

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juin 2010

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Thalmann et M. Jomini  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Tannay, recourante, représentée par Me Violaine Jaccottet  
Sherif, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_, née le [...], domiciliée à [...] (VD) depuis le 4 juin 1987, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 février 1996 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI Genève), tendant à l'octroi d'une rente. Elle était au bénéfice d'un certificat de capacité d'aide en pharmacie depuis 1968 et d'un diplôme d'assistante sociale obtenu en 1986 auprès de l'Institut des Etudes Sociales.

L'assurée travaillait à 70 % en qualité d'éducatrice à [...] depuis le 1<sup>er</sup> février 1985. En raison de son état de santé, elle a subi de nombreux arrêts de travail à taux variables à partir du 24 février 1994, établis par le Dr L.\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH traitant, et que son employeur a détaillé le 25 octobre 1999 comme suit :

« A titre d'information, Mme J.\_\_\_\_\_ a travaillé à 70 % jusqu'au 31 mai 1996 et depuis le 1<sup>er</sup> juin 1996, son taux est de 50 %.

**Année 1994**

du 24 février au 27 mars	capacité de travail est de 0 %
du 28 mars au 31 mai	capacité de travail est de 50 % de son 70 %
du 13 au 19 juin	capacité de travail est de 0 %
du 20 juin au 17 juillet	capacité de travail est de 50 % de son 70 %
du 18 juillet au 31 décembre	capacité de travail est de 0 %

**Année 1995**

du 1 <sup>er</sup> au 8 janvier	capacité de travail est de 0 %
du 9 janvier au 28 février	capacité de travail est de 25 % de son 70 %
du 1 <sup>er</sup> mars au 31 mai	capacité de travail est de 50 % de son 70 %
du 1 <sup>er</sup> au 18 juin	reprise totale d'activité
du 19 juin au 31 décembre	capacité de travail est de 75 % de son 70 %

**Année 1996**

du 8 janvier au 29 février	capacité de travail est de 0 %
du 19 février au 1 <sup>er</sup> mars	reprise totale d'activité
du 11 mars au 31 mai	capacité de travail est de 50 % de son 70 %
dès le 1 <sup>er</sup> juin au 31 décembre	reprise totale d'activité

**Année 1997**

du 6 au 31 août

capacité de travail est de 0 %

du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre

de son 50 %

capacité de travail est de 50 %

**Année 1998**

du 1<sup>er</sup> janvier au 28 juin

50 %

capacité de travail est de 50 % de son

du 29 juin au 31 décembre

capacité de travail est de 0 %

**Année 1999**

du 1 <sup>er</sup> janvier au 30 avril	capacité de travail est de 0 %
du 1 <sup>er</sup> mai au 29 juillet	capacité de travail est de 50 % de son 50 %
du 30 juillet au 28 septembre	reprise de travail à 100 %
du 29 septembre à ce jour	capacité de travail est de 0 % »

Dans un rapport médical du 7 mars 1996, le Dr L.\_\_\_\_\_, a diagnostiqué « un spondylolisthésis L5-S1 : greffe-fixation 12.9.94 et un status post AMO + neurolyse S1 gche le 9.1.96 ». Il a indiqué que la persistance de sciatalgies S1 gauches après la première opération avait nécessité un dégagement radiculaire et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (deuxième opération de 1996). Il a estimé que l'état de santé de sa patiente était susceptible d'amélioration.

Le 15 janvier 1997, l'assurée a écrit à l'OAI Genève pour avoir des nouvelles de son dossier. Elle a joint à son courrier la copie d'une lettre du 9 mai 1996 de l'institution de prévoyance professionnelle de son employeur, la Caisse R.\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_), laquelle lui a reconnu un degré d'invalidité de 50 % consistant aux paiements d'une pension d'invalidité et d'une avance AI depuis le 1<sup>er</sup> juin 1996.

Le 29 janvier 1997, l'OAI Genève a transmis le dossier de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après : l'OAI), au motif que celui-ci relevait de sa compétence. L'OAI a poursuivi l'instruction du dossier.

Le 13 mars 1997, le Dr L.\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré en ces termes : « fonctionne mieux, mais toujours gênée lombalgies ». Le 12 avril 1997, il a observé que l'évolution était lentement favorable, avec persistance de sciatalgies intermittentes, sans déficit neurologique.

Le 30 juin 1998, l'assurée a subi une nouvelle spondylodèse L4-L5 et une seconde neurolyse S1 gauche.

Selon une enquête économique sur le ménage effectuée par l'OAI le 21 août 1998, l'assurée présentait une invalidité de 64 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels. L'enquêtrice a notamment déclaré ce qui suit :

« Le couple a bien insisté sur le fait que notre assurée n'a jamais pu travailler à 100 %, ce qu'elle aurait fait en bonne santé depuis de longues années, en tout cas depuis 1978 (date de son divorce) et même après son second mariage en juillet 1986, pour pouvoir améliorer le revenu familial (achat de la maison).

L'assurée n'a pas voulu déposer une demande AI avant l'aggravation de son état de santé en 1994, car elle espérait toujours que les choses s'amélioreraient. De plus le couple argumente aussi que le travail actuel de l'assurée est adapté, pas trop pénible sur le plan physique et selon eux seul un temps partiel lui permet d'y faire face. A priori, ils ne pensent pas qu'une réadaptation professionnelle (si le statut à 100 % devait être retenu) améliorerait les choses ».

De cette enquête, il ressort que l'assurée a soutenu qu'elle aurait travaillé à 100 % si elle avait été en bonne santé, pour raisons financières.

Le 15 avril 1999, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, avec persistance de sciatalgies intermittentes, sans déficit neurologique, et estimé que sa patiente pourrait reprendre son activité d'éducatrice dès le 1<sup>er</sup> mai 1999 à 25 % pour quelques semaines, puis à 50 pour-cent.

Le 16 avril 1999, le Dr W. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, a relevé que l'évolution était favorable, avec toutefois des lombosciatalgies S1 gauches intermittentes, que l'intéressée devrait pouvoir travailler dans une activité où elle pouvait changer fréquemment de position et être dispensée du port de lourdes charges et qu'elle pourrait reprendre son activité d'éducatrice dès le 1<sup>er</sup> mai 1999 à 25 % pour quelques semaines, puis à 50 pour-cent.

Le 1<sup>er</sup> juillet 1999, le Dr L. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé s'était amélioré, avec bonne évolution, que la physiothérapie était

terminée, que l'assurée avait recommencé à travailler à 25 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 1999 et qu'elle pourrait travailler à 50 % depuis le 19 juillet 1999.

Par décision du 16 novembre 1999, la commission sociale de R.\_\_\_\_\_ a maintenu le taux d'invalidité à 50 %. Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH maladies rhumatismales et médecin-conseil de R.\_\_\_\_\_, a transmis le dossier de l'assurée à l'OAI le 27 mars 2000. Y figuraient notamment une de ses notes du 7 octobre 1999 et un extrait du procès-verbal de la séance du 25 octobre 1999, repris ci-dessous en l'état :

« Notes :

7.10.99 : Tél. Dr L.\_\_\_\_\_ : à l'examen clinique rien de particulier; compte tenu de la spondylodèse est bien souple et les manœuvres sont indolores. Pas de changement par rapport à 1994 du point de vue fonctionnel du rachis ».

« Procès-verbal du 25 octobre 1999 :

Remarques :

L'employeur indique que l'assurée aura épuisé son droit au traitement en date du 01.11.1999. L'assurée a déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité fédérale (office cantonal AI du canton de Vaud) au mois de janvier 1996. A ce jour, aucune décision n'a été prise.

A date de la décision de R.\_\_\_\_\_ du 9 mai 1996 acceptant un degré d'invalidité de 50 %, l'assurée a pu poursuivre son activité à temps partiel jusqu'à fin juillet 1997.

Depuis le 6 août 1997, elle a été à nouveau absente, totalement ou partiellement (voir décompte d'absences).

Le 4 juin 1999, le médecin-conseil de l'employeur écrivait ceci : "L'état de santé de l'intéressée évolue favorablement, laissant envisager une reprise complète de son activité professionnelle d'ici 5 à 6 semaines. Cependant, le pronostic de l'évolution de l'état de santé de l'intéressée ne peut être totalement certain, et compte tenu du grand nombre de jours d'absence, je vous prie d'ouvrir la procédure de mise à l'invalidité auprès de R.\_\_\_\_\_".  
(...)

Remarques pendant la séance :

Le Dr B.\_\_\_\_\_ explique que cette personne a été opérée en 1994 de la colonne vertébrale par son médecin traitant neuro-chirurgien. Selon les propos de ce chirurgien, il n'y a aucun élément nouveau qui justifie une augmentation du taux d'invalidité actuel. La commission médicale se rallie à cet avis.

Décision :

A l'unanimité, la commission refuse d'augmenter le taux d'invalidité à 100 %. Le degré d'invalidité à 50 % est maintenu ».

L'assurée a recouru contre la décision de R. \_\_\_\_\_ du 16 novembre 1999 auprès du Tribunal administratif du canton de Genève.

Le 9 décembre 1999, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, avec persistance d'un syndrome vertébral lombaire chronique, et que sa patiente était en incapacité de travailler à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 1999 et à 100 % depuis le 29 septembre 1999.

Le 8 avril 2000, en relation avec le recours déposé contre la décision de R. \_\_\_\_\_ du 16 novembre 1999, l'assurée a écrit ce qui suit au Tribunal administratif du canton de Genève :

« J'ai bien reçu votre lettre du 20 mars 2000 avec la copie du dossier constitué par l'OAI et je vous en remercie. Ce dossier contient beaucoup d'éléments, mais je trouve qu'il ne fait pas apparaître clairement tous mes problèmes de santé. Permettez-moi d'écrire brièvement mon histoire de maladie.

L'origine de tous mes problèmes est une malformation de naissance de mon dos, une spina bifida. Dans ma jeune enfance déjà, j'ai dû dormir dans un corset de plâtre et j'ai subi différentes autres thérapies. En plus ma colonne vertébrale s'est déformée gravement en grandissant. Des douleurs dorsales font partie de mon quotidien depuis mon adolescence. La situation s'est détériorée au fil du temps, malgré un suivi médical constant. Depuis l'âge de 21 ans c'est le Dr [...], spécialiste en orthopédie, qui m'a traitée. Pour ces problèmes je n'ai jamais pu poursuivre une activité professionnelle de plus de 70 % et j'ai toujours eu besoin d'une aide au ménage.

En février 1994, ma situation s'est aggravée et mes médecins, le Dr L. \_\_\_\_\_ et le Dr W. \_\_\_\_\_ ne voyaient plus d'autre solution que de fixer deux vertèbres, pour éviter une paralysie des jambes. L'opération du 12 septembre 1994 a réussi à stabiliser mon dos, mais les douleurs n'ont pas disparu. Malgré les médicaments, la physiothérapie et la gymnastique posturale continue j'ai pu travailler qu'à 50 % et avec des très grandes difficultés.

Le 6 janvier 1996 les médecins ont essayé d'améliorer ma situation par une deuxième intervention, malheureusement sans succès. Je n'ai toujours pas pu travailler plus que 50 % et toujours avec ces douleurs et en dépassant en permanence mes limites à l'aide des médicaments. Finalement une rente à 50 % m'était attribuée par R. \_\_\_\_\_ à partir du 1<sup>er</sup> juin 1996 ainsi qu'une avance AI. Sous le grand stress des douleurs et jamais sans médicaments j'ai continué de remplir mes fonctions. Tout était porté par le grand désir de ne pas perdre mon travail et l'espoir de guérir.

