

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 avril 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Piguet, juge, et Mme Gay, assesseure  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Johanna Trümpy,  
avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16, 17 LPGA et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1990, a entrepris un apprentissage de peintre en carrosserie à partir d'août 2007 auprès de la Carrosserie C. \_\_\_\_\_ Sàrl. Elle souffre d'un trouble du morphotype rotatoire des membres inférieurs qui a justifié des incapacités de travail partielles ou totales dès avril 2010 et une prise en charge régulière au sein du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_. Elle a obtenu son certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en carrosserie en juin 2011.

En date du 28 novembre 2011, l'assurée a subi une ostéotomie fémorale bilatérale, réalisée par le Prof. F. \_\_\_\_\_, médecin chef du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_. A l'issue de l'incapacité totale de travail consécutive à cette intervention, elle a été engagée en qualité d'employée à temps partiel (reprise d'activité progressive) par la Carrosserie C. \_\_\_\_\_ Sàrl dès le 22 avril 2013. Elle a signé un contrat de travail avec cet employeur pour un emploi de peintre en carrosserie à 80 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2014.

**B.** Dans l'intervalle, par demande formelle du 28 octobre 2010, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

A l'issue de l'instruction de cette demande, l'OAI a consulté le Service médical régional de l'AI (SMR), lequel a communiqué son avis le 6 novembre 2013. Il a retenu que l'activité de peintre en carrosserie n'était « clairement pas adaptée » vu les limitations fonctionnelles entraînées par l'atteinte des deux hanches (restrictions en cas d'accroupissements et de stations debout prolongées). La capacité de travail dans l'activité habituelle ne dépasserait dès lors probablement pas 50 % durablement, tandis qu'elle se montait à 100 % dans une activité adaptée depuis avril 2013.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a clos son mandat par rapport final du 20 juin 2014, l'assurée ne souhaitant pas envisager une nouvelle orientation professionnelle.

Par décision du 4 novembre 2014, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> août 2012 au 30 juin 2013, suivie d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 31 décembre 2013, puis d'une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 juillet 2014.

**C.** Par correspondance non datée, parvenue à l'OAI le 25 septembre 2015, l'assurée a requis le réexamen de son droit aux prestations, arguant d'une péjoration de son état de santé et d'une incapacité totale de travail survenue dès le 10 juillet 2015. Elle a complété un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité, à l'instigation de l'OAI, le 4 octobre 2015, précisant souffrir des hanches, des jambes et du dos.

Le 30 novembre 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a complété un rapport à l'attention de l'OAI, mentionnant les diagnostics d'ostéotomie proximale de dérotation interne des fémurs (2011), de trouble statique sur brièveté du membre inférieur droit (2011), de dorsolombalgies non spécifiques chroniques développées dans un contexte post-traumatique (chute dans des escaliers en juin 2014) et de séquelles de maladie de Scheuermann. La capacité de travail était à son avis durablement restreinte. Etaient annexés à ce rapport des documents d'imagerie, rédigés en 2014 et 2015, ne mettant pas en évidence de lésion dorsale significative.

La Carrosserie C.\_\_\_\_Sàrl a fourni un rapport d'employeur à l'OAI le 8 janvier 2016, indiquant avoir résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 30 septembre 2015. Celle-ci avait réalisé un salaire de 4'600 fr. par mois dès janvier 2015 pour une activité déployée à plein temps (44,5 heures hebdomadaires).

Par rapport du 23 mars 2016, adressé à l'OAI, le Prof. F.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de troubles du morphotype rotatoire des membres inférieurs et de séquelles traumatiques lombaires. La capacité de travail était nulle dans l'activité de carrossière. A son avis, il fallait privilégier une formation dans une activité plutôt sédentaire, permettant l'alternance des positions.

