la recourante consistaient en des rachialgies diffuses prédominant dans la région fessière. En juin 2009, la Dresse E. _____ du SMR diagnostiquait des rachialgies non déficitaires dans le contexte d'un trouble statique et d'un status post sacro-iléite bilatérale avec déconditionnement musculaire. Le dossier radiologique révélait la sacro-iléite bilatérale, mais il n'apparaissait aucun autre signe d'une spondylarthrite ankylosante, notamment pas de syndesmophytes, déformation des corps vertébraux en tonneau ou d'une arthrite périphérique. De plus, l'anamnèse ne parlait pas pour une maladie inflammatoire, l'augmentation thoracique était normale et les douleurs plutôt mécaniques. Elle retenait ainsi un status post sacro-iléite bilatérale, sans autre signe d'un rhumatisme inflammatoire, respectivement d'une spondylarthrite; ce status était une possible explication aux douleurs rachidiennes. Elle indiquait en outre ne pas avoir trouvé les raisons objectives pour toutes les limitations fonctionnelles énumérées, lesquelles suggéraient que l'assurée ne pouvait rien faire alors qu'elle mentionnait s'occuper de tout le ménage. Elle retenait cependant que la position statique prolongée assise, debout, en rotation-

flexion du tronc ou porte-à-faux devait être évitée, tout comme le port de charge supérieur à 10 kg. Dans le rapport d'expertise, le Dr F. _____ souligne que s'il est fait abstraction du comportement douloureux, aucune limitation fonctionnelle significative n'est observée. Il se rallie pour le surplus aux limitations précédemment décrites, découlant de l'atteinte ostéo-articulaire, soit celles ayant trait au port de charge (moins de 10 kg) et aux contraintes posturales.

Sur le plan ophtalmologique, l'appréciation du Dr W. _____ ne s'écarte pas de celle des autres spécialistes. Il pose le diagnostic d'amblyopie de l'œil gauche, précisant que le diagnostic de névrite optique est seulement possible, les résultats des examens électrophysiologiques ne parlant pas de façon absolue pour un tel diagnostic. Il relève l'existence d'une composante non organique aux troubles visuels pouvant expliquer une acuité visuelle se modifiant au fil des différents examens et admet que la recourante ne peut exercer une activité impliquant une vision binoculaire.

En 2007, la Dresse B. _____ mentionnait une perte de la vision d'un œil en investigation, avant que les Dr S. _____ et T. _____ ne posent le diagnostic de status après névrite optique rétro-bulbaire gauche secondaire à un traitement. Le Dr T. _____ retenait, compte tenu de l'acuité visuelle de la recourante, que toute profession n'exigeant pas de vision binoculaire et stéréoscopique devait être immédiatement possible. Le Dr S. _____ relevait que l'atteinte oculaire limitait la recourante lors d'activités nécessitant une excellente vision binoculaire mais ne devait pas l'atteindre dans son activité habituelle. En novembre 2008, le Dr D. _____ a évoqué deux possibilités, eu égard à la présence d'une composante fonctionnelle non-organique surajoutée et aux seules anomalies trouvées correspondant à un minime déficit pupillaire afférant gauche et une asymétrie des amplitudes de l'onde P100 aux potentiels évoqués visuels: soit la recourante présentait une amblyopie profonde de l'œil gauche, passée inaperçue jusqu'alors, soit elle avait présenté une neuropathie optique gauche d'évolution spontanément favorable mais avec une composante fonctionnelle surajoutée. Six mois plus tard, le Dr

D._____ retenait le diagnostic d'amblyopie profonde de l'œil gauche et indiquait qu'il n'y avait pas, sur le plan visuel, de restriction à une réadaptation professionnelle dans la mesure où les plaintes de la recourante étaient essentiellement des migraines et des lombalgies. Dans le rapport d'examen SMR du 24 juin 2009, il était retenu que la recourante présentait une amblyopie profonde de l'œil gauche dans le contexte d'une névrite optique rétro-bulbaire secondaire à un traitement, que l'amélioration lente de la névrite optique était documentée depuis août 2007 et qu'une activité ne nécessitant pas une vision binoculaire pouvait être envisagée. Cela étant, le Dr W._____ retient qu'il n'y a pas à s'écarter des avis émis précédemment, notamment par le Dr D._____, s'agissant du retentissement de l'atteinte visuelle sur la capacité de travail.