Mais apparemment mes efforts étaient au-dessus de mes forces pendant cette période. En début août 1997, le Dr M. \_\_\_\_\_, mon médecin de famille, a constaté un état d'épuisement total et une

intolérance aux médicaments anti-douleurs et anti-inflammatoires. J'ai dû arrêter mon travail complètement pendant un mois. Dès ce moment mon état physique ne me permettait plus de travailler plus que 25 %. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a essayé de trouver les origines de mes problèmes par différentes méthodes de diagnostic et de traitements et a finalement évalué les éventuelles chances d'une 3<sup>ème</sup> intervention chirurgicale. Parallèlement, j'ai consulté le Professeur Dr [...] pour avoir un 2<sup>ème</sup> avis quant à ma situation.

Ces deux médecins spécialistes en neurochirurgie sont arrivés à la même conclusion : une 3<sup>ème</sup> grande opération, fixant deux vertèbres de plus, pourrait éventuellement améliorer ma situation. Ils m'ont proposé cette opération tout en me mettant en garde à nouveau des gros risques qu'implique une telle intervention. Après longues réflexions et évaluations détaillées de ma situation, malgré la peur des risques et les douleurs presque insupportables à venir, mon désir de retrouver une vie professionnelle et privée normale m'a décidé de tenter cette dernière chance.

La convalescence était très longue suite à cette dernière intervention chirurgicale du 29 juin 1998 et je n'ai plus retrouvé le niveau de santé d'avant. Même l'essai de travailler à 25 %, seulement depuis mai 1999 s'est avéré trop après quelques mois. J'ai dû à nouveau m'arrêter, complètement épuisée par des douleurs ingérables en septembre 1999. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a constaté une incapacité de travail à 100 %. En parallèle j'étais confrontée à la réalité administrative de l'échéance des 730 jours des versements d'indemnités pour arrêt maladie. Pour fin octobre 1999, mon employeur [...], a dû faire la demande pour l'augmentation du taux de mon invalidité.

Aujourd'hui, je me rends compte que j'ai continuellement dépassé mes limites physiques. Tous ces efforts étaient motivés par mon désir profond de retrouver ma santé et de ne pas perdre mon travail. Mon état d'esprit trop optimiste a peut-être influencé le regard des médecins. Je cite le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'Etat de Genève, dans la lettre du 4.6.1999 adressée à R. \_\_\_\_\_ : "Je vous informe que l'état de santé de Mme J. \_\_\_\_\_ évolue favorablement laissant envisager une reprise complète de son activité professionnelle d'ici 5 à 6 semaines. Cependant, le pronostic de l'évolution de santé de l'intéressée ne peut être totalement certain, ... ". Cet optimisme, que je partageais entièrement à cette époque, s'est avéré malheureusement illusoire.

Permettez-moi encore de prendre position par rapport à la motivation de refus d'augmentation du taux d'invalidité par R. \_\_\_\_\_ :

Je ne suis pas d'accord avec la conclusion de la Commission médicale du 25 octobre 1999. Je cite : "En effet, de l'avis du médecin-conseil de [...] ainsi que du médecin traitant, aucun élément nouveau ne justifiait une augmentation de ce taux laissant subsister une capacité de travail résiduelle de 50 %". Il me paraît complètement injustifié de dire que ma situation n'a pas changé depuis l'attribution de la rente :

- a) J'ai subi une 3<sup>ème</sup> grande intervention chirurgicale après cette date.
- b) Depuis l'obtention de la rente en juin 1996 j'ai pu assumer la totalité de mon nouveau taux de travail réduit à 50 % pendant

les premiers 14 mois seulement. A partir du mois d'août 1997, c'est à dire depuis 32 mois maintenant, j'ai dû réduire mon travail à 25 % ou j'étais en arrêt complet.

En plus, il est évident, que ce n'est pas l'avis de mon médecin traitant, le Dr L. \_\_\_\_\_, qu'il me reste une capacité de travail résiduelle de 50 %. Il a ordonné la réduction permanente de mon travail à 25 % voir 0 % dès août 1997. Le Dr L. \_\_\_\_\_ m'a précisé, lors d'un entretien téléphonique en début décembre, suite au refus de R. \_\_\_\_\_, qu'il a eu qu'un bref appel téléphonique de la part du Dr B. \_\_\_\_\_ médecin conseil pour R. \_\_\_\_\_. Selon le Dr L. \_\_\_\_\_ il n'y a pas eu une discussion de fond par rapport à ma situation.

Le Dr B. \_\_\_\_\_, lors d'un entretien téléphonique que j'ai eu avec lui, suite à ce refus et pour mieux comprendre les raisons, dit qu'il est difficile de croire à mes difficultés en me voyant. C'est vrai, j'essaie de prendre soin de mon apparence et je ne laisse pas facilement transparaître mes problèmes de santé.

Finalement j'aimerais attirer votre attention sur le fait que les certificats médicaux qui constituent en partie ce dossier s'arrêtent en mai 1996, alors que le Dr L. \_\_\_\_\_ a établi tous les certificats qui justifient les arrêts de travail jusqu'à ce jour et sans interruption. En annexe, je joins une copie du décompte de mes absences de travail, établi par l'Hospice Général le 25 octobre 1999, avec quelques annotations explicatives à mon avis nécessaire ».

Selon les annotations manuscrites de l'assurée sur le décompte de ses absences établi par son employeur, les reprises totales d'activité mentionnées pour les périodes du 19 février au 1<sup>er</sup> mars 1996 et du 30 juillet au 28 septembre 1999 correspondaient en réalité à des vacances.

Les parties ont comparu personnellement devant le Tribunal administratif du canton de Genève le 6 septembre 2000. L'assurée et le Dr L. \_\_\_\_\_ ont déclaré ce qui suit :

Mme J. \_\_\_\_\_

« Il n'y a pas eu de changement d'état réel. J'ai toujours eu envie de reprendre une activité et je m'en suis ouverte dans ce sens au Dr L. \_\_\_\_\_. Ce n'est que dernièrement que je me suis rendue compte que je n'y arriverais pas ».

Dr L. \_\_\_\_\_

« Je suis Mme J. \_\_\_\_\_ depuis le printemps 1994.

Elle souffre d'un spondylolisthésis grade II, soit de glissement de vertèbres de plus d'un centimètre, soit déjà assez sévère.

Nous avons stabilisé la partie lombaire une première fois en fixant cette colonne par une "greffe lombaire", en raison de douleurs permanentes.

Mme J. \_\_\_\_\_ a souffert de cette maladie depuis l'enfance et elle l'a assumée pendant longtemps. L'intervention que j'ai pratiquée le 12 septembre 1994 devait diminuer les douleurs. L'opération a bien réussi. Mais elle a eu par la suite une douleur radiculaire dans la jambe gauche qui a persisté et a nécessité une nouvelle intervention pour libérer le nerf S1 gauche, le 9 janvier 1996. Il y a eu une légère amélioration au départ et Mme J. \_\_\_\_\_ a tenté de reprendre le travail à 50 % en mars 1996. J'ai indiqué à plusieurs reprises dans mon dossier que Mme J. \_\_\_\_\_ "bataillait" pour reprendre le travail, même si elle continuait d'avoir des douleurs.

Il y avait toujours besoin d'anti-inflammatoires, la douleur persistant. Il s'agissait de douleurs nerveuses et non plus de stabilité lombaire. La libération du nerf, lors de la deuxième intervention, n'a pas eu le succès que nous attendions. La gêne est liée à l'activité et à la mobilisation.

Pour moi, il s'agit d'une grosse déception : la greffe a tenu et les douleurs nerveuses persistent, sans que nous réussissions à calmer l'irritation du nerf.

En juin 1998, j'ai procédé à une troisième intervention, après avoir consulté d'autres centres en Suisse, car c'est toujours délicat de travailler en terrain "miné". Au cours de cette troisième intervention, j'ai bloqué la vertèbre susjacent. Dans un premier temps, le résultat était bon. Mme J. \_\_\_\_\_ portait encore le corset. Le 19 novembre 1998, Mme J. \_\_\_\_\_ était contente. Cependant, la jambe gauche n'est jamais revenue à 100 %, elle continuait de "tirer".

Durant l'été 1999, nous espérions une reprise du travail. A l'automne 1999, Mme J. \_\_\_\_\_ prenait toujours des anti-inflammatoires, que je lui ai toujours prescrits.

En septembre 1999, Mme J. \_\_\_\_\_ n'allait pas bien du tout. Le 29 septembre 1999, nous avons fait un arrêt de travail total. Il a fallu remettre le corset dès octobre 1999 et j'ai prescrit, en plus de l'anti-inflammatoire, du Tramal.

On peut dire qu'entre les rechutes, Mme J. \_\_\_\_\_ va bien.

Depuis l'automne 1999, la situation n'a guère évolué. Mme J. \_\_\_\_\_ est en arrêt de travail total, porte un corset et prend des anti-inflammatoires. Elle fait de plus de la physiothérapie.

J'ai signé le maintien du taux d'invalidité à 50 % à l'automne 1999. Je suis quelqu'un de positif et j'espérais un mieux. Je dois constater que ces espoirs ne se sont pas réalisés, car depuis lors, Mme J. \_\_\_\_\_ n'a pas du tout pu reprendre le travail.

Pour rendre mon avis, j'ai reçu, le 10 octobre 1999, une demande téléphonique du Dr B. \_\_\_\_\_, à qui j'ai donné mes impressions sur une patiente que je connais. Je n'ai pas eu de contacts avec le Dr N. \_\_\_\_\_.

(...)

Sur question de Me Leuenberger, j'indique qu'il n'était pas approprié pour Mme J. \_\_\_\_\_ de reprendre le travail à 100 %, ni de s'arrêter totalement : elle n'en avait pas envie, elle voulait continuer de travailler. D'ailleurs, son travail ne peut être effectué que si on l'aime, contrairement à d'autres emplois. En d'autres termes, j'ai aligné ma position sur ses envies.

J'aurais peut-être dû dire à la commission d'attendre un peu. Le Dr B.\_\_\_\_\_ m'a appelé le 4 octobre, soit alors que la rechute de septembre était encore en cours. Personnellement je pensais que la rechute allait se terminer, d'où mon préavis.

La projection de faire un arrêt à 50 % n'a pas pu se réaliser. Aujourd'hui, soit presque une année après, Mme J.\_\_\_\_\_ est toujours totalement incapable de travailler. Je considère que c'est à tort que j'ai signé un avis de maintien à 50 %. J'ai été, à l'époque, trop optimiste ».

Par décision du 10 novembre 2000, se basant sur un préavis de la commission médicale, R.\_\_\_\_\_ a accepté de reconsidérer sa prise de position du 16 novembre 1999 et de reconnaître un degré d'invalidité de 100 % à l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 1999. Par décision du 15 novembre 2000, le Tribunal administratif a pris acte du retrait du recours de l'assurée contre la décision de R.\_\_\_\_\_ du 16 novembre 1999.

Interpellé par l'OAI afin de connaître les raisons qui avaient conduit R.\_\_\_\_\_ à admettre un degré d'invalidité de 100 %, le Dr B.\_\_\_\_\_ a répondu, en février 2001, que malgré l'absence de fait médical nouveau, la commission médicale avait reconnu qu'elle avait sous-estimé la pathologie de l'assurée et présumé de manière trop optimiste sa capacité de travail.