L'assurée a séjourné au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_ du 7 au 24 mars 2016. Le rapport correspondant du 13 avril 2016 a fait état d'une évolution favorable avec une modification du traitement antalgique. Il était convenu que l'assurée reprenne une activité au sein de l'entreprise de son père (conciergerie et entretien, paysagisme) à 30 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2016.

L'OAI a mis en œuvre une observation professionnelle (COPAI) de l'assurée avec l'aval du SMR (cf. avis du 30 juin 2016) par communication du 12 juillet 2016. Le mandat a été confié au Centre A.\_\_\_\_\_ pour la période du 12 septembre 2016 au 7 octobre 2016.

Le 31 août 2016, le Prof. F.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI d'une évolution défavorable de l'état de santé de sa patiente, laquelle présentait des troubles digestifs nécessitant l'évaluation d'un gastro-entérologue. Cela étant, ce spécialiste a relevé que la capacité de travail pourrait se monter à 50 % dans une activité plutôt sédentaire.

Par demande formelle du 12 septembre 2016, l'assurée a requis la prise en charge par l'OAI de divers moyens auxiliaires (coussin anti-escarres, matelas anti-escarres, moyens de contention élastiques, supports plantaires, bâtons de marche et fauteuil roulant). Elle a annoncé s'être rendue à la consultation du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Ce praticien a rédigé un rapport à l'attention de l'OAI le 16 septembre 2016 et communiqué les diagnostics incapacitants de syndrome d'Ehlers-Danlos, avec notamment symptômes ostéo-

musculaires, digestifs, respiratoires, cardiaques, cutanés, neurologiques, cognitifs et fatigue, et de troubles de la marche sur troubles statiques des membres inférieurs et dysbalances musculaires. Il précisait que l'assurée était limitée dans ses déplacements, en particulier en pente, dans des escaliers ou sur terrain accidenté, ainsi que pour les positions accroupie ou à genoux, dans le port de charges, le maintien des positions statiques et les milieux bruyants. Une activité adaptée était possible. L'activité exercée au sein de l'entreprise du père de l'assurée correspondait à un taux de 25-30 % environ. Un taux de 50 % au long cours apparaissait difficilement atteignable.

Le Centre A.\_\_\_\_\_ a établi son rapport d'observation professionnelle le 11 novembre 2016 et conclu que l'assurée pouvait être active à un taux de 50 % avec des rendements dans la norme. Une alternance des positions était indispensable. Une activité dans la réception ou l'administration pouvait être envisagée, ce qui constituait une option supplémentaire dans l'entreprise familiale.

Par rapport du 20 décembre 2016, le Prof. T.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie a signalé que l'assurée souffrait de diarrhées chroniques depuis 2011. Son handicap ne relevait toutefois pas de cette problématique, mais de ses troubles orthopédiques.

Selon communication du 6 janvier 2017, l'OAI a pris en charge une mesure de reclassement professionnel, soit une formation pratique de téléphoniste-réceptionniste avec apport bureautique, supposée se dérouler au sein du Centre A.\_\_\_\_\_ à 50 %. Cette mesure, débutée le 16 janvier 2017, a été interrompue le 23 janvier 2017 du fait d'une incapacité totale de travail attestée par le Dr S.\_\_\_\_\_.

Le 14 mars 2017, l'OAI a refusé la prise en charge de supports plantaires, ainsi que d'un matelas et d'un coussin anti-escarres.

Par correspondance du 19 mars 2017, sur questions de l'OAI, le

Prof. T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait d'une maladie de Crohn iléale, laquelle s'améliorait sous corticothérapie. Elle demeurait capable, de son point de vue, d'entreprendre une formation de téléphoniste-réceptionniste à 50 %.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a décidé de diligenter une expertise rhumatologique de l'assurée, confiée à la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au sein du Centre X.\_\_\_\_\_, par communication du 21 mars 2017.

