

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Thalmann et Pasche
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 LPGA; 28 LAI; 88a RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée), née en 1950, a subi une déchirure du ligament croisé antérieur droit lors d'une chute à ski, le 23 janvier 1994. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a pris en charge les suites de cet événement. Plusieurs rechutes lui ont été annoncées. A la suite de l'une de ces rechutes, notamment, l'assurée a été opérée du genou le 14 novembre 2001, puis le 4 février 2002. Peu après l'intervention du 14 novembre 2001, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 12 décembre 2001. Dans un rapport du 23 janvier 2002 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), son médecin traitant, le Dr F._____, a diagnostiqué une polyarthrose depuis 1994, ainsi qu'une anorexie mentale (45 kg pour 1m65), et a attesté une incapacité de travail totale en raison des suites de l'opération du genou.

L'assurée a par la suite été hospitalisée à la Clinique romande de réadaptation à Sion, du 12 juin au 12 juillet 2002. Les diagnostics suivants ont été posés (cf. rapport du 12 août 2002 des Drs S._____ et H._____):

- "- Pied varus équin droit progressif d'origine indéterminée
- Arthrose tricompartmentale du genou droit
- Troubles des conduites alimentaires non spécifiées".

A la sortie de la Clinique romande de réadaptation, l'assurée a été hospitalisée au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur, du 18 au 24 juillet 2002, où un allongement de la plaque aponévrotique du triceps sural droit a été pratiqué.

Le 17 avril 2003, une prothèse totale du genou droit de l'assurée a été posée. Le 12 février 2004, une nouvelle intervention a permis le changement d'un plateau tibial de la prothèse totale du genou à droite.

Dans un rapport du 8 octobre 2004, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a considéré que d'un point de vue orthopédique, l'assurée présentait désormais une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire ; il convenait toutefois qu'elle reprenne une activité lucrative par paliers, au début, pour se réadapter à la vie professionnelle. En tant que secrétaire, essentiellement en position assise, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% au moins. D'éventuels problèmes d'ordre psychique demeuraient réservés. Le 1^{er} décembre 2004, le Dr N._____ a également fait état d'une discopathie avec arthrose postérieure L4-L5; il n'y avait pas de hernie discale, d'étirement du sciatique, mais une arthrose lombaire, occasionnant une irritation de la racine S1 droite, nécessitant "en tout et pour tout" de la physiothérapie. Le problème de "mal-être et d'éventuelle dépression larvée avec tendance à l'anorexie" passait bien avant le problème chirurgical.

Dans un rapport du 22 décembre 2004, les Drs J._____ et W._____, médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), se sont référés au rapport du 8 octobre 2004 du Dr N._____ et ont considéré qu'une reprise du travail à 50% était exigible de l'assurée, dans une activité assise telle que du secrétariat, en évitant les efforts avec les jambes, les marches prolongées et les escaliers. Sur le plan orthopédique pur, la capacité de travail devrait s'améliorer progressivement par paliers durant les prochains mois. Le diagnostic d'anorexie mentale avait par ailleurs été récusé lors d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation au profit de celui de maniérisme alimentaire. Il s'agissait d'une variation de la norme qui restait sans influence sur la capacité de travail.

Le 13 mai 2005, le Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assurée et a recommandé un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation. Ce séjour s'est déroulé du 1^{er} juin au 6 juillet 2005 et l'assurée y a eu un entretien avec le Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour un

consilium psychiatrique, le 2 juin 2005. Ce médecin a posé le diagnostic de personnalité schizotypique probable (F 21). Au terme du séjour, les Drs S._____ et U._____, respectivement directeur médical et médecin assistant, ont constaté que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en position principalement assise, évitant les marches prolongées, les escaliers et les positions accroupies (cf. rapport du 8 juillet 2005).

Le 18 novembre 2005, le Dr V._____ a procédé à un nouvel examen. Il a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans déplacement important ou en terrain irrégulier ni station debout prolongée ou position accroupie. Cette évaluation ne tenait compte que des séquelles accidentelles, à l'exclusion de facteurs psychologiques ressortant de la personnalité schizotypique probable, qui pouvait influencer la capacité de travail.

Par décision du 22 novembre 2005, la CNA a mis fin au paiement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement, avec effet dès le 31 décembre 2005 au soir. Par décision du 9 février 2006, elle a alloué à l'assurée une rente fondée sur un taux d'invalidité de 30%, avec effet dès le 1^{er} janvier 2006.

Le 9 mars 2006, le Dr J._____ a pris position et considéré qu'une capacité résiduelle de travail de 50% pouvait être tenue pour établie dès la fin 2004, dans une activité adaptée; depuis décembre 2005, la capacité résiduelle de travail dans une telle activité était totale. Le trouble de la personnalité schizotypique mentionné par le Dr Z._____ n'avait pas empêché l'assurée de travailler auparavant et il n'y avait pas de raison qu'il l'empêche de travailler actuellement.

Le 17 août 2006, l'OAI a notifié à l'assurée un préavis par lequel il l'informait qu'il s'apprêtait à lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2002 au 31 janvier 2005, puis une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2005 au 28 février 2006. L'OAI considérait qu'elle disposait d'une pleine capacité de

travail dans une activité adaptée (ne nécessitant pas d'efforts avec les jambes, de marche prolongée, de monter ou descendre des escaliers ni de rester longtemps en position debout ou accroupie) depuis le 18 novembre 2005.

C._____ a contesté ce préavis en alléguant présenter une invalidité de 50% et en demandant l'octroi d'une mesure de remise à niveau dans une activité professionnelle adaptée (bureau, téléphoniste, etc...).

A réception de cette contestation, l'OAI a invité l'assurée à visiter le Centre de formation professionnelle de Pomy (Oriph), le 2 novembre 2006. Il a été convenu avec elle de mettre en œuvre ultérieurement un stage d'observation de trois mois à 100%. Le 8 novembre 2006, le médecin traitant de l'assurée, le Dr P._____, a établi un certificat dans lequel il atteste qu'elle n'était pas en état de suivre un tel stage. Le 7 décembre suivant, il a établi un rapport médical dans lequel il constate une capacité résiduelle de travail limitée à 50% dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, n'imposant pas de travailler en position agenouillée ou accroupie, de s'abaisser en pliant les genoux ni de lever, porter ou déplacer des charges de plus de 5 kg, ou encore de travailler en hauteur. Les déplacements se faisaient à l'aide d'une canne, sur un périmètre de marche limité à 2 km par jour, sur sol plat et régulier. L'assurée présentait un fonctionnement intellectuel normal, avec toutefois des difficultés de concentration.

Le 25 janvier 2007, pendant une séance de physiothérapie, l'assurée a présenté un important vertige avec nausées et céphalées. Elle a été hospitalisée au service de neurologie du CHUV du 25 janvier au 7 février 2007, puis transférée au service de rhumatologie, jusqu'au 20 avril 2007. Dans un rapport du 13 avril 2007, le Dr A._____, médecin au service de neurologie du CHUV, a posé les diagnostics de déchirure du LCA post traumatique, status post multiples interventions chirurgicales au genou, trouble schizotypique et anorexie atypique avec malnutrition. Il a constaté notamment une marche ataxique avec des troubles sévères de

l'équilibre. Une reprise du travail à 40%, avec un rendement de 25%, pouvait être envisagée, de préférence à domicile en raison des problèmes psychiatriques. Pour sa part, le Dr K._____, médecin au service de rhumatologie du CHUV, a posé le diagnostic de probable accident vasculaire cérébral vertébro-basillaire le 25 janvier 2007, troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale ?), dénutrition sévère, status après multiples interventions au genou droit et dépression nerveuse. Il a constaté une importante ataxie axiale et une ataxie appendiculaire droite modérée. Une imagerie par résonance magnétique n'avait pas révélé de lésion ischémique récente ou ancienne. L'incapacité de travail était totale, le Dr K._____ précisant dans ce contexte (cf. rapport du 7 mai 2007) :

"Bien que chacune des affections dont souffre la patiente ne représentent pas une contre-indication absolue à une réinsertion professionnelle lorsqu'elles sont prises séparément, l'association d'une importante dénutrition liée à l'anorexie mentale, d'une impotence fonctionnelle importante du genou D séquellaire à une surinfection de prothèse totale de genou ayant nécessité de multiples interventions, de séquelles d'un probable accident vasculaire vertébro-basillaire avec troubles de l'équilibre, et d'un état dépressif chronique, nous font penser qu'une reprise professionnelle, dans quelle qu'activité que ce soit, se solderait certainement par un échec."