Les médecins du SMR avaient estimé que l'incapacité de travail était totale dans toute profession depuis le 13 janvier 2006 en se fondant sur le rapport médical du 18 juin 2007 de la Dresse B._____ et qu'il n'y avait pas de justification médicale pour que cette incapacité de travail perdure jusqu'à la date de l'examen du 16 juin 2009, une reprise étant exigible dès début janvier 2008 à 90% dans une activité adaptée. Les experts ont exposé ne pas avoir d'élément permettant de s'écarter des conclusions des médecins précités, retenant toutefois dès janvier 2008 une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, soit légèrement réduite.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr C._____ pose le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur

intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 506/04 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 131 V 49).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé

(ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall 2003, p. 81, note 135), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée).

L'expert ne retient en l'espèce aucune comorbidité psychiatrique. Il relève que les symptômes survenant au premier plan sont de nature algique, ubiquitaire, que la détresse est en priorité associée à la douleur et que ce trouble s'inscrit dans une trajectoire existentielle caractérisée par une nostalgie, une mésadaptation au pays d'accueil, l'émancipation en cours de ses deux enfants et le handicap de son mari. Il note une humeur triste modérée, tout comme une adynamie, une anhédonie et un pessimisme modérés, l'absence d'éléments mélancoliques et d'idéations suicidaires, une anxiété modérée à moyenne et une discrète irritabilité. Selon l'expert, l'ensemble des symptômes ne rejoint pas les critères d'un trouble de l'humeur comme un épisode dépressif mais il s'agit de facteurs psychologiques jouant manifestement un rôle dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur. Il considère ainsi que cette douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social et professionnel.

En 2007 la Dresse B._____ posait le diagnostic de dépression moyenne à sévère réactionnelle à la maladie, sans autre précision. Les Drs M._____ et Y._____ du Service de neurologie du CHUV mentionnaient que la recourante présentait de nombreux symptômes de la lignée dépressive et l'encourageaient à consulter rapidement un psychiatre. Le Dr V._____ n'a fait état que d'une seule consultation, le 19 septembre 2007; et posait le diagnostic de dépression réactive à un problème de santé physique, existant depuis janvier 2006 et affectant la capacité de travail. Il indiquait ne pouvoir se prononcer sur une éventuelle reprise de l'activité professionnelle, respectivement sur une amélioration de la capacité de travail, dès lors qu'il n'avait pas revu la recourante. L'examen

psychiatrique au SMR, réalisé par le Dr X._____, mettait en évidence une thymie bonne, sans tristesse ni irritabilité, avec ruminations existentielles concernant l'avenir mais sans idées noires, sans anhédonie, avec fatigabilité anamnesticque, sans trouble de concentration, sans repli sur soi ni perte d'estime. Selon ce praticien, l'intensité et la fluctuation du tableau orientaient vers le diagnostic de dysthymie, étant précisé que l'examen psychiatrique révélait les éléments d'une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif léger. Le Dr X._____ a ainsi nié la présence d'une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Compte tenu des motifs convaincants évoqués par l'expert, il n'y a pas lieu de retenir un autre diagnostic en sus du trouble somatoforme. D'ailleurs, même si l'on devait considérer que la recourante était atteinte d'un trouble dépressif réactionnel en 2007, force est alors de constater qu'il a été passager puisqu'il n'a plus été observé par les médecins du SMR ni par les experts et qu'il ne présente pas les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste du trouble somatoforme.

Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celle-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection corporelle chronique, toutefois, la symptomatologie s'est améliorée, la capacité de travail de la recourante étant de 70% dans une activité adaptée depuis janvier 2008. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il résulte du rapport d'expertise que la recourante partage les tâches ménagères avec son mari et voit sa belle-soeur qui assume les tâches ménagères les plus lourdes. On ne voit pas non plus au dossier que chez la recourante,

l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulterait d'une libération du processus de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Les médecins consultés ne font mention d'aucune source de conflit intrapsychique ni situation conflictuelle externe permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. L'expert précise en outre que l'état psychique ne saurait être taxé de cristallisé. Enfin, il n'y a pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail de la recourante puisse être raisonnablement exigée d'elle.

c) Compte tenu des considérations qui précèdent, l'appréciation des Drs F._____, W._____ et C._____ est concluante. Leur rapport d'expertise du 9 septembre 2011, convaincant et étayé, satisfait en outre aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351). En effet, les conclusions se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, un courrier du médecin traitant, un examen des imageries, un examen clinique de la recourante ainsi qu'une évaluation en atelier professionnel et une évaluation des capacités fonctionnelles. Il intègre une anamnèse et les plaintes actuelles y sont mentionnées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, les diagnostics sont examinés selon les critères de la CIM-10 et les conclusions sont motivées et convaincantes.

De surcroît, les conclusions des experts de la CRR sont partagées par le Dr J._____, médecin consultant au COPAI. Au terme de quatre semaines de stage d'observation, le Dr J._____ a constaté des incohérences sur le plan médical, des status variables d'un examen à l'autre et des signes de non-organicité évidents et eux-mêmes variables. Il

fait état d'une assurée démonstrative, passive, sans énergie et non motivée, demandant plusieurs fois à changer de tâche parce que la tâche actuelle ne lui convient pas et donnant l'impression d'un effort insuffisant. Il ajoute que sa dextérité est relativement bonne et qu'il n'apparaît pas de limitation fonctionnelle sur des travaux légers ne demandant pas de force. Lors de la mise en situation face à des tâches standardisées, dans le cadre de l'expertise à la CRR, il a été constaté que la réalisation de ces tâches était perturbée par des manifestations comportementales et que l'évaluation ne traduisait finalement pas le niveau d'effort auquel l'assurée voulait bien consentir. Lors de l'évaluation en atelier professionnel, la recourante s'est montrée capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail. Cela étant, les facteurs tels que l'appréciation que fait l'assurée de ses propres aptitudes, la médiocre insertion socio-culturelle, son âge et la barrière de la langue, ne constituent pas une atteinte à la santé proprement dite, justifiant une incapacité de travail.

Il s'ensuit que si, sur le plan comportemental, il est constaté que la recourante est difficilement présentable à un employeur, sur le plan médical, elle dispose d'une capacité de travail de l'ordre de 70% dès janvier 2008. La recourante ne fait valoir aucune constatation objective de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortissant de l'expertise. Par ailleurs, une nouvelle expertise médicale n'apporterait, selon toute vraisemblance, pas d'élément déterminant dans le sens des allégations de la recourante.

d) En conséquence, on retiendra que l'incapacité de travail de la recourante était totale dès le 13 janvier 2006 et que dès janvier 2008, elle pouvait exercer, au taux de 70%, une activité lucrative légère, sans position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc ou en porte-à-faux, avec un port de charges occasionnel à 10 kg, et ne nécessitant pas de vision binoculaire.

5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par la recourante dès janvier 2008.

A titre préliminaire, on retiendra, à l'instar de l'intimé (cf. notamment rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 novembre 2009), que le statut de la recourante est de 100% active.

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 et comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). L'année déterminante est celle de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit 2008 en l'espèce.

a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

Dans le cas présent, l'intimé a déterminé le revenu sans invalidité en se référant, à juste titre, aux renseignements donnés le 9 juin 2007 par l'ancien employeur de la recourante.

Ainsi, R. _____ aurait pu réaliser, en 2007, en cas de maintien des rapports de travail, un salaire horaire de 19 fr. 50, auquel s'ajoutaient 10,64% d'indemnité de vacances et 8,33% comme part au 13^e salaire. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 41 heures et 30

minutes par semaine. Le salaire sans invalidité s'élevait ainsi à 45'586 fr. 35 (19 fr. 50 x 41,5 heures par semaine x 52 semaines + 8.33% pour tenir compte du 13^e salaire). La multiplication du salaire hebdomadaire par 52 semaines tient compte d'un salaire versé sur toute l'année, y compris pour les semaines de vacances. En prenant en considération dans son calcul l'indemnité de vacances versées en plus du salaire horaire (19 fr. 50 + 10,64%) et en multipliant le salaire pour une semaine par 52 (4,33 x 12), l'intimé a calculé le revenu en fonction d'un salaire versé pendant 57 semaines, étant précisé qu'une indemnité de vacances de 10,64% correspond à un droit aux vacances de 5 semaines (Christiane Brunner/Jean-Michel Bühler/Jean-Bernard Waeber/Christian Bruchez, Commentaire du contrat de travail, 3^e éd., Lausanne 2004, p. 413).

Après indexation du salaire pour l'année 2008 (+ 2%; source: Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch), le revenu sans invalidité est ainsi de 46'498 fr. 08.

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts

standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

En l'occurrence, l'intimé a établi le revenu d'invalidé à l'aide des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique. La recourante ne critique pas cette référence, laquelle est admise, à certaines conditions, par la jurisprudence lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. Ainsi, le salaire mensuel brut standardisé pour une activité simple et répétitive exercée par une femme en 2008 était de 4'116 fr. (ESS 2008, TA1; niveau de qualification 4). En procédant aux adaptations requises pour prendre en considération la durée du travail hebdomadaire dans les entreprises en 2008 (41,6 heures [et non 41,7 heures comme le retient l'intimé], source: Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch), on obtient un revenu annuel de 35'957 fr. 38 pour une activité à 70%.

L'intimé a procédé à une déduction de 10% pour tenir compte des circonstances personnelles limitant les perspectives salariales de l'assurée. Cette dernière conteste ce taux, arguant qu'une déduction de 25% est plus adéquate, compte tenu de son âge (50 ans), du fait qu'elle ne sache ni lire ni écrire et de l'ensemble des atteintes dont elle souffre.

aa) Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% 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 cons. 5.2).

bb) Les experts ont considéré que la capacité de travail de l'assurée était conservée à 70% dans une activité adaptée, respectant les contraintes posturales, avec un port de charges occasionnel à 10 kg et ne nécessitant pas de vision binoculaire. Cela étant, l'âge de l'assurée - 50 ans au moment de la décision litigieuse - est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. par exemple TF 9C_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4 et les références citées). Par ailleurs, la recourante vit en Suisse depuis 1986 et même si elle ne sait ni lire ni écrire le français, son illettrisme ne semble pas l'avoir empêchée de trouver un travail durant toutes ces années. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, l'abattement de 10% apparaît fondé.

c) Une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité de 46'498 fr. 08 avec le revenu d'invalidé de 32'361 fr. 64 (35'957 fr. 38 - 10%) conduit à un taux d'invalidité de 30,40%. Il s'ensuit que le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40%, il n'ouvre pas

droit à un quart de rente d'invalidité. Dans ces conditions, la recourante ne peut prétendre au maintien de la rente d'invalidité.

Le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel est quant à lui atteint. Il appartient dès lors à l'OAI de statuer sur cette question en examinant si les autres conditions légales propres à l'ouverture de ce droit sont réunies.

6. Compte tenu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être réformée, en tant qu'elle porte sur la période antérieure au 1^{er} avril 2008, la recourante se voyant allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2007 au 31 mars 2008 (art. 88a al. 1 RAI). Pour la période postérieure au 31 mars 2008, la recourante ne peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours doit dès lors être partiellement admis.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante obtenant gain de cause sans le concours d'un mandataire professionnel (art. 55 LPA-VD).

Le présent arrêt est rendu sans frais.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. En tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 mars 2008, la décision rendue le 4 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit à la rente entière est reconnu à

R._____. Pour la période postérieure au 31 mars 2008, la décision est maintenue sans changement.

III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- R. _____
- 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 :