Le 27 avril 2017, l'OAI a pris en charge la remise d'un fauteuil roulant en faveur de l'assurée pour pallier son périmètre de marche restreint (cf. rapport de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires [FSCMA] du 27 février 2017).

La Dre V.\_\_\_\_\_ a contacté l'OAI le 1<sup>er</sup> mai 2017 afin de proposer de compléter son expertise par une expertise psychiatrique de l'assurée, en l'absence de « socle somatique objectif justifiant les plaintes ». La Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre X.\_\_\_\_\_, a été désignée à cette fin.

Les expertes précitées ont procédé aux examens de l'assurée les 24 avril, 12 juillet et 13 octobre 2017 et ont rédigé leur rapport d'expertise bidisciplinaire le 13 novembre 2017. Elles ont complété ce document en répondant à des questions du SMR le 5 février 2018. En définitive, elles ont retenu les diagnostics somatiques incapacitants d'insuffisance de la musculature fessière à droite (sur status après ostéotomie de dérotation fémorale proximale bilatérale, injection de moelle osseuse, décortication, greffe, reprise d'ostéosynthèse et ablation du matériel d'ostéosynthèse), de dorsalgies multifactorielles (trouble statique rachidien et dysbalances musculaires), de possible syndrome d'Ehlers-Danlos de type III et de maladie de Crohn. Aucun diagnostic psychique n'était retenu, sous réserve de troubles dissociatifs de conversion ou d'un syndrome de Munchhausen à titre différentiel. L'assurée conservait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une

activité légère, sans port de charges supérieures à 5 kg, semi-sédentaire, sans nécessité de travailler en hauteur les bras levés, ni en zone basse, ni sur sol instable.

Le Prof. T.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 13 mai 2018, que l'assurée souffrait davantage de la maladie de Crohn depuis mars 2017, laquelle entraînait des diarrhées quatre fois par jour, accompagnées de douleurs abdominales modérées, de douleurs articulaires en progression, d'aphtes buccaux et d'une asthénie moyenne. Un accès rapide aux WC était nécessaire dans le cadre de sa réinsertion professionnelle.

Par rapport du 5 juin 2018, le SMR a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 50 % à compter de juillet 2015, se fondant sur les conclusions des expertes du Centre X.\_\_\_\_\_.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a envisagé de poursuivre l'orientation professionnelle de l'assurée, ce qu'elle a toutefois refusé en raison de son état de santé. Elle a par ailleurs communiqué sa décision de travailler à 20-30 % dans l'entreprise de son père (cf. courriel du 20 septembre 2018). Ledit service a dès lors mis un terme à son mandat le 25 septembre 2018 et déterminé le degré d'invalidité de l'assurée. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité sur la base de l'exigibilité médicale de 50 %, il a mis en évidence un taux de 53,94 %.

Par projet de décision du 11 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de lui octroyer une demi-rente d'invalidité, fondée sur le degré d'invalidité précité, avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2016.

L'assurée, assistée de Me Johanna Trümpy, a contesté ce projet de décision par correspondance du 8 novembre 2018, complétée le 3 décembre 2018. Elle a fait valoir qu'elle n'était pas en mesure de réintégrer le marché du travail vu son état de santé et ses importantes limitations fonctionnelles, de sorte que le droit à une rente entière devait lui être reconnu. Elle s'est prévalué d'un rapport rédigé le 28 novembre

2018 par le Dr S.\_\_\_\_\_, lequel réitérait que sa patiente ne pouvait exercer une activité à plus de 25-30 % dans un cadre occupationnel.

Sollicité pour avis, le SMR a indiqué le 7 janvier 2019 que les explications du Dr S.\_\_\_\_\_ n'apportaient aucun élément nouveau par rapport à l'expertise réalisée au sein du Centre X.\_\_\_\_\_.

L'OAI a par conséquent adressé sa décision le 4 février 2019, reprenant les termes de son projet de décision, et alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 54 %, dès le 1<sup>er</sup> avril 2016.