Mandatés par l'OAI, le Prof. D.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_, rhumatologues, ont rendu une expertise médicale le 30 juillet 2001. Quelques extraits de leur rapport sont reproduits ci-dessous en l'état :

« Extrait du dossier

Il ressort de l'examen du dossier que Mme J.\_\_\_\_\_ a déposé, en février 1996 déjà, une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité sans préciser le sens de cette mesure, à savoir des mesures professionnelles ou une rente. Elle annonce, comme atteinte à la santé, un spina bifida avec une spondylolyse L5-S1 ainsi que des douleurs des jambes et du pied gauche et elle précise qu'elle a subi deux interventions chirurgicales lombaires : en septembre 1994 où elle a eu une fixation avec greffe au niveau L5-S1 et en 1996 où l'on a pratiqué une nouvelle intervention sans amélioration de la symptomatologie. Pour la patiente, cette atteinte qui existe dès la naissance s'est progressivement aggravée.

Le dossier contient les rapports opératoires des trois interventions lombaires dont a bénéficié Mme J.\_\_\_\_\_, interventions toutes pratiquées par le Dr L.\_\_\_\_\_, neurochirurgien à [...], avec le Dr W.\_\_\_\_\_, orthopédiste, comme assistant. Respectivement, on a

réalisé : une spondylodèse L5-S1 par plaques de Steffee bilatérales et une homogreffe intersomatique introduite par voie postéro-latérale bilatérale pour un spondylolisthésis antérieur de L5/S1 de deuxième degré le 12 septembre 1994; une ablation du matériel d'ostéosynthèse (4 vis et 2 plaques de Steffee) et neurolyse S1 gauche le 9 janvier 1996; et finalement une révision chirurgicale et neurolyse S1 gauche avec spondylodèse L5-S1 par matériel MOSS-MIAMI et greffe autologue prise sur la greffe iliaque gauche le 30 juin 1998.

(...)

Plaintes et données subjectives de l'assurée (anamnèse actuelle) :

(...) Du point de vue fonctionnel, Mme J.\_\_\_\_\_ note que son périmètre de marche est limité à la montée, mais reste supérieur à une heure. Elle marche d'ailleurs régulièrement tous les jours de 30 à 45 minutes. La position debout stationnaire est plus difficile, avec apparition de douleurs après environ 30 minutes déjà. De même, la station assise est limitée à 3 heures au grand maximum, moment auquel les douleurs sont intolérables. Mme J.\_\_\_\_\_ a tendance à alterner les positions toutes les 30 minutes environ. A noter toutefois que si les voyages en voiture et train sont pénibles, Mme J.\_\_\_\_\_ peut faire des trajets d'environ 6 heures, trajets qui lui laissent des douleurs pendant plusieurs jours. Elle peut aussi conduire elle-même la voiture sur environ 100 km.

Mme J.\_\_\_\_\_ prépare elle-même ses repas et fait sa lessive. Elle a néanmoins dû installer un séchoir et faire appel à une aide pour les gros travaux ménagers comme passer l'aspirateur. Mme J.\_\_\_\_\_ a diminué ses activités sportives et récréatives. Comme sports, elle pratique du ski de fond, du vélo et de la voile mais en quantité nettement moindre qu'auparavant. Elle a par contre arrêté toute activité de jardinage mais elle peint de temps en temps quelques heures comme hobby.

Status clinique et constatations objectives :

(...) Un bilan radiologique du 5 septembre 2000 réalisé à la Radiologie [...] et comprenant une colonne cervicale, dorsale et lombaire face profil était à notre disposition, ainsi que de nombreux clichés comparatifs de 1994 à 1999.

Sur les clichés récents de la colonne cervicale, aucune lésion des tissus mous ou calcification pathologique n'est visible. L'alignement est conservé, la lordose harmonieuse et l'espace de sécurité normal. Tout au plus, on notera de discrets troubles dégénératifs sous forme d'une uncarthrose débutante en C3-C4, C4-C5 et une petite arthrose interapophysaire en C3-C4 et C6-C7. La colonne dorsale démontre un trouble statique avec une scoliose en S inversé, modérée. Les espaces discaux sont conservés et il n'y a pas de calcification pathologique ou de fracture.

La colonne lombaire démontre quant à elle un status après spondylodèse du matériel d'ostéosynthèse entre L4 et L5. Il n'y a pas d'augmentation du listhésis par rapport aux anciens clichés, il y a même une discrète amélioration avec 1,7 cm par rapport à un débord pré-opératoire de 2 cm. Il n'y a pas de calcification pathologique, pas de pathologie discale sur les étages sus-jacents, ni d'arthrose interapophysaire. Il n'y a pas de signe de macro-

instabilité. On note par contre de discrets signes de surcharge mécanique de la sacro-iliaque droite.

Nous n'avons pas jugé nécessaire au vu des éléments du dossier AI et de notre examen de pratiquer des examens complémentaires.

Diagnostics :

- **Lombalgies chroniques non-spécifiques et pseudosciatalgies du membre inférieur gauche.**
  - Troubles statiques et dégénératifs du rachis.
  - Status après trois interventions rachidiennes lombaires avec ostéosynthèse et greffes osseuses pour listhésis.
  - Status après neurolyse de S1 G à 2 reprises.

Appréciation du cas et pronostic :

Mme J. \_\_\_\_\_ est une femme actuellement âgée de 51 ans, mariée, qui souffre de lombalgies chroniques ayant débuté dans l'enfance et dont la lente péjoration l'a finalement conduite à se faire opérer en 1994. Cette première intervention chirurgicale, suivie de deux autres, n'a pas amélioré la situation et Mme J. \_\_\_\_\_ continue de se plaindre de lombalgies basses irradiant dans le membre inférieur gauche de façon préférentielle. L'assurée décrit avant tout une fatigabilité à l'effort et la nécessité de rester couchée durant de nombreuses heures par jour pour éviter l'apparition de douleurs lombaires (de type mécanique). Ces douleurs, aggravées par le port de charges, la flexion antérieure, la station assise ou debout prolongée, sont quelque peu soulagées par la prise de médicaments et la pratique régulière de physiothérapie.

Fonctionnellement, Mme J. \_\_\_\_\_ se dit handicapée avec des difficultés à rester plus de deux à trois heures debout ou assise sans changer de position. Elle a diminué ses activités sportives et de loisirs et ne s'occupe de son ménage que partiellement en évitant tous les gros travaux qu'elle laisse à une employée. Elle admet néanmoins être capable de marcher près d'une heure, de pouvoir voyager et même conduire sa voiture sur environ 100 km.

A l'examen somatique, il existe certainement une limitation de la mobilité du rachis après spondylodèse et greffe osseuse. Les mouvements sont néanmoins harmonieux, sans limitation fonctionnelle significative, et non douloureux. Du point de vue neurologique, on ne note aucune atteinte radiculaire irritative ou déficitaire, et les douleurs du membre inférieur gauche apparaissent comme des douleurs référées lombaires. A noter qu'il n'existe pas d'élément pour une fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux.

Du point de vue radiologique, l'intervention a permis une légère réduction du listhésis de 2 à 1,7 cm et il n'y a aucun signe de macro-instabilité. Mme J. \_\_\_\_\_ est toujours porteuse de matériel d'ostéosynthèse et il s'agit d'un status après deux greffes osseuses. En conséquence, il est indéniable qu'il existe une atteinte rachidienne avec des conséquences douloureuses fonctionnelles possibles.

En conclusion, Mme J. \_\_\_\_\_ présente des lombalgies chroniques non-spécifiques dans le cadre d'une atteinte dégénérative, statique et d'un status après 3 interventions chirurgicales avec spondylodèse

et greffe osseuse. Il n'y a aucun signe pour un problème qui se situerait au niveau du matériel d'ostéosynthèse et, compte tenu du délai depuis la dernière intervention, la situation peut être considérée comme stable.

Limitations en relation avec les troubles constatés :

On peut admettre que l'atteinte lombaire contre-indique le port de charges répété supérieur à 20 kg, les travaux lourds, et impose des mesures d'épargne dans le travail.

Les douleurs étant aggravées par les longues périodes sans changement de position, un travail trop statique, sans possibilité de modifier sa position pour plusieurs heures, est contre-indiqué ou devrait être évité dans la mesure du possible.

Les limitations imposées par les troubles constatés nous apparaissent comme relativement modérées; en effet, la patiente est capable de marcher, de faire en partie son ménage, de conduire et d'avoir des activités sportives et récréatives, même si celles-ci sont limitées par rapport à avant les interventions.

Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

Il nous semble donc, compte tenu de l'ensemble de ces facteurs physiques, des limitations fonctionnelles observées et des limitations théoriques, qu'il y a une capacité de travail résiduelle à 50 %, qui peut être exigible et concevable dans les activités d'aide-pharmacienne et d'éducatrice. Nous favoriserions le poste d'éducatrice qui semble avoir des contraintes physiologiques plus adaptées au handicap présenté par Mme J.\_\_\_\_\_. La description de ce type de travail que la patiente nous fait semble permettre plus facilement que celui d'aide en pharmacie une alternance entre une position debout et assise et ne comporte pas de port de charges ou de mouvements en port à faux. Le travail d'aide-pharmacienne est moins favorable car il implique une station debout immobile de plus longue durée et souvent des mouvements de flexion du tronc pour aller chercher des médicaments dans les étagères ou les tiroirs. En conclusion, et en se basant sur les éléments du dossier AI à notre disposition, de l'anamnèse prise auprès de l'assurée ainsi que sur l'examen clinique réalisé le 29 mai 2001, il nous apparaît que Mme J.\_\_\_\_\_ conserve une capacité de travail résiduelle d'au moins 50 % dans son ancienne activité d'assistante sociale ou d'éducatrice ».

Les spécialistes ont estimé que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle travaille à 50 % dans son activité habituelle d'éducatrice ou dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges répété de plus de 20 kg, les travaux lourds et les positions statiques prolongées.

Dans un avis médical du 11 octobre 2001, le Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : le SMR), a considéré que la description du handicap représenté par les lombalgies, la notion d'activités sociales et sportives préservées, la possibilité de voyager, de conduire une

automobile et d'accomplir la plupart des tâches ménagères permettaient de penser qu'il existait une capacité de travail résiduelle dans les activités pratiquées antérieurement par l'assurée. Il s'est dès lors rallié aux conclusions de l'expertise du 30 juillet 2001.

Dans un projet de décision du 25 octobre 2001, l'OAI a préavisé en faveur de l'octroi à l'assurée des prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % du 24 février au 31 mars 1995, de 65 % du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 1996, de 48 % du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1995, de 50 % du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 octobre 1997, de 100 % du 1<sup>er</sup> novembre 1997 au 31 octobre 1999 et de 50 % à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1999 suite à l'amélioration de son état de santé depuis le 30 juillet 1999.

L'assurée a contesté ce projet par lettre du 13 novembre 2001 par l'intermédiaire de son conseil, Me Doris Leuenberger, avocate à Genève, en faisant valoir que R.\_\_\_\_\_ lui avait reconnu un degré d'invalidité de 100 %. Elle a en outre demandé la production de son dossier, plus particulièrement de l'expertise du Prof. D.\_\_\_\_\_ et du Dr Q.\_\_\_\_\_ dont elle n'avait pas eu connaissance.

Le dossier a été transmis à l'assurée, laquelle a soutenu, le 22 janvier 2002, que l'expertise du 30 juillet 2001 contenait plusieurs éléments de fait erronés, que contrairement à ce qui avait été retenu, elle ne pouvait plus pratiquer d'activité sportive, à savoir ni le ski de fond, ni le vélo, ni la voile, qu'elle ne pouvait plus conduire un véhicule longtemps et qu'elle devait souvent solliciter son époux pour l'accompagner lors de ses déplacements.

Le 4 février 2002, l'OAI a informé l'assurée que la nouvelle décision de R.\_\_\_\_\_, uniquement fondée sur un changement d'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_, ne reposait sur aucun élément objectif et n'était donc pas de nature à modifier sa position.

Par prononcé du 6 février 2002 adressé à la Caisse cantonale AVS de Genève, l'OAI a confirmé les degrés d'invalidité retenus dans son projet de décision du 25 octobre 2001. L'office a annexé à son courrier une motivation destinée à l'assurée, indiquant les voies de recours auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

L'assurée a séjourné à la Schmerzklinik [...], du 21 janvier au 19 février 2002. Elle y a subi plusieurs infiltrations péri-radiculaires et péridurales et des traitements de radiofréquences localisées sur les facettes articulaires lombaires.

Par décision du 21 mars 2002, l'OAI Genève a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2002, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %, en précisant que la répartition du rétroactif pour la période du 1<sup>er</sup> février 1995 au 28 février 2002 ferait l'objet d'une décision séparée.

L'assurée a recouru contre la décision du 21 mars 2002 auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS-AMat, à Genève (ci-après : la Commission cantonale de recours), par acte du 6 mai 2002. Par jugement incident du 10 décembre 2002, la Commission cantonale de recours s'est déclarée compétente pour connaître du recours sur le fond.

Par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2002, l'OAI Genève a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 1995 au 31 mars 1995, une demi-rente du 1<sup>er</sup> avril 1995 au 30 juin 1995, un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1995, un demi-rente du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 octobre 1997, une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 1997 au 31 octobre 1999 et une demi-rente du 1<sup>er</sup> novembre 1999 au 28 février 2002. Après compensation en faveur de [...] et de [...], il était mentionné que l'assurée recevrait la somme de 47'971 fr. sur son compte bancaire. Elle n'a pas recouru contre cette décision.

Dans un courrier du 20 mars 2003 adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, a notamment indiqué ce qui suit :

« Merci de m'avoir adressé ta patiente qui présente un problème s/p entorse du genou gauche le 23.02.03 avec, à l'IRM, une lésion du CA ainsi que du ménisque interne de ce genou gauche. Tu m'adresses donc Mme J.\_\_\_\_\_ pour avis orthopédique (...).

La revue de l'IRM du mois de mars 2003 de ce genou gauche confirme ce diagnostic de rupture complète du CA ainsi qu'une lésion au moins de grade 3 de la corne postérieure du ménisque interne de ce genou.

Vu le bon état général de la patiente et le fait qu'elle soit très active et sportive je pense qu'il y a lieu de procéder en une session avec une arthroscopie - méniscectomie ainsi que plastie du CA par semi tendini et gracilis double over. L'intervention se fera à l'Hôpital de [...] (...) ».

Dans un rapport opératoire du 3 avril 2003, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait subi une méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque externe et de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne du genou gauche.

Le 3 décembre 2003, le Tribunal des assurances sociales du canton de Genève a informé le Prof. D.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_ que l'assurée soutenait que leur expertise n'avait pas été rendue en toute connaissance de cause, à savoir notamment de la procédure de recours contre la décision de R.\_\_\_\_\_ du 16 novembre 1999 auprès du Tribunal administratif. Ce tribunal a posé quelques questions aux spécialistes, auxquelles ils ont répondu comme suit le 25 février 2004 :

**« 1. Au vu des nouvelles pièces qui vous sont communiquées par la patiente, maintenez-vous les conclusions de votre expertise du 30.07.2001 concernant Mme J.\_\_\_\_\_ ?**

(...)

Dans la lettre du 04 octobre 2002, Mme J.\_\_\_\_\_ se plaint de ne s'être entretenue avec le Professeur D.\_\_\_\_\_ qu'un quart d'heure et n'avoir eu à faire vraiment qu'à l'assistant de ce dernier. Nous tenons à préciser que le Dr Q.\_\_\_\_\_ était à l'époque de l'expertise le chef de clinique du Service de Rhumatologie et qu'il est maintenant médecin-associé et Maître d'Enseignement de Recherche à [...]. A l'époque, il était déjà en possession d'un titre de spécialiste FMH de Rhumatologie depuis plus de 5 ans. Il a, par ailleurs, travaillé 6 mois au COMAI (centre d'observation médicale de

l'Al) de la Polyclinique médicale universitaire en 1992 dans le cadre de sa formation de rhumatologue. Mme J.\_\_\_\_\_ ne s'est donc pas entretenue avec un jeune assistant sans formation ou en formation, mais avec un rhumatologue porteur d'un titre FMH depuis plus de 5 ans, présentant entre autre une expérience considérable dans le domaine des expertises, même pluridisciplinaires.

Un deuxième point de litige, retrouvé aussi bien dans la lettre du 22 janvier 2002 que dans le recours, est que Mme J.\_\_\_\_\_ ne peut plus pratiquer d'activités sportives, à savoir le ski de fond, le vélo ou la voile. Elle dit aussi ne plus pouvoir conduire un véhicule longtemps et devoir bien souvent solliciter son époux pour l'accompagner dans ses déplacements. Ces éléments seraient en contradiction avec notre expertise où nous avons dit que "Mme J.\_\_\_\_\_ a diminué ses activités sportives et récréatives. Comme sports, elle pratique du ski de fond, du vélo et de la voile mais en quantité nettement moindre qu'auparavant. Elle a par contre arrêté toute activité de jardinage, mais elle peint de temps en temps pendant quelques heures comme hobby". Néanmoins, nous tenons à préciser que les éléments rapportés se basent sur l'expertise du 29 mai 2001 où Mme J.\_\_\_\_\_ admettait qu'elle peignait de temps en temps quelques heures comme hobby, avait stoppé son jardinage, mais faisait encore un peu de voile comme passagère. Elle notait également que comme sports, elle marchait tous les jours 30-45 minutes et faisait du ski de fond et du vélo mais avait fortement diminué ce type d'activités. Elle notait encore qu'elle faisait de la natation occasionnellement mais modérément en raison de mycoses fréquentes. Notre texte nous semble donc représentatif des activités récréatives que Mme J.\_\_\_\_\_ nous a dit pratiquer. En ce qui concerne les déplacements, Mme J.\_\_\_\_\_ nous a spécifiquement signalé que les voyages en train et en voiture étaient pénibles, mais qu'ils étaient néanmoins possibles sur des trajets d'une durée de 6 heures bien qu'il en résulte une souffrance pendant plusieurs jours par la suite. Selon elle, les voyages en avion sont nettement plus supportables. Elle a également signalé qu'elle conduisait elle-même sur des distances d'environ 100 km, ce qui est une distance non négligeable correspondant à un peu plus d'une heure de conduite.

Finalement, la question est de savoir si nous maintenons les conclusions de notre expertise datée du 30.7.2001.

Nous maintenons nos conclusions de notre expertise datée du 30.07.2001. Il ne fait aucun doute que Mme J.\_\_\_\_\_ présente des lombalgies chroniques, d'allure non spécifique, sur des troubles statiques et dégénératifs importants du rachis lombaire.

Elle a subi en outre trois interventions rachidiennes lombaires importantes et une neurolyse S1 gauche à deux reprises. Nous avons admis qu'il existait une atteinte lombaire, contre-indiquant certainement le port de charges répété avec des poids supérieurs à 20 kg, les travaux lourds et que ces éléments imposaient des mesures d'adaptation dans le travail. Les douleurs sont aggravées par les longues périodes sans changement de position, si bien qu'un travail trop statique devait être évité dans la mesure du possible. Néanmoins, lors de notre expertise du 29 mai 2001, nous avons décrit les limitations théoriques, c'est-à-dire la nécessité pour la patiente d'alterner les positions toutes les 30 minutes environ, et les limitations subjectives relatées par Mme J.\_\_\_\_\_, c'est-à-dire la difficulté qu'elle signale de maintenir une station debout à plus de

30 minutes ou une station assise plus de 3 heures. Néanmoins, compte tenu de l'ensemble de ces facteurs et des limitations théoriques et subjectives de la patiente, il nous semble exigible de maintenir une capacité de travail à 50 % comme aide-infirmière et éducatrice, professions qui semblent avoir des contraintes physiologiques adaptées aux limitations fonctionnelles de Mme J.\_\_\_\_\_. Nous avons même noté que le travail d'éducatrice nous paraissait plus adapté que celui d'aide-infirmière qui paraît moins favorable puisqu'il implique une station debout immobile de plus longue durée avec certains mouvements de flexion du tronc. Le travail d'éducatrice à 50 % nous paraît par contre demander des contraintes en-deçà des limitations rapportées par Mme J.\_\_\_\_\_. Compte tenu des différents éléments et surtout de l'examen clinique et de l'anamnèse du 29 mai 2001, nous maintenons donc nos conclusions sans modification et ce malgré les nouvelles pièces communiquées.

**2. Estimez-vous éventuellement nécessaire de procéder à un expertise complémentaire avec un nouvel examen de l'assurée ?**

Non, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de pratiquer une expertise complémentaire avec un nouvel examen de l'assurée. Nous reconnaissons que Mme J.\_\_\_\_\_ a une atteinte dégénérative du rachis qui entraîne certaines limitations, mais nous estimons que ces limitations sont compatibles avec une activité de 50 % dans une activité d'assistante sociale. Par contre, nous accepterions volontiers la critique d'avoir sous-estimé les contraintes physiologiques que représente le travail d'assistante sociale. On pourrait donc suggérer de demander une évaluation de type ergothérapeutique sur le site de travail de Mme J.\_\_\_\_\_.

**3. Dans l'hypothèse où les nouvelles pièces qui vous ont été communiquées changent votre appréciation médicale, sans que vous jugiez nécessaire un nouvel examen de l'assurée, à quel pourcentage estimez-vous le degré d'incapacité de travail de Madame J.\_\_\_\_\_ dans son activité d'assistante sociale exercée précédemment ?**

En ce qui concerne le point 3, comme noté ci-dessus, nous ne pensons pas que les pièces communiquées modifient notre appréciation médicale.

Nous signalons une fois de plus qu'il existe une atteinte somatique bien réelle, entraînant des limitations, mais que cet état nous paraît compatible avec une capacité résiduelle de 50 % dans le travail d'assistante sociale ».

Dans un avis médical du 23 mars 2004, le SMR a adhéré aux précisions des experts du 25 février 2004, tout en soulignant que l'incapacité de travail de 100 % reconnue par la commission sociale de R.\_\_\_\_\_ ne reposait sur aucun élément.

Par arrêt du 5 mai 2004, le Tribunal des assurances sociales du canton de Genève a rejeté le recours formé par l'assurée et confirmé la décision du 21 mars 2002 aux motifs que l'expertise effectuée par le Prof. D. \_\_\_\_\_ et le Dr Q. \_\_\_\_\_ satisfaisait aux critères jurisprudentiels pour lui conférer pleine valeur probante et que l'avis d'un médecin traitant - en l'occurrence celui du Dr L. \_\_\_\_\_ - avait une valeur moindre que celui d'un spécialiste.

Dans une lettre du 21 octobre 2004, le Dr S. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, a relaté que la cure chirurgicale de l'hallux valgus gauche effectuée six mois auparavant évoluait favorablement et que la nécrose aseptique de la tête métatarsienne, de type maladie de Freiberg, avec remaniement diaphysaire distal, évoluait souvent vers la consolidation avec une relative indolence chez la majorité des patients.

Par arrêt du 17 janvier 2005 (TFA I\_320/04), le Tribunal fédéral des assurances a annulé le jugement du Tribunal des assurances sociales du canton de Genève du 5 mai 2004 et la décision de l'OAI Genève du 21 mars 2002. Les juges fédéraux ont d'une part considéré que, dans la mesure où la recourante avait son domicile dans le canton de Vaud, l'OAI Vaud était compétent pour rendre une décision; d'autre part, dès lors que la période antérieure à la décision litigieuse n'avait fait l'objet d'aucune décision, ils ont estimé que les premiers juges ne disposaient pas des éléments pertinents leur permettant d'examiner si les conditions d'une révision étaient réunies pour que soit octroyée une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2002. Partant, la cause a été renvoyée à l'OAI pour qu'il statue sur la demande de prestations à partir de la date dès laquelle le droit à la rente avait pris naissance, en tenant compte, le cas échéant, des éventuelles modifications du degré d'invalidité intervenues depuis lors.

Selon le rapport du 21 juin 2005 du Dr F. \_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et traitement interventionnel de la douleur, il persistait, depuis la spondylodèse L4-S1 en 1998, des sciatalgies essentiellement à la face postérieure du membre inférieur gauche sous forme de brûlures avec

des crampes associées à un pincement et des fourmillements. La patiente présentait également un point douloureux au niveau lombaire bas mais qui était plutôt au deuxième plan. Les douleurs, améliorées par la position couchée, étaient moindres le matin et augmentaient progressivement durant la journée. Au niveau de l'examen clinique, le spécialiste n'a pas relevé d'anomalie particulière et constaté que l'intéressée présentait une excellente souplesse.

Le 30 juin 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant, a considéré que l'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1999. Il a posé les diagnostics suivants :

- « -lombosciatique gauche chronique invalidante depuis 1993;
- status après opération à 3 reprises d'une instabilité lombaire L4 à S1 de 1994 à 1998;
- nécrose aseptique de la tête métatarsienne du 2<sup>e</sup> orteil gauche de type maladie de Freiberg depuis 2004;
- ostéopathie depuis 2001;
- status après rupture subtotale du LCA et méniscectomie gauche depuis avril 2002;
- status après cure d'un hallux valgus gauche ».

Dans un avis médical du 27 juillet 2005, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale au Centre multidisciplinaire de la douleur, à [...], a diagnostiqué un failed back surgery syndrom, dos rebelle, après opération en 1994 d'un spondylolisthésis L5-S1 et des sciatalgies gauches. Elle a indiqué que l'assurée pourrait travailler, avec diminution de rendement, deux à trois heures par jour durant les jours favorables. Elle n'a pas mentionné de limitations fonctionnelles.

Le 12 août 2005, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecine du sport et médecine physique FMH, a retenu un status après spondylodèse L5/S1 en 1994, un status après AMO L5/S1 et neurolyse S1 gauche en 1996, un status après deuxième neurolyse S1 gauche et nouvelle spondylodèse L4/L5 en 1998 et un failed back surgery syndrom. Il a noté que l'intéressée était en totale incapacité de travailler depuis 1999. Dans la formule

relative aux limitations fonctionnelles en cas d'activité professionnelle, il a mentionné qu'elle pouvait travailler deux à trois heures par jour dans une activité adaptée, soit notamment en alternance assise et debout et sans lever, porter ou déplacer de lourdes charges.

Dans un avis médical du 13 décembre 2005, le SMR a procédé à l'évaluation du cas comme suit :

« Les taux d'invalidité retenus entre le 24.02.1994 et 1999 ont été soigneusement déterminés avec l'aide du juriste (cf. fiche d'examen du dossier no 5). Aucun argument médical n'entre en contradiction avec les taux retenus.

Dès le 30.07.1999, nous avons retenu une exigibilité de 50 % dans l'activité d'assistante sociale comme dans n'importe quelle autre activité adaptée (cf. rapport d'examen SMR du 11.10.2001). Cette exigibilité est basée sur le rapport d'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_ du 30.07.2001. L'expertise a eu lieu trois ans après la dernière opération lombaire et l'expert a considéré la situation comme stable. Ce rapport est tout point probant et nous n'avons aucun motif de nous en écarter.

Les derniers rapports médicaux versés au dossier en 2005 rapportent tous un état stationnaire. La Dresse H. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas de date d'incapacité de travail. Quant aux Drs X. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, ils mentionnent tous une incapacité de travail de 100 % depuis 1999, soit avant l'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_, sans rapporter d'éléments nouveaux. L'incapacité de travail repose sur des symptômes subjectifs que sont les douleurs et la fatigabilité. La divergence entre les estimations médicales de la capacité de travail repose donc sur une appréciation différente d'une même situation clinique. Dans ce cas, l'avis de l'expert doit l'emporter sur celui des médecins traitants.

L'exigibilité est donc stable depuis 1999; elle est fixée à 50 % dans l'activité antérieure et dans toute autre activité adaptée, sur la base des documents médicaux du dossier, qui sont probants et suffisants (...) ».

Par décision du 22 février 2006 annulant et remplaçant les décisions des 21 mars 2002 et 1<sup>er</sup> octobre 2002 et fondée sur l'avis du SMR du 13 décembre 2005, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février au 31 mars 1995, une demi-rente du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 1995, un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1995, une demi-rente du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 octobre 1997, une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 1997 au 31 octobre 1999 et une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 1999. A partir de cette dernière date, l'office a considéré que

l'intéressée pouvait travailler à mi-temps dans son activité antérieure ainsi que dans toute autre activité adaptée.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 28 mars 2006 en concluant à son annulation et à la fixation d'un degré d'invalidité de 100 %. En substance, dès lors que tous les rapports médicaux indiquaient qu'elle était invalide à 100 %, elle estimait que cela remettait sérieusement en doute les conclusions des experts D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2001. Partant, elle a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

Par décision sur opposition du 8 mai 2008, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Il a retenu que les experts D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ avaient rendu une motivation détaillée quant aux remarques que l'assurée avait formulées concernant leur rapport, que ce dernier avait valeur probante au sens de la jurisprudence, que les nouvelles pièces médicales au dossier n'apportaient aucun élément nouveau, que les avis des experts devaient être préférés à ceux des médecins traitant et que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire.

**B.** Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Violaine Jaccottet Sherif, avocate à Lausanne, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 8 mai 2008 par acte du 4 juin 2008, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, son taux d'invalidité étant de 100 %. Elle critique l'expertise du Prof. D.\_\_\_\_\_ et du Dr Q.\_\_\_\_\_ sur plusieurs points : son âge indiqué n'est pas toujours le même (une fois 53 ans et une fois 51 ans), elle ne fait aucun sport contrairement à ce que l'expertise mentionne, les médecins estiment qu'elle peut travailler comme aide-infirmière alors qu'elle n'a aucune formation dans ce domaine ni la possibilité d'exercer cette activité en raison de ses troubles du dos et ils ont considéré, dans leur deuxième avis du 25 février 2004, qu'elle ne pouvait pas travailler comme assistante sociale alors qu'il s'agit pourtant de la profession qu'elle pourrait exercer si elle n'était pas invalide. La recourante conteste également l'argumentation qui consiste à dire qu'une expertise a plus de valeur

probante que l'avis d'un médecin traitant car son seul médecin de famille est le Dr M. \_\_\_\_\_ et une dizaine d'autres spécialistes arrivent tous à la même conclusion d'une incapacité de travail à 100 %. Elle se réfère aux arguments de son opposition du 28 mars 2006, notamment sur le fait que la reprise d'une activité professionnelle en juillet 1999 n'a jamais été effective et que la décision attaquée ne mentionne pas les traitements anti-douleurs qu'elle subit depuis mars 2006. Elle s'étonne aussi que, sur un même état de fait médical, R. \_\_\_\_\_ et l'OAI ne reconnaissent pas le même taux d'invalidité. Elle estime qu'elle est gravement entravée dans l'accomplissement des tâches relatives à l'entretien de sa maison et de son jardin et qu'il y a lieu d'en tenir compte dans l'évaluation de son incapacité. Enfin, elle demande la mise en œuvre d'une expertise tenant compte des problèmes de dos liés à la profession d'assistante sociale et des répercussions de la douleur sur sa capacité de travail, ainsi que l'audition de dix médecins concernés par la procédure.

Par réponse du 24 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant n'avoir rien à ajouter à sa décision du 8 mai 2008.

Le 4 novembre 2008, la recourante a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et produit le questionnaire suivant, rempli le 5 août 2008 par le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'anesthésiologie et antalgie de l'Hôpital de [...]:

*1. Dans quelle spécialité exercez-vous votre activité et dans quelle structure ?*

Je suis anesthésiste réanimateur avec une formation particulière du traitement de la douleur chronique. J'exerce comme médecin-chef au département d'anesthésie et d'antalgie de l'ensemble hospitalier de [...]. Je suis également médecin associé à temps partiel au centre [...].

*2. A quelle date avez-vous été consulté par Madame J. \_\_\_\_\_ ?*

J'ai vu Madame J. \_\_\_\_\_ pour la 1<sup>ère</sup> fois le 18 octobre 2005.

*3. Qui vous a adressé cette patiente et pour quels motifs ?*

Elle m'a été adressée par le Docteur F. \_\_\_\_\_ de la Clinique de [...] pour des lombosciatalgies persistantes du membre inférieur gauche.

*4. Pour quelles indications médicales s'est-elle présentée ?*

Douleurs chroniques rebelles au traitement médicamenteux.

*5. Quel était l'état médical à cette époque ?*

Madame J. \_\_\_\_\_ souffrait de douleurs chroniques sévères au repos avec de très importantes limitations fonctionnelles.

*6. Quelle était la capacité de travail à cette époque ?*

Mme J. \_\_\_\_\_ était incapable de travailler en raison de douleurs chroniques. Au vu de l'inefficacité des mesures conventionnelles, un traitement de neuromodulation a été entrepris.

*7. Veuillez avoir la gentillesse de dresser une liste des interventions effectuées par vos soins.*

08 mai 2006 : mise en place d'une électrode de stimulation médullaire test.

29 mai 2006 : implantation d'un générateur définitif.

03 octobre 2006 : blocs facettaires L2-L3, L4-L5, L5-S1 à G.

14 mai 2007 : mise en place d'une électrode de stimulation épidurale (octopolaire).

1<sup>er</sup> juin 2007 : implantation d'un générateur octopolaire et retrait du dispositif précédent.

*8. Votre patiente nécessite-elle, en sus, un traitement médicamenteux? Si oui, lequel ?*

Le traitement médicamenteux supplémentaire est constitué par un opiacé (Tramal), un analgésique périphérique (Dafalgan) et un anti-dépresseur (Triptizol).

*9. Quelle est la situation médicale du dos actuelle ?*

Mme J. \_\_\_\_\_ souffre de troubles dégénératifs rachidiens, lesquels sont à l'origine des douleurs et qui paraissent stables.

*10. Quelle est la situation des douleurs actuelle ?*

Dans l'ensemble les douleurs surtout dans la jambe sont moins importantes qu'au début du traitement. Il reste des douleurs dans le dos, lesquelles s'exacerbent notablement lors de l'activité et de la position assise prolongée.

*11. Quelle est la situation médicamenteuse actuelle ?*

La médication est inchangée.

*12. Quelle est la répercussion de la situation médicale du dos sur la capacité de travail ?*

Madame J. \_\_\_\_\_ ne peut en aucune manière effectuer des travaux de force.

*13. Quelle est la répercussion de la situation des douleurs sur la capacité de travail ?*

Les douleurs que présente Madame J. \_\_\_\_\_ sont, pour une part, exacerbées lors de position assise prolongée et les efforts physiques. A ce titre, elles ont un impact significatif sur l'activité.

14. Dans quelle mesure Madame J. \_\_\_\_\_ peut-elle s'adonner à des tâches ménagères vu sa situation médicale du dos, des douleurs et médicamenteuse actuelle ?

15. Dans quelle mesure Madame J. \_\_\_\_\_ peut-elle s'adonner à des activités de loisirs, tels l'exercice d'un sport ?

14.15 : Les douleurs de Madame J. \_\_\_\_\_ ont une origine mixte, neuropathique et mécanique. Cette dernière composante est accentuée par les efforts physiques, que ce soit dans le cadre de travaux ménagers, l'exercice d'un sport ou de loisirs. Dès lors, Madame J. \_\_\_\_\_ garde indiscutablement des limitations fonctionnelles. L'ampleur de celles-ci devrait être évaluée par une nouvelle expertise.

16. *La capacité de travail de Madame J. \_\_\_\_\_ peut-elle être améliorée à court, moyen ou long terme par les traitements prodigués ?*

Compte tenu de la situation, le traitement de Madame J. \_\_\_\_\_ ne peut être amélioré. Un progrès décisif à court ou à moyen terme ne peut être raisonnablement envisagé.

Le 4 décembre 2008, l'OAI a estimé que le contenu du rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ n'était pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa position et a conclu à la confirmation de la décision attaquée. Il a produit le rapport du SMR du 27 novembre 2008, reproduit ci-dessous :

« Le courrier du Prof. T. \_\_\_\_\_ à Me Leuenberger du 05.08.2008 fait état d'une problématique douloureuse chronique, ayant justifié 5 interventions d'antalgie invasive entre mai 2006 et juin 2007. Cette atteinte à la santé a été reconnue par le SMR, sur la base d'une expertise, comme justifiant une incapacité de travail de 50 %. Les douleurs du dos paraissent stables (réponse 9), tandis que dans l'ensemble, surtout dans la jambe, les douleurs sont moins importantes qu'au début du traitement (réponse 10). La médication, classique pour ce type de pathologie, est inchangée (réponse 11).

Les limitations fonctionnelles concernent les efforts physiques et la position assise prolongée (réponses 10, 14, 15).

Il ressort de ce courrier qu'il n'y a pas de fait médical objectif nouveau et que, sur le plan subjectif, il n'y a pas d'aggravation mais plutôt une légère amélioration des douleurs.

Les limitations fonctionnelles retenues par le Prof. T. \_\_\_\_\_ sont superposables à celles que nous avons retenues dans le rapport du SMR du 11.10.2001.

Le Prof. T. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas de manière chiffrée sur la capacité de travail.

Aucun élément de ce courrier ne vient contredire les conclusions du SMR (rapport du 10.11.01 et avis médical du 13.12.05). Par conséquent nous maintenons notre position ».

**C.** Par décision du 16 décembre 2008, le juge instructeur a informé les parties qu'il envisageait de mettre en œuvre une expertise, laquelle a été confiée à la Dresse C. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH et au Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, au V. \_\_\_\_\_ (ci-après : V. \_\_\_\_\_).

L'expertise a été effectuée le 6 avril 2009. Dans leur rapport du 4 mai 2009, les experts ont posé les diagnostics suivants :

« Ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome lombo-vertébral sans syndrome radiculaire ni myélopathie M47.8 :
  - status après spondylodèse L5-S1 par plaques et homogreffe pour spondylolisthésis de degré II en 1994 - avec réduction incomplète du listhésis;
  - status après ablation du matériel (vis et plaques de Steffee) et neurolyse de S1 gauche en 1996;
  - status après spondylodèse L4-L5 par matériel Moss-Miami et greffe autologue et nouvelle révision et neurolyse de S1 gauche en 1998.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2);
- gonarthrose interne débutante bilatérale, status après plastie du croisé et ménissectomie partielle à gauche M 17.9;
- status après cure de hallux valgus gauche et ostéonécrose de Freiberg en 2004 ».

Leurs observations, sur le plan somatique et psychiatrique, sont les suivantes :

« **Aspect somatique**

(...) Au délai de 10 ans d'aggravation subjective et du lourd handicap qu'elle évoque, on se trouve face à une dame de la soixantaine, ne faisant pas son âge, soignée, à la démarche harmonieuse, agile, qui n'a pas démontré durant toutes les heures de l'expertise de signe extérieur de souffrance ni d'épargne rachidienne. Elle garde de bons indices d'amplitudes articulaires mis à part au niveau lombaire bas, siège d'une raideur lors de déroulement, en raison des niveaux spondylodésés. Il existe une cyphose dorsale accentuée, une certaine ptose abdominale comme on le voit habituellement chez la femme ménopausée, mais Mme garde une parfaite autonomie de ses mouvements. Elle a ainsi pu se passer spontanément de la position couchée sur le lit d'examen à la position assise à angle droit du tronc et des jambes pour démontrer à l'examinatrice le fonctionnement de son boîtier électronique pour régler son neurostimulateur et se recoucher sans l'aide des bras. Ce mouvement provoque une augmentation de la pression intradiscale, intrarachidienne et ne peut nullement être effectué avec aisance dans les pathologies rachidiennes compressives, en cas de grave déconditionnement musculaire, ce à quoi on aurait pu s'attendre au vu des nombreux handicaps évoqués où l'expertisée nous décrivait de très importantes limitations dans sa vie quotidienne se plaçant quasiment à un niveau d'état sinon grabataire, du moins totalement sédentaire.

En raison des éléments de discordance entre l'examen clinique somme toute banal, voire permettant des performances un peu au-dessus de ce que nous attendions vu l'âge et l'anamnèse, nous avons voulu confronter nos données à un examen actuel

radiologique du rachis que Mme a souhaité réaliser à Nyon. Comme le décrit le Dr [...], nous nous trouvons devant des troubles statiques modérés, il ne décrit pas de troubles dégénératifs, mais confirme le status post-spondylodèse et implantation de neurostimulateur. Le matériel de spondylodèse L4-L5 est en place, le spondylolisthésis n'est pas réduit après la spondylodèse L5-S1 et est évalué à un stade résiduel de I à II dont le matériel a été extrait. Nous ne trouvons pas de signe de souffrance médullaire ni radiculaire cliniquement qui nous inciterait à compléter notre examen par un examen neurologique ou des examens électroneuro-myographiques. Ces clichés sont comparables à d'anciens clichés de 2002 que nous avait amené l'expertisée. La situation nous paraît stationnaire depuis lors. Si nous comparons les éléments du status à ceux de la précédente expertise, nous pouvons confirmer l'absence d'évolution.

Il nous est dès lors difficile de nous accorder au descriptif des lourds handicaps que donne l'assurée, qui varient du reste quelque peu selon le contexte puisqu'à son orthopédiste du genou qui l'a opérée d'un ligament croisé en 2003, elle a donné l'anamnèse d'une dame « très active et sportive » pour reprendre les termes du Dr G. \_\_\_\_\_, alors qu'elle avait déjà arrêté son activité professionnelle au motif de l'aggravation de son dos dès 1999, soit 4 ans auparavant. Son activité d'éducatrice est plus adaptée que l'activité plus physique de ménagère. Notons que Mme reste assez agile pour jouer avec un enfant en bas âge par terre. Cette activité est plus délétère pour son rachis que son activité professionnelle antérieure. Si des limitations fonctionnelles pourraient être retenues comme ménagère, notamment dans le port de charges, nous ne trouvons pas de limitation dans l'activité d'éducatrice. Etant donné les antécédents chirurgicaux sur ce spondylolisthésis, nous admettons toutefois que Mme ne pourrait plus exercer à la pleine journée cette activité, pour lui permettre des périodes de repos et pour suivre ses traitements.

## **Aspect psychiatrique**

### Diagnostic

Il existe quelques éléments anxieux et dépressifs d'intensité modérée. Le critère d'un trouble panique n'est plus atteint à l'heure actuelle, et le seuil d'un véritable épisode dépressif non plus. On peut retenir le diagnostic de Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). C'est ainsi que la CIM-10 appelle l'état anxiodépressif mineur rencontré en soins généraux plutôt qu'en santé mentale. Pour ce qui est du tableau douloureux, la piste « psychogène » n'a jamais été évoquée dans le dossier. Le trouble somatoforme douloureux n'entre pas en ligne de compte puisque les plaintes douloureuses ne sont pas liées à un contexte psycho-social ou émotionnel particulièrement pénible.

### Répercussions sur la capacité de travail

Le trouble psychique est d'intensité trop modérée pour provoquer une diminution de la capacité de travail ou du rendement. Il n'interfère pas non plus avec des mesures de réadaptation professionnelles, si celles-ci devaient être indiquées du point de vue somatique.

### Perspectives thérapeutiques et pronostic

En l'état, les troubles psychiques pourraient éventuellement faire l'objet d'une approche spécialisée pour aider l'expertisée à mieux gérer sa situation, mais cela n'a pas de répercussion sur la capacité de travail ».

Ainsi, les experts ont estimé que l'assurée pouvait travailler à raison de quatre heures par jour dans son activité d'éducatrice ou dans une activité adaptée excluant le port de charges répétitives de plus de 8 kg ou occasionnelles de plus de 15 kg, permettant les alternances de position et respectant l'usage de l'ergonomie rachidienne. Il n'y avait aucune limitation sur le plan psychique ou mental.

Le 11 juin 2009, l'OAI a constaté que les conclusions de l'expertise concordaient avec celles retenues dans sa décision du 8 mai 2008. Il a relevé que les experts faisaient état d'un examen clinique somme toute banal, de troubles statiques modérés, d'absence d'évolution radiologique par rapport aux clichés de 2002 et d'un status parfaitement superposable à celui du Prof. D. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2001. En outre, l'évaluation psychiatrique ne faisait ressortir que des éléments anxieux et dépressifs d'intensité modérée, insuffisants pour justifier une diminution de la capacité de travail.

Le 14 septembre 2009, la recourante a produit un rapport médical du Dr K. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, dont les conclusions sont les suivantes :

« En se basant sur les expertises antérieures de 2001 à 2009, les examens complémentaires radiologiques et les plaintes formulées, Mme J. \_\_\_\_\_ rapporte le même handicap douloureux depuis plus de 15 ans et ce malgré 3 interventions chirurgicales dont la 1<sup>ère</sup> pour stabilisation d'un glissement de la vertèbre L5 sur le sacrum et 2 autres interventions pour tenter de diminuer les lombalgies et une sciatalgie gauche, sans succès.

Les examens radiologiques au cours de ces années mettent en évidence une bonne fixation des vertèbres greffées. L'examen physique, par rapport aux examens antérieurs ne montre pas de changement notable hormis un tiraillement à la face postérieure des cuisses lors de la manœuvre de Lasègue et une petite faiblesse des péroniers latéraux du pied droit probablement séquellaire.

Comme dit plus haut, les plaintes rapportées sont inchangées par rapport à celles qui ont suivi la 1<sup>ère</sup> opération en 1994 et bien relevées lors des expertises successives. Les seuls traitements efficaces sont ceux qui s'adressent à la symptomatologie neurologique irritative par traitement direct à savoir des injections péri-durales, des traitements de radiofréquences localisées sur les facettes articulaires lombaires (hospitalisation de février 2002, Schmerzklinik [...]), et neurostimulateur médullaire (centre de la douleur à Morges, Prof. T. \_\_\_\_\_, 2005).

Mme J. \_\_\_\_\_ se plaint d'une augmentation des douleurs lombaires et dans la jambe gauche depuis 1 année, de manière progressive. Après téléphone avec le Prof. T. \_\_\_\_\_ (21.08.2009), celui-ci confirme qu'une perte d'efficacité est possible soit par une réaction de fibrose autour de l'électrode créant ainsi un isolement de la stimulation ou alors par déplacement secondaire de l'électrode.

La prescription d'antalgiques plus puissants de type morphiniques est contre-indiquée en raison d'effets secondaires importants (maaises, troubles de la concentration) et nuisant à ses capacités intellectuelles.

Subjectivement, le handicap est lourd au niveau de la vie quotidienne car elle est limitée dans ses déplacements par des douleurs lombaires et une réduction de son périmètre de marche, l'impossibilité de courir. Elle souffre de douleurs lombaires envahissantes survenant lorsqu'elle accumule les tâches et qui nécessitent des phases de repos pendant la journée. Elle passe beaucoup de temps alitée pour se reposer après des efforts modérés. Cela débute comme une importante fatigue lombaire pour s'intensifier si elle ne se repose pas et devenant intenable. Je n'ai pas de signes indiquant une majoration des symptômes physiques ou évoquant une production intentionnelle de symptômes ou d'incapacité.

Il y a à mon avis une détresse liée à la douleur et au handicap provoquée par l'affection physique. Je pense aussi qu'il existe une base physique à l'origine des douleurs ce qui à mon sens ne permet pas de retenir un trouble somatoforme avec implication de facteurs psychologiques. En l'état, l'incapacité de travail de Mme J. \_\_\_\_\_ est totale ».

Le 6 octobre 2009, l'OAI a fait sien l'avis médical du SMR du 30 septembre 2009, dont on extrait ce qui suit :

« Le rapport d'expertise judiciaire du BREM du 04.05.09 démontre une connaissance complète du dossier médical, assécurologique et juridique de l'assurée. Il repose sur une anamnèse fouillée, les plaintes de l'assurée sont rapportées et un examen clinique et radiologique complet ont été réalisés.

L'état de santé objectif est jugé sans changement depuis l'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_ en 2001. Des discordances importantes entre les handicaps allégués par l'assurée et les constatations médicales objectives sont relevées par les experts.

Sur la base d'une appréciation médicale claire et exhaustive les experts arrivent à la conclusion médicalement bien motivée d'une

capacité de travail de 50 % dans toute activité. Ceci confirme les conclusions de l'expertise de 2001, en toute logique puisque l'état de santé est décrit objectivement comme identique.

Ces conclusions me paraissent très bien étayées et médicalement parfaitement cohérentes.

Dans son rapport du 25.08.09, le Dr K. \_\_\_\_\_ convient également que : "l'examen physique, par rapport aux examens antérieurs ne montre pas de changement notable" et "les plaintes rapportées sont inchangées par rapport à celles qui ont suivi la 1<sup>ère</sup> opération en 1994".

Il conclut néanmoins à une incapacité de travail totale, en contradiction avec une expertise et une expertise judiciaire concordantes. La raison en est que le Dr K. \_\_\_\_\_ fait reposer son appréciation de la capacité de travail sur les plaintes subjectives (« subjectivement, le handicap est lourd au niveau de la vie quotidienne » p. 4), bien qu'elles soient discordantes avec les éléments médicaux objectifs. Or la détermination de la capacité de travail doit reposer sur des éléments médicaux aussi objectifs que possible par souci d'équité entre assurés.

Ce rapport ne permet donc pas de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire du BREM ».

Le 4 novembre 2009, la recourante a demandé la mise en œuvre d'une expertise par un spécialiste de la douleur.

Le 23 novembre 2009, l'OAI a considéré que le dossier était instruit à satisfaction et qu'une expertise supplémentaire était inutile.

Le 8 mars 2010, la recourante a produit une lettre du Prof. T. \_\_\_\_\_ du 27 octobre 2009 envisageant la pose d'un générateur rechargeable pour le stimulateur médullaire.

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

**1.** Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. d LPA-VD).

**2.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**3.** Ensuite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 17 janvier 2005 et de l'annulation du jugement du Tribunal des assurances sociales du canton de Genève du 5 mai 2004 et de la décision de l'OAI Genève du 21 mars 2002, est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité à partir de la date dès laquelle un éventuel droit à la rente prendrait naissance, en tenant compte, le cas échéant, des éventuelles modifications du degré d'invalidité intervenues depuis lors.

**4. a)** Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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). 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, les personnes assurées avaient droit à une rente entière si elles étaient invalides à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente si elles étaient invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles étaient invalides à 40 % au moins. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Lorsqu'une expertise judiciaire est établie par un ou des spécialiste reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait l'écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de

douter de leur bien-fondé (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 c. 3.b/bb).

**c)** 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 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C\_547 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

**d)** Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans l'arrêt publié aux ATF 126 V 288, la jurisprudence relative à la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale a été précisée. Le Tribunal fédéral a notamment confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans ces différentes branches, ainsi que son effet de coordination dans l'évaluation de l'invalidité. En revanche, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption

de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Toutefois, il convient de s'écarter d'une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un autre assureur lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 468 consid. 2b), lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 174 consid. 2a), se fonde sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ou lorsqu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288; TF U 222/03 du 19 juillet 2004 consid. 5.2).

**5. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, la recourante soutient que les experts D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont indiqué à tort qu'elle faisait du sport et relève qu'ils ont finalement reconnu, dans leur avis du 25 février 2004, qu'elle ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'éducatrice. Elle fait valoir en outre que la décision attaquée ne tient pas compte du traitement débuté en mai 2006 au centre de la douleur à [...], après l'interdiction du médicament Vioxx en novembre 2004. Elle conteste l'argumentation qui consiste à dire qu'une expertise a plus de valeur probante que l'avis d'un médecin traitant, car son seul médecin traitant est son médecin de famille, le Dr M.\_\_\_\_\_. Elle demande enfin la mise en œuvre d'une expertise par un spécialiste de la douleur.

Il est constant que la recourante souffre du dos depuis son enfance, en raison d'une malformation (spina bifida et spondylolisthésis). Elle a néanmoins mené sa vie de jeune adulte relativement normalement, elle a eu deux enfants à l'âge de 24 et 26 ans sans problème particulier pendant les grossesses, elle s'est adonnée à des activités sportives et a beaucoup voyagé. La fréquence plus rapprochée des épisodes douloureux avec blocage lombaire a conduit à une spondylodèse L5-S1 le 13 septembre 1994, à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et à une neurolyse de S1 à gauche le 10 janvier 1996, à une spondylodèse L4-L5 et à une nouvelle neurolyse S1 gauche le 30 juin 1998. Elle a séjourné à la

Schmerzlinik [...], du 21 janvier au 19 février 2002. Elle a fait l'objet d'une méniscectomie partielle du genou gauche le 3 avril 2003 et d'une cure chirurgicale de l'hallus valgus gauche au début de l'année 2004. Depuis mai 2006, elle bénéficie de la pose d'un neurostimulateur médullaire, avec suivi régulier (pose d'un nouvel instrument de génération récente en 2007, changement de batterie deux ans et demi plus tard et évocation de la pose d'un générateur rechargeable pour le stimulateur médullaire en octobre 2009).

L'évolution de la capacité de travail sur le plan somatique a fluctué. On observe ainsi que l'assurée reprend son activité professionnelle le 9 janvier 1995 après sa première opération (13 septembre 1994), à divers taux d'activités, successivement de 25 %, 50 %, 100 % et 75 % de son 70 %. Une seconde opération a lieu le 10 janvier 1996 en raison d'un syndrome radiculaire irritatif dans la jambe gauche. Les suites de cette opération sont favorables : afin de permettre à sa patiente de partir à l'étranger, le Dr L. \_\_\_\_\_ la déclare totalement apte à travailler du 19 février au 1<sup>er</sup> mars 1996, avant qu'elle ne reprenne son activité professionnelle à 50 % de son 70 % du 11 mars au 31 mai 1996. Un nouveau taux de capacité de travail de 50 % est fixé à partir du 1<sup>er</sup> juin 1996. Les 13 mars et 12 avril 1997, le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne que l'état de santé s'améliore, toutefois avec persistance de sciatalgies intermittentes. L'assurée subit une rechute du 5 au 31 août 1997, avec reprise d'emploi à 25 % du 1<sup>er</sup> septembre 1997 au 28 juin 1998, veille de sa troisième opération. En avril 1999, le Dr L. \_\_\_\_\_ et le Dr W. \_\_\_\_\_ mentionnent des lombosciatalgies intermittentes, sans déficit neurologique. L'assurée reprend son activité d'éducatrice à 25 % du 1<sup>er</sup> mai au 29 juillet 1999, dernier jour de travail auprès de son employeur. Le 1<sup>er</sup> juillet 1999, le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne que l'état de santé s'améliore, avec bonne évolution dans le sens d'une reprise totale du travail prévue à partir du 19 juillet 1999. Selon l'assurée, la reprise totale du travail indiquée par son employeur du 30 juillet au 28 septembre 1999 correspond en réalité à des vacances et elle n'a pas pu recommencer à travailler dès le 29 septembre 1999 à cause des douleurs, devenues selon elle ingérables. Dans le contexte de la révision du taux d'invalidité

demandée par l'employeur à R.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ téléphone au Dr L.\_\_\_\_\_ début octobre 1999, lequel déclare que l'examen clinique ne présente rien de particulier, que l'état est bien souple compte tenu de la spondylodèse, que les manœuvres sont indolores et qu'il n'y a pas de changement par rapport à 1994 sur le plan fonctionnel du rachis. En se fondant sur les trois opérations et la rechute d'août 1997, c'est à juste titre que l'OAI a accordé à la recourante une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février au 31 mars 1995, une demi-rente du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 1995, un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1995, une demi-rente du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 octobre 1997 et une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 1997 au 31 octobre 1999.

Cela étant, aucune évolution de l'état de santé sur le plan somatique n'est constatée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1999 (date à compter de laquelle l'OAI reconnaît le droit à une demi-rente) jusqu'au dernier rapport médical produit en cours d'instance, soit celui du 14 septembre 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_. En effet, le 9 décembre 1999, le Dr L.\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé est stationnaire, avec persistance d'un syndrome vertébral lombaire chronique, alors que l'intéressée est en incapacité totale de travailler depuis le 29 septembre 1999. Le 10 novembre 2000, la commission médicale de R.\_\_\_\_\_ reconsidère sa décision dans le sens de l'admission d'un degré d'invalidité de 100 %, considérant avoir sous-estimé la pathologie de l'assurée, mais admettant ne s'être fondée à cet égard sur aucun fait médical nouveau. Le 30 juillet 2001, le Prof. D.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_ comparent les bilans radiologiques établis entre 1994 et septembre 2000. Ils observent de discrets troubles dégénératifs en C3-C7 et constatent que la dernière intervention a permis une légère réduction du listhésis de 2 à 1,7 cm; il n'y a pas d'augmentation du listhésis par rapport aux anciens clichés, pas de lésion des tissus mous ou de calcification pathologique, pas de signe de macro-instabilité ou de problème au niveau du matériel d'ostéosynthèse; il existe certes une limitation de la mobilité du rachis, mais les mouvements sont harmonieux et non douloureux, sans limitation fonctionnelle significative. Diagnostiquant la présence de lombalgies chroniques non-spécifiques dans le cadre d'une atteinte dégénérative, ils estiment que la

recourante conserve une capacité de travail résiduelle d'au moins 50 % dans son ancienne activité d'assistante sociale ou d'éducatrice. Le 25 février 2004, les experts maintiennent intégralement leurs conclusions sur le plan physique. Selon le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2005, on retrouve la souplesse du rachis et il n'y a aucune anomalie particulière du point de vue clinique. Le 30 juin 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_ considère que sa patiente ne peut plus du tout travailler en raison de douleurs permanentes. Les 27 juillet et 12 août 2005, la Dresse H. \_\_\_\_\_ et le Dr X. \_\_\_\_\_ mentionnent tous deux un failed back surgery syndrom. Selon la Dresse H. \_\_\_\_\_, l'intéressée peut travailler deux à trois heures par jour, avec diminution de rendement, durant les jours favorables, et pour le Dr X. \_\_\_\_\_, elle peut travailler deux à trois heures par jour dans une activité adaptée. Le 4 mai 2009, en comparant les clichés du rachis de 2002 avec ceux effectués en relation avec l'expertise du V. \_\_\_\_\_ par le Dr [...], radiologue FMH, la Dresse C. \_\_\_\_\_ et le Dr P. \_\_\_\_\_ observent quant à eux que la situation n'a pas évolué, qu'il n'y a pas de signe clinique de souffrance médullaire ou radiculaire, que l'assurée présente des troubles statiques modérés et qu'elle est dès lors en mesure d'exercer à mi-temps son activité d'éducatrice ou une activité adaptée. Lors de cette expertise, on remarque toujours une certaine autonomie dans les mouvements : la recourante peut passer spontanément de la position couchée sur le lit d'examen à la position assise à angle droit du tronc et des jambes (pour expliquer le fonctionnement du boîtier électronique de son neurostimulateur), puis se recoucher sans l'aide des bras. Enfin, le 14 septembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ relève que l'ensemble des examens radiologiques mettent en évidence une bonne fixation des vertèbres greffées, que l'examen clinique ne montre pas de changement notable, la recourante étant dans l'incapacité totale de travailler en raison de la détresse induite par la douleur et le handicap physique.

**b)** De l'examen et de la confrontation de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, il ressort que les conclusions du rapport de l'expertise judiciaire confiée au V. \_\_\_\_\_ peuvent être suivies, en ce sens que, sur le plan somatique, l'assurée est en mesure d'exercer à mi-temps son activité d'éducatrice ou une activité adaptée, soit excluant les charges

répétitives de plus de 8 kg et occasionnelles de plus de 15 kg, avec alternance des positions et adaptation ergonomique de la place de travail.

Ces conclusions sont clairement posées et dûment motivées, reposant sur une anamnèse et un examen clinique complets de l'assurée, examen qui a objectivement mis en évidence des performances allant au-delà de celles que l'âge et l'anamnèse de l'intéressée pouvaient laisser prévoir. L'appréciation des experts du V. \_\_\_\_\_ rejoint en outre celle des Drs H. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ de 2005 et s'avère superposable à celle livrée en 2001 par les experts D. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, lesquels relevaient que l'activité d'éducatrice générait des contraintes se situant en-deçà des limitations fonctionnelles rapportées par la recourante, soit d'éviter la station debout plus de trente minutes et la position assise plus de trois heures. Au demeurant, contrairement à ce que soutient l'assurée, il n'y a pas à déduire de l'avis rendu le 25 février 2004 par ces deux médecins qu'elle ne peut exercer à mi-temps son activité d'éducatrice, mais qu'il est préconisé que l'exercice de cette activité s'accompagne de la mise en place d'un poste de travail ergonomiquement adapté, les conclusions de leur rapport de 2001 étant pour le surplus confirmées.

Quant à l'avis divergent des Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail exigible, il ne sera pas suivi dès lors que, selon la jurisprudence rappelée ci-dessus, les médecins traitant ont tendance, dans le cadre du mandat thérapeutique, à se prononcer en faveur de leur patient. Il en va de même de l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_, qui ne motive l'incapacité totale de travail que sur la base des douleurs subjectivement alléguées par l'intéressée, douleurs qui, on le verra ci-dessous, ne suffisent pas à justifier une incapacité à exercer une activité adaptée à mi-temps. Enfin, concernant les diagnostics de gonarthrose interne débutante bilatérale, de status après plastie du croisé et ménissectomie partielle à gauche, de status après cure de hallux valgus gauche et ostéonécrose de Freiberg, la recourante convient, tout comme le V. \_\_\_\_\_, qu'il n'ont pas d'incidence sur sa capacité de travail.

c) S'agissant de l'intensité des douleurs invoquée par les Drs L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ pour fonder une incapacité totale de travail, on observe que, le 6 septembre 2000, lors de son audition devant le Tribunal administratif du canton de Genève, la recourante a admis qu'il n'y avait pas eu de « changement d'état réel », mais que seules les douleurs, devenues selon elle ingérables, faisaient obstacle à l'exercice de sa profession. Toutefois, comme elle l'exprime elle-même dans sa lettre du 8 avril 2000 à l'attention du même tribunal, elle a pu travailler, à raison d'un taux d'activité variable, après avoir été mise au bénéfice de la rente d'invalidité de R.\_\_\_\_\_ en juin 1996. Dès lors que tous les médecins s'accordent pour dire que l'état de santé est resté stationnaire, on ne voit donc pas ce qui pouvait faire obstacle, moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible, à la poursuite de son activité professionnelle, au moins à temps partiel. L'avis contraire de son médecin traitant ne lui est à cet égard d'aucun secours, dès lors que celui-ci a admis, lors de la même audience d'instruction du 6 septembre 2000, qu'il entendait aligner sa position sur les plaintes et désirs de sa patiente, et non sur une capacité, objectivement constatée sur le plan somatique, à exercer une activité professionnelle.

A cela s'ajoute que, si l'existence de douleurs n'est pas douteuse, leur intensité paraît ne pas concorder avec le comportement adopté par l'intéressée, comme l'ont observé les Drs C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. En effet, se disant percluse de douleurs, la recourante soutient devoir rester couchée de nombreuses heures par jour pour endiguer ou prévenir les maux de dos, mais déclare ne pas hésiter à faire des voyages en train ou en voiture durant six heures, à effectuer entre 30 et 45 minutes de marche chaque jour, à conduire sur des trajets d'environ 100 kilomètres. De même, elle décrit une fatigabilité à l'effort, mais pratique toujours des activités sportives telles que la voile, le ski de fond, le vélo ou la natation, comme l'ont relevé les Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ le 25 février 2004, ou le Dr G.\_\_\_\_\_ le 20 mars 2003, qualifiant sa patiente de « très active et sportive ». A cet égard, le fait que l'assurée ait ensuite contesté avoir tenu de tels propos en présence de ces médecins reste sujet à caution, les premières déclarations devant être préférées à celles

qui peuvent être induites ensuite par la prise de conscience des conséquences qu'elles emportent sur le plan juridique (ATF 121 V 47). Du reste, lors de l'expertise du 6 avril 2009, elle a déclaré qu'elle voyageait à l'étranger avec son époux et supportait des trajets en avion de plusieurs heures. Lors de cette même expertise, les médecins ont relevé de bons indices d'amplitude articulaires et observé une démarche harmonieuse et agile, sans manifestation de signe extérieur de souffrance ou d'épargne rachidienne, ainsi que des modifications de position sans signe d'inconfort majeur. On ne voit pas de raison de s'écarter de ces constatations objectives, d'autant moins que la douleur fait l'objet d'un traitement, notamment par des soins adjuvants dans des centres d'antalgie et de rééducation et par l'implantation d'un neurostimulateur (rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 5 août 2008).

Cela étant, il n'apparaît pas nécessaire de mettre en œuvre l'expertise par un spécialiste de la douleur que la recourante appelle de ses vœux, les investigations et renseignements médicaux versés au dossier s'avérant amplement suffisants.

**d)** En conclusion, compte tenu du traitement chirurgical sur le spondylolisthésis, l'instruction du cas sur le plan médical conduit à admettre que la recourante présente, sur le plan somatique, une capacité de travail résiduelle de 50 % dans son activité habituelle d'éducatrice ou dans une activité adaptée excluant les charges répétitives de plus de 8 kg et occasionnelles de plus de 15 kg, permettant l'alternance des positions et sur un poste de travail ergonomiquement adapté.

**6.** Sur le plan psychique, l'expertise judiciaire du V.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, mais sans répercussion sur la capacité de travail ou le rendement dans la mesure où l'intensité de ce trouble reste modérée. Cette conclusion peut être suivie dans la mesure où, dans le cadre de l'instruction sur le plan médical, l'origine des douleurs n'a jamais été imputée à un facteur psychogène, un trouble somatoforme douloureux pouvant être par ailleurs écarté dès lors que les plaintes ne s'inscrivent pas dans un contexte psychosocial ou

émotionnel particulièrement pénible. Enfin, l'assurée n'a jamais entrepris de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique depuis l'apparition de l'affection somatique.

**7.** La recourante fait encore valoir que l'expertise des Drs D. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ contient plusieurs erreurs, ainsi son âge, tantôt de 53 ans, tantôt de 51 ans, ainsi le fait de considérer qu'elle peut exercer la profession d'aide-infirmière alors même qu'elle ne dispose d'aucune formation dans ce domaine, au demeurant contre-indiqué en raison de ses problèmes de dos, ainsi enfin le fait qu'elle ne pourrait pas travailler comme assistante sociale alors même qu'il s'agit de sa profession. Certes, les rapports d'expertise des 30 juillet 2001 et 25 février 2004 révèlent certaines inexactitudes, mais il convient de les relativiser au regard de leur incidence sur le plan médical ou la capacité de travail. Ainsi, l'âge retenu de 51 ou de 53 ans ne change rien à l'appréciation du cas. La mention, dans l'avis du 25 février 2004, de la profession d'aide-infirmière au lieu de celle d'aide en pharmacie relève quant à elle d'une faute d'attention dès lors que les spécialistes expliquent de manière détaillée, dans leur rapport du 30 juillet 2001, en quoi l'activité d'aide en pharmacie leur paraît moins appropriée que celle d'éducatrice.

Ensuite, la recourante s'étonne que l'OAI et R. \_\_\_\_\_ aient pu obtenir un taux d'invalidité différent, alors qu'il est réputé fondé sur un même état de fait sur le plan médical. Force est toutefois de constater que le taux d'invalidité retenu par R. \_\_\_\_\_ n'est pas soutenable dès lors que celle-ci a motivé l'augmentation du taux d'invalidité de 50 à 100 % par le seul fait d'avoir « sous-estimé la pathologie de l'assurée et présumé de manière trop optimiste sa capacité de travail », alors même qu'elle convenait d'un état de santé stationnaire, respectivement de l'absence de fait nouveau sur le plan médical.

Enfin, la recourante invoque la prise en compte de limitations sur le plan de la tenue de son ménage, respectivement de ses loisirs, et requiert l'audition de dix médecins intervenus en cours de procédure. Elle ne saurait être suivie s'agissant de son statut de ménagère tel qu'invoqué,

dès lors qu'elle a clairement manifesté, à l'occasion de l'enquête effectuée en août 1998 comme par la suite, qu'elle aurait travaillé à 100 % si elle avait été en bonne santé. Cela lui confère donc le statut théorique d'active à 100 % et exclut la prise en compte d'empêchements sur le plan du ménage. Quant à la demande d'audition de médecins, il n'y a pas lieu d'y accéder. En effet, nonobstant les avis médicaux divergents, l'instruction du cas sur le plan médical, laquelle a donné lieu à une expertise judiciaire probante, s'avère complète et suffisante pour trancher.

**8. a)** Des considérants qui précèdent, il résulte que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'assistante sociale ou dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le taux d'invalidité d'une personne active et qui se trouve encore en mesure de reprendre l'exercice de son activité habituelle se confondant avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, il s'agit de reconnaître à la recourante un degré d'invalidité de 50 % qui, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

L'amélioration de la capacité de travail étant intervenue au 30 juillet 1999, c'est à juste titre, en application de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), que ce droit est ouvert à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1999, trois mois après que l'amélioration a pu être constatée.

En conclusion, la décision litigieuse du 8 mai 2008 doit être confirmée, et le recours rejeté en conséquence.

**b)** La procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). Déboutée, la recourante supportera donc un émolument judiciaire, qu'il convient

d'arrêter à quatre cents francs, cela sans qu'elle puisse prétendre à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de J.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jaccottet Sherif, avocate (pour J.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- R.\_\_\_\_\_
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :