

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 décembre 2017

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_, née [...] le [...], sans formation, serveuse, droitère, a déposé le 5 avril 2011 une première demande AI, en faisant état d'une épaule [droite] gelée.

A la requête de P.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain, elle a été examinée les 16 février et 4 mars 2011 par les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, du Centre Z.\_\_\_\_\_ (Z.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 27 mai 2011, ces médecins ont constaté que l'assurée présentait une limitation douloureuse de l'épaule droite sur épaule gelée, que l'on se trouvait encore dans la phase hyperalgique, et qu'un essai à 50 % était raisonnable, toute activité ménageant le moignon de l'épaule droite étant possible.

Par décision du 16 janvier 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations, en retenant que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité de serveuse, mais une capacité de travail entière depuis novembre 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges de plus de 5 kg). La comparaison des revenus sans et avec invalidité, compte tenu d'un abattement de 10 % sur le salaire statistique, conduisait à un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel.

Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**B.** Le 8 août 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, a informé l'OAI que sa patiente arrivait au terme des prestations versées par l'assurance perte de gain le 20 octobre 2012, et qu'en dépit des traitements entrepris, l'épaule droite restait

douloureuse et les mouvements limités. Pour le Dr N.\_\_\_\_\_, la patiente n'était pas capable de reprendre le travail et il ne voyait pas d'activité professionnelle possible sans utiliser le membre supérieur.

Le 14 août 2012, l'assurée a demandé la « réouverture » de son dossier.

Le 2 novembre 2012, l'OAI lui a fait savoir que le droit à des mesures professionnelles était ouvert et qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle auprès de T.\_\_\_\_\_ à 50 % avec augmentation visée à 100 %. Une mesure d'observation et d'évaluation professionnelle a été effectuée du 29 octobre 2012 au 28 février 2013. Le 26 février 2013, le spécialiste en réadaptation en charge du dossier de l'assurée a estimé que celle-ci pouvait avoir l'ambition d'un retour au sein de l'économie en pratiquant une activité légère, simple et répétitive à 100 % avec un rendement de 60 %.

Le 29 avril 2013, le spécialiste en réadaptation de l'OAI a informé l'assurée que la décision du 16 janvier 2012 était maintenue.

Le 18 juin 2013, l'OAI a interpellé le Dr N.\_\_\_\_\_ afin qu'il le renseigne sur l'état de sa patiente. Le 30 juillet 2013, ce médecin a posé les diagnostics de capsulite sévère de l'épaule droite et de lombalgies sur troubles dégénératifs, en mentionnant une épaule droite présentant un état stationnaire. A fin avril 2013, des lombalgies basses avec irradiation du membre inférieur droit étaient apparues et la capacité de travail était de 0 % depuis le 22 avril 2013.

Le 13 février 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'atteinte à l'épaule droite était stable, sollicitant toutefois un descriptif précis de l'activité réalisée auprès de T.\_\_\_\_\_, estimant que la baisse de rendement de 60 % observée en stage pouvait être le reflet d'une activité pas entièrement adaptée. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a pour le surplus relevé qu'il

convenait d'instruire l'atteinte lombaire, nouvelle, et entraînant l'actuelle incapacité de travail depuis le 22 avril 2013.

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr N. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 24 mars 2014 que la situation au niveau de l'épaule droite n'avait pas connu de modification notable. Quant aux lombalgies, les traitements médicamenteux et physiothérapeutiques avaient échoué ; la patiente avait bénéficié d'infiltrations qui n'avaient qu'un effet limité dans le temps. Elle souffrait en outre de tremblements, déjà présents mais discrets depuis deux ans, qui s'étaient considérablement aggravés les derniers mois, la patiente devant saisir les objets à deux mains pour éviter de les lâcher.

Le 9 juillet 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, avec volets rhumatologique, neurologique et de médecine interne. Cette expertise a été confiée à la J. \_\_\_\_\_ (ci-après : J. \_\_\_\_\_), auprès de laquelle l'assurée a séjourné du 26 au 27 mai 2015.

Dans leur rapport du 9 juin 2015, les Drs C. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne générale et rhumatologie, et K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tremblement essentiel non familial (G25.0) et de troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire (M 47.86) avec : discopathies L2 à S1 prédominant en L4-L5 (M 54.5) et arthrose postérieure étagée (M 47.89).

Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu un status après capsulite rétractile de l'épaule droite, des pieds creux du premier degré (Q 66.7), des troubles statiques des avant-pieds (hallux rigidus) (R 29.8), une obésité (E66.9), une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une hernie hiatale récidivante avec status après fundoplicature selon Nissen à deux reprises et nouvelle laparotomie exploratrice en avril 2015 avec révision et ablation d'une téno-cicatricielle oeso-gastrique, ainsi qu'un status après fracture de la cheville droite en

2014 traitée conservativement, un status après chirurgie correctrice des avant-pieds et un status après ovariectomie bilatérale.

Pour le surplus, les experts ont notamment fait l'appréciation suivante du cas :

« Au terme de l'entretien de synthèse, les experts retiennent unanimement la présence d'une atteinte significative à la santé sous la forme d'un tremblement essentiel non familial, et de troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire avec discopathies étagées prédominant en L4-L5, arthrose postérieure.

Ces atteintes entraînent toutes deux des limitations : ainsi le tremblement n'est pas compatible avec des activités manuelles fines, de précision, ni avec le métier de serveuse. En revanche, selon l'expert neurologue, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, par exemple de bureau ou manutention. Dans toute autre activité, l'impact du tremor au niveau de la motricité des membres supérieurs entraîne une baisse de rendement estimée à 40 %.

L'atteinte de l'appareil locomoteur entraîne également certaines limitations en terme de travaux en porte-à-faux du rachis ou de ports de charges supérieurs à cinq kilos de façon répétée. Dans une activité plus administrative, par exemple dans la vente, l'exigibilité est complète même si elle exige la position assise pendant plus d'une heure.

L'atteinte au décours de l'épaule droite, les troubles statiques des pieds ainsi que l'hypertension artérielle n'entraînent pas de limitation particulière dans quelque activité que ce soit.

Des mesures de reconversion professionnelle sont donc théoriquement exigibles à hauteur de 60 % dans une activité adaptée, en raison du tremor. Cependant le pronostic d'une reprise reste réservé, les mesures professionnelles n'ayant démontré qu'un rendement de l'ordre de 60 % lors d'un stage.

Du point de vue du traitement, si l'Indéral n'a pas été efficace ou mal toléré, l'expert neurologue proposerait une alternative par exemple sous la forme d'un traitement de Primidone, dérivé barbiturique, qui pourrait être instauré de façon prudente sous surveillance neurologique. En ce qui concerne les troubles métaboliques, la persistance d'une hypertension artérielle et d'un souffle cardiaque justifient à notre sens des investigations cardiologiques plus poussées, toutefois cette atteinte n'entraîne pas de limitation particulière à l'heure actuelle. »

A la requête du Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR, la Dresse C. \_\_\_\_\_ de la J. \_\_\_\_\_ a complété le rapport d'expertise le 8 septembre 2015, en indiquant que la capacité de travail de l'assurée avait été nulle du

1<sup>er</sup> novembre 2010 au 29 octobre 2012. Durant les quatre mois de stage [réd. : effectué du 29 octobre 2012 au 28 février 2013], l'incapacité médico-théorique avait été de l'ordre de 40 % en raison de la diminution observée du rendement global. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 40 % dans une activité administrative de bureau ou de manutention, en raison du tremor, la diminution de rendement étant ainsi de l'ordre de 40 % dès le 29 octobre 2012, jusqu'à ce jour.

Par avis du 20 octobre 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 60 % (100 % avec baisse de rendement de 40 %) depuis octobre 2012.

Par communication interne du 10 décembre 2015, l'OAI s'est demandé s'il convenait qu'il reconsidère sa décision du 16 janvier 2012 selon laquelle la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était entière depuis novembre 2011, dans la mesure où il ressortait de l'expertise du Z. \_\_\_\_\_ [recte : de la J. \_\_\_\_\_] et de son complément du 8 septembre 2015 que l'incapacité de travail aurait dû être totale du 1<sup>er</sup> novembre 2010 au 29 octobre 2012. Par avis juriste du 25 mai 2016, l'OAI a retenu que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas réunies, la décision du 16 janvier 2012 n'étant pas manifestement erronée.

Par projet de décision du 23 janvier 2017 confirmé par décision du 12 avril 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 40 %, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014. L'OAI a retenu pour l'essentiel qu'elle avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 22 avril 2013, et que c'était dès lors à partir de cette date qu'était fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). A l'échéance de ce délai, le 22 avril 2014, une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 40 % pouvait raisonnablement être exigée de l'intéressée dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles, l'OAI relevant pour le surplus que le désavantage lié aux limitations

fonctionnelles était déjà pris en compte dans la baisse de rendement de 40 %.

**C.** Par acte du 12 mai 2017, H.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Philippe Graf, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme « dans le sens des conclusions de l'expertise médicale judiciaire mise en œuvre », et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. En substance, elle a contesté pouvoir travailler à 100 % avec une baisse de rendement de 40 %, et donc également le degré d'invalidité fixé à 40 % par l'intimé. Le 9 juin 2017, elle a complété son recours, en faisant pour l'essentiel valoir que la décision attaquée n'était pas conforme aux conclusions des experts ni à celles de T.\_\_\_\_\_ pour la période antérieure à mai 2015, qu'aucun abattement n'avait - à tort - été retenu sur le revenu d'invalidé, et qu'elle ne tenait pas compte, pour la période postérieure à mai 2015, de l'aggravation de son état. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire à titre de mesures d'instruction. Elle a en outre produit un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 26 avril 2016, à teneur duquel elle présentait désormais d'importants troubles digestifs, ses tremblements s'étant en outre considérablement aggravés. Elle a également produit un rapport du 7 juin 2017 du Dr X.\_\_\_\_\_, neurologue, selon lequel la capacité de travail était nulle dans une activité impliquant des gestes précis. Dans une activité impliquant un travail bureautique, la capacité résiduelle s'élevait à 60 %, avec une rentabilité de 50 % au plus, et ce depuis début 2016 au vu de l'évolution des symptômes au fil du temps.

Dans sa réponse du 21 août 2017, l'OAI a convenu que le degré d'invalidité de la recourante avait considérablement augmenté à l'issue du délai de trois mois depuis l'aggravation de janvier 2016, se référant à un avis SMR du 17 août 2017 selon lequel les tremblements étaient à l'origine d'une baisse de rendement de 40 % sur un plein temps à partir de juin 2015, puis avaient connu une aggravation dès le début de l'année 2016, époque à partir de laquelle l'exigibilité avait diminué à 30 %.

Le 20 septembre 2017, l'OAI a proposé la réforme de la décision attaquée en ce sens que le quart de rente octroyé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 soit augmenté à la rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2016, se référant au calcul du salaire exigible ainsi qu'au rapport de son spécialiste en réinsertion, datés respectivement des 5 et 7 septembre 2017.

Le 25 octobre 2017, la recourante a pris acte qu'elle aurait droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016 ; elle a également annoncé que par gain de paix, elle était disposée à renoncer à la mise en œuvre d'une instruction supplémentaire visant à élucider, pour la période postérieure à mai 2015, les conséquences sur sa capacité de travail de l'aggravation de son état. Elle a toutefois maintenu que pour la période comprise entre la décision de refus de rente du 16 janvier 2012 et le 31 mars 2016, elle ne se ralliait pas à la position de l'intimé, arguant qu'elle avait présenté selon les experts de la J.\_\_\_\_\_ une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 19 octobre 2012 (sic) au moins. Elle a précisé ses conclusions en ce sens que la décision rendue le 12 avril 2017 était réformée en ce sens que sa rente était augmentée à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016, le dossier étant retourné à l'OAI pour qu'il détermine le début du droit à la rente et le taux de celle-ci s'agissant de la période antérieure au 1<sup>er</sup> avril 2016.

Le 14 novembre 2017, l'OAI a confirmé sa proposition de réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une augmentation du quart de rente reconnu dès le 1<sup>er</sup> avril 2014 à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016. Il s'est pour le surplus référé à son écriture du 21 août 2017, à l'avis juriste du 25 mai 2016, ainsi qu'aux précisions apportées le 7 septembre 2017 par son spécialiste en réinsertion.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'occurrence, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa deuxième demande de prestations.

Les parties reconnaissent que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016. La recourante soutient toutefois que la cause doit être retournée à l'OAI pour ce qui a trait à la période antérieure à cette date, afin que celui-ci détermine le début du droit à la rente et le taux de celle-ci.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**b)** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente,

l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3.1, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; TF 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.2 et 9C\_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré

d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; TF 9C\_107/2017 précité consid. 5.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4 et 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale confiée par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'à celles d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125

V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1).

**4.** En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée du 14 août 2012, au terme de laquelle celle-ci a demandé la « réouverture » de son dossier (et ce quand bien même l'intéressée n'a pas été invitée à faire cette demande au moyen de la formule officielle).

Dans ses écritures, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir suivi les conclusions des experts de la J.\_\_\_\_\_ ni celles de T.\_\_\_\_\_ pour la période antérieure à mai 2015, ni tenu compte, pour la période postérieure, de la péjoration de son état.

A cet égard, il ressort des constatations faites lors du stage auprès de T.\_\_\_\_\_ qui a débuté le 29 octobre 2012 que l'assurée présente une baisse de rendement de 40 % dès cette date, diminution de rendement qui a également été constatée et retenue par les experts de la J.\_\_\_\_\_ à compter du 29 octobre 2012, de même que par le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis du 20 octobre 2015). Dans ces circonstances, aucun élément ne justifie de s'écarter des constatations concordantes au dossier, dont il découle que l'assurée a présenté dès octobre 2012 une incapacité ininterrompue de travail de 40 %. C'est donc à compter du mois d'octobre 2012, et non dès le 22 avril 2013, qu'a débuté le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. a LAI. Le droit à la rente est ainsi ouvert à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, et non à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 comme retenu par l'intimé dans la décision attaquée.

Pour le surplus, l'OAI a admis qu'à compter du début de l'année 2016, l'état de l'assurée s'est aggravé en raison de ses tremblements, en se fondant notamment sur l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ du 7 juin 2017 produite en procédure. Compte tenu d'une capacité de travail de 30 % retenue dès cette date par le SMR, c'est à juste titre que l'intimé a constaté qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016 (soit à

l'issue du délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI), le droit à la rente entière est ouvert.

Cela étant, un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante doit dès lors être rejetée, dans la mesure où les pièces au dossier et les éléments médicaux sont suffisamment complets et étayés pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1, 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2).

**5.** Dans un autre grief, la recourante soutient que quand bien même l'intimé estime que les conditions d'une reconsidération de la décision du 16 janvier 2012 ne sont pas remplies, une révision « semble devoir entrer en ligne de compte ». Se pose dès lors la question de savoir si les conditions d'une révision procédurale de la décision du 16 janvier 2012 sont réunies.

**a)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit

pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références ; TF 9C\_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1 et 9C\_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1).

**b)** En l'occurrence, les conditions d'une révision procédurale de la décision du 16 janvier 2012 ne sont à l'évidence pas réunies : à cet égard, le complément d'expertise de la Dresse C. \_\_\_\_\_ de la J. \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2015 selon lequel la capacité de travail de l'assurée a été nulle du 1<sup>er</sup> novembre 2010 au 29 octobre 2012 donne une appréciation différente des faits, sans mettre en évidence des éléments nouveaux dont il résulte que les bases de la décision initiale de janvier 2012 comportaient des défauts objectifs.

**6.** Dans un dernier moyen, la recourante déplore qu'aucun abattement n'ait été opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé, relevant à cet égard que son âge et son taux d'occupation justifiaient une réduction supplémentaire dudit revenu au titre de désavantage social.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui pourraient exercer une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu

d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

La réduction du salaire statistique dans le cadre de la détermination du revenu hypothétique d'invalide prévue par la jurisprudence a pour objectif de tenir compte du fait que pour un assuré devant se réadapter dans une activité qu'il est jugé apte à exercer malgré son handicap, les possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple : limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie d'autorisation de séjour), l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF 9C\_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4 et réf. cit.).

La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; TF 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 6.2.2 et 8C\_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.2.1). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). 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 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. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137

V 71 consid. 5.2 et réf. cit.). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/cc ; notamment TF 8C\_175/2017 précité consid. 6.2.2 et 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1 et réf. cit.).

**b)** En l'occurrence, le désavantage lié aux limitations fonctionnelles a déjà été pris en compte dans la baisse de rendement. Quant à l'âge et au temps partiel, on constatera au regard des données chiffrées produites par l'intimé le 23 janvier 2017, dont aucun élément ne justifie de s'écarter, qu'un abattement supplémentaire de 10 % - qui tiendrait ainsi compte de l'âge et du temps partiel - conduirait à un degré d'invalidité de 46 %, taux qui ouvre lui aussi le droit à un quart de rente.

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2016, soit après le délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI, dans la mesure où l'aggravation de son état est survenue au début de l'année 2016.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**b)** Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des

dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]), il y a lieu de les fixer en l'espèce à 3'000 francs.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 12 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que H.\_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, puis à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H.\_\_\_\_\_ un montant de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf (pour la recourante),
- 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 :