**D.** B.\_\_\_\_\_, représentée par Me Trümpy, a déféré la décision du 4 février 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 6 mars 2019. Elle a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à trois-quarts de rente d'invalidité, encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a contesté en premier lieu l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, considérant que l'OAI avait écarté à tort l'avis de ses médecins traitants. Elle estimait que, compte tenu de ses problèmes de santé, une activité adaptée n'existait pas sur le marché du travail. L'incapacité de travail et de gain devait donc être qualifiée de totale. S'agissant de la comparaison des revenus opérée par l'OAI, elle a souligné qu'un abattement substantiel devait être pris en compte dans son cas, ce qui ouvrait à tout le moins le droit à trois-quarts de rente d'invalidité. Enfin, elle a suggéré la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin indépendant et l'audition du Dr S.\_\_\_\_\_.

L'OAI a répondu au recours le 9 avril 2019 et a proposé son rejet, se référant aux conclusions de l'expertise réalisée au Centre X.\_\_\_\_\_ et à la détermination du préjudice économique effectuée par son Service de réinsertion professionnelle.

## **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 de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le degré d'invalidité de la recourante, singulièrement la capacité résiduelle de travail fondant le calcul correspondant et le revenu d'invalidité déterminant. Ce litige s'inscrit dans le cadre de la seconde demande de prestations formulée par la recourante.

**3. a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Cette disposition est applicable par analogie en cas de nouvelle demande de prestation, comme c'est le cas en l'espèce (ATF 133 V 108 consid. 5.2).

**b)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid.

4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.** En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'investigations approfondies sur les plans somatique et psychique à l'occasion de l'expertise conduite au sein du Centre X.\_\_\_\_\_.

**a)** Le volet psychique a été analysé par la Dre W.\_\_\_\_\_, notamment eu égard aux indicateurs pertinents dégagés par la récente jurisprudence fédérale (cf. à cet égard : ATF 141 V 574 et 143 V 418). Cette spécialiste n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, en l'absence des éléments florides de la lignée dépressive, d'anxiété, de trouble affectif ou de psychose. Faute de problématique psychique avérée, aucun traitement n'était mis en œuvre. La recourante ne mentionnait d'ailleurs

aucune plainte de ce registre en dépit de ses algies (cf. rapport d'expertise du Centre X.\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2017, p. 61 et 62). La Dre W.\_\_\_\_\_ a dès lors conclu à l'absence des « éléments objectifs pour retenir une incapacité de travail, même partielle » (cf. rapport complémentaire du 5 février 2018, p. 3).

Les conclusions de la Dre W.\_\_\_\_\_ apparaissent convaincantes et ne sont remises en question par aucun des médecins consultés par la recourante, ni du reste par la recourante elle-même, de sorte qu'il y a lieu de s'y rallier.

**b)** Quant à l'aspect somatique, la Dre V.\_\_\_\_\_ a procédé à une analyse extrêmement minutieuse de l'ensemble des diagnostics évoqués dans le cas de la recourante. Elle a en définitive retenu ceux d'une insuffisance de la musculature fessière à droite, de dorsalgies multifactorielles, d'un possible syndrome d'Ehlers-Danlos de type III et de maladie de Crohn, estimant que la capacité de travail de la recourante était préservée à un taux de 50 %. Elle a mis en évidence les éléments suivants dans le contexte de l'appréciation consensuelle du cas (cf. rapport d'expertise du 13 novembre 2017, p. 71 et 72) :

« Mme B.\_\_\_\_\_ présente un déconditionnement physique sévère avec une insuffisance musculaire, des raccourcissements tendino-musculaires des chaînes postérieures qui rendent désormais impossible d'envisager la reprise de son métier de peintre en carrosserie.

Elle a probablement effectué son apprentissage et sa reprise de travail après sa dernière opération orthopédique « en-dessus » de ses forces, comme peintre en carrosserie pour des raisons qui nous sont difficiles à définir.

Malgré cette constatation qui apparaît évidente au plan somatique, et malgré l'arrêt de cette activité depuis juin 2015, Mme parle encore en cours d'expertise d'un travail qu'elle aimait et pour lequel elle se sentait des dispositions. Elle est déçue de n'avoir pas pu continuer dans ce métier.

Dans ce contexte de séquelles post-chirurgicales orthopédiques lourdes, elle présente un état douloureux dépassant l'entité anatomique des sites lésionnels.

Mme apparaît très préoccupée par le diagnostic de maladie d'Ehlers-Danlos. Elle attribue à cette maladie génétique orpheline l'ensemble de ses problèmes actuels.

De fait, elle s'est vu prescrire des moyens auxiliaires importants, avec une chaise roulante pour se déplacer au-delà de 10 minutes,

un matelas et un coussin anti-escarre, une oxygénothérapie intermittente.

Une ascension de la pyramide thérapeutique est en cours avec des antalgiques majeurs, des techniques antalgiques invasives (infiltrations épidurales de corticostéroïdes, entre autre).

Si l'observation dans le futur permet de confirmer ce syndrome d'Ehlers-Danlos, les critères diagnostiques chez Mme B.\_\_\_\_\_ ne sont actuellement pas alarmants.

D'expérience, les patients présentant une hyperlaxité ligamentaire de type III ne sont pas invalides. L'éducation thérapeutique de ces patients, par leurs rhumatologues, leurs rééducateurs, physiatres, physiothérapeutes, ergothérapeutes, permet de leur épargner les surcharges articulaires mécaniques et permettent d'envisager une vie normale s'ils ne s'exposent pas au-delà de ces limites.

Ils sont à risque en effet de développer des hernies discales ou des arthroses précoces en cas de sur-sollicitation mécanique. Mme B.\_\_\_\_\_ n'en n'est pas là, au contraire, elle devient de plus en plus grabataire et s'aggrave malgré l'absence d'exposition mécanique de son appareil locomoteur.

La coexistence d'une maladie de Crohn nécessitant une immunosuppression ne ressort pas de mes compétences et je vous réfère sur ce point au Prof. T.\_\_\_\_\_.

[...]

Consensuellement, nous reconnaissons à Mme une IT [réd. : incapacité de travail] de 50 % dans un travail adapté et dans la réadaptation, et rétroactivement depuis juin 2015.

[...]

L'état de santé nous paraît permettre, en tenant compte de tous les éléments, compatible avec cela. [...] »

La Dre V.\_\_\_\_\_ a par ailleurs réitéré son appréciation et détaillé les limitations fonctionnelles de la recourante à l'occasion du complément fourni à la demande de l'intimé (cf. complément du 5 février 2018, p. 1) :

« [...] Mme [doit] avoir un travail léger ce qui implique des ports de charges inférieures à 5 kg, semi-sédentaire (pas plus de 5h/j au total en position assise fixe) sans nécessité de travailler en hauteur les bras levés, ni en zone basse, ni sur sol instable.

[...]'] admet cette IT de 50 % qui se rattache à celle rapportée par le

Dr T.\_\_\_\_\_ en raison de la maladie de Crohn selon son rapport du 26.01.2017 qui apparaît toujours en cours. »

**c)** In casu, on peut observer que l'appréciation globale des expertes du Centre X.\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée concorde avec les opinions exprimées par les spécialistes traitants, notamment les Prof. F.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 31 août 2016, 20 décembre 2016 et 19 mars 2017). Sont seuls divergents les avis des Drs L.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_. S'agissant du

rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2015, ce dernier a fait état de l'impossibilité de la recourante d'effectuer l'ensemble des activités usuelles et considéré qu'elle était durablement incapable de travailler. Il n'a toutefois aucunement étayé son appréciation et s'est limité à mentionner « une exacerbation des douleurs dorsales » sans autre précision. Les rapports d'imagerie annexés à son rapport médical ne faisaient au demeurant pas état de pathologies dorsales significatives. Dès lors, on ne voit pas que l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_ puisse être suivi. Quant au Dr S. \_\_\_\_\_, en présence de limitations fonctionnelles compatibles avec celles mises en évidence par le Centre X. \_\_\_\_\_, il s'est tout d'abord essentiellement fondé sur l'activité déployée par la recourante au sein de l'entreprise de son père. Il a ainsi pris en compte une exigibilité limitée à 25-30 % (cf. rapport du 16 septembre 2016). Dans un rapport subséquent du 28 novembre 2018, il a réitéré cette appréciation divergente, estimant que le taux maximal de 25-30 % valait pour toute activité adaptée. Or, ainsi que l'a souligné le SMR dans son avis final du 7 janvier 2019, les explications du Dr S. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2018 n'apportent aucun élément nouveau ou inconnu des expertes du Centre X. \_\_\_\_\_. Ces explications sont au demeurant superposables à celles rapportées le 16 septembre 2016. Elles ne suffisent pas à ébranler les conclusions du Centre X. \_\_\_\_\_, ni du reste les appréciations des Prof. F. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_.

On ajoutera que la recourante a été en mesure de démontrer concrètement une capacité résiduelle de travail de 50 %, dans une activité légère et sédentaire, adaptée à son état de santé, durant plusieurs semaines à l'occasion du stage COPAI effectué au Centre A. \_\_\_\_\_ (cf. rapport dudit centre du 11 novembre 2016).

En définitive, la capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles énoncées doit être ici confirmée. Dans ce contexte, on ne voit pas que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et l'audition du Dr S. \_\_\_\_\_ seraient susceptibles d'apporter un nouvel éclairage médical. Il y a dès lors lieu de rejeter les conclusions de la recourante en vue de ces mesures d'instruction

complémentaire par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

**6. a)** Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte

qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

**c)** En l'espèce, contrairement à ce que soutient la recourante, les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé ne sont pas susceptibles d'entraver la mise à profit d'une capacité résiduelle de travail de 50 % sur le marché de l'emploi équilibré. La recourante est en effet en mesure d'exercer une activité de téléphoniste-réceptionniste au taux médicalement indiqué. Elle a d'ailleurs démontré cette capacité à l'occasion du stage d'observation professionnelle COPAI, où des rendements dans la norme et un potentiel important de réinsertion – soit de bonnes capacités d'apprentissage et d'intégration à un groupe – ont été constatés (cf. rapport du Centre A. \_\_\_\_\_ du 11 novembre 2016, p. 3 et 4). Il n'y a donc pas lieu de considérer que la recourante est dénuée de toutes perspectives réalistes de gain.

**7. a)** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 134 V 322 consid. 4.1).

In casu, l'intimé a déterminé le revenu annuel hypothétique sans invalidité de la recourante en se référant à l'ESS dans l'activité de peintre en carrosserie. On dispose toutefois de renseignements fiables et

concrets communiqués par l'employeur de la recourante (cf. rapport du 8 janvier 2016, complété par la Carrosserie C. \_\_\_\_\_ Sàrl). Cet employeur a fait part d'un salaire mensuel de 4'600 fr., versé douze fois l'an dès janvier 2015, ce qui correspond à 55'200 fr. par année. Après actualisation à l'année de référence 2016, au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; + 0,8 % ; Evolution des salaires nominaux 1993 - 2018), le revenu hypothétique sans invalidité se monterait ainsi à 55'673 fr. en 2016. Dans la mesure où l'intimé a pris en considération un revenu plus favorable à la recourante, chiffré à 56'612 fr., on retiendra cependant ce dernier montant au titre de revenu hypothétique sans invalidité déterminant.

**b)** Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si 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 encore 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 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 est évalué sur la base de salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb).

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 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 consid. 5.2).

Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2016, de 4'363 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1\_skill-level, niveau de qualification 1), soit 54'581 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2016 (Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). On aboutit ainsi à un revenu de 27'291 fr. pour une activité exercée au taux de 50 %.

Contrairement à ce que soutient la recourante, on peut considérer qu'un abattement de 5 % sur le salaire statistique tient adéquatement compte de sa situation globale, soit des limitations fonctionnelles qui restreignent sa capacité de travail à un mi-temps. A l'instar de l'intimé, on peut observer au surplus que la recourante, de nationalité suisse et de langue maternelle française, est jeune et dotée de bonnes capacités d'adaptation. Elle a démontré, par le passé, avoir eu les ressources pour reprendre son activité lucrative de choix lorsque les circonstances l'imposaient. Par conséquent, on ne voit aucune raison de procéder à un abattement supérieur au taux de 5 % retenu par l'intimé.

Déduction faite, le revenu d'invalidé déterminant se monte à 25'926 francs.

**c)** Le degré d'invalidité de la recourante s'élève ainsi à 54,2 % ( $[(56'612 - 25'926) \times 100] / 56'612$ ), arrondi à 54 %.

**8. a)** 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

**b)** A teneur de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du taux d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un taux d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

L'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt si la révision a été demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée en vertu de l'art. 88<sup>bis</sup> RAI.

Selon la jurisprudence, dans le cas d'une nouvelle demande déposée dans les trois ans suivant la suppression d'une rente d'invalidité, lorsque l'invalidité donnant droit à une rente doit être à nouveau ramenée à la même affection que celle qui était à l'origine de l'ancienne invalidité, l'art. 29<sup>bis</sup> RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1, let. b, LAI, mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 142 V 547 consid. 3).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al 3 LPG, la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de l'administration (TF 9C\_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et référence citée).

**c)** En l'espèce, le degré d'invalidité de 54 % ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité en faveur de la recourante, ainsi que l'a retenu la décision incriminée (cf. art. 28 al. 2 LAI). L'invalidité est causée par la même atteinte à la santé que celle qui a fondé l'octroi initial de la rente. L'art. 88<sup>bis</sup> al. 1 RAI est donc applicable et l'on doit renoncer au délai d'attente d'une année. En revanche, l'art. 29 al. 1 LAI relatif au délai de six mois depuis la nouvelle demande reste applicable, conformément à la jurisprudence précitée. La recourante a formulé la demande de réexamen de son cas dans un courrier non daté, parvenu à l'intimé le 25 septembre 2015. L'intimé a certes sollicité le dépôt d'une demande formelle de prestations par pli du 28 septembre 2015, auquel la recourante a donné suite le 4 octobre 2015. Est néanmoins déterminante, s'agissant d'une demande de révision, la date à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de l'intimé, soit en l'occurrence au

plus tard le 25 septembre 2015. Le délai de six mois dès le dépôt de la demande est donc échu dans le courant du mois de mars 2016, ce qui justifie le versement de la demi-rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2016.

**9. a)** En définitive, le recours doit être très partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante peut prétendre au versement d'une demi-rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2016 (en lieu et place du 1<sup>er</sup> avril 2016).

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice peuvent être arrêtés à 400 fr. Ils seront mis à la charge de la recourante, dans la mesure où elle n'obtient pas gain de cause sur ses propres arguments, mais très partiellement sur une question qu'elle n'avait pas soulevée (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** La recourante, dont l'ensemble des arguments sont rejetés, n'a dès lors pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est très partiellement admis, en ce qui concerne le début du versement de la demi-rente d'invalidité fixé au 1<sup>er</sup> mars 2016.
- II. La décision rendue le 4 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le début du versement de la demi-rente d'invalidité en faveur de la recourante est arrêté au 1<sup>er</sup> mars 2016.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Johanna Trümpy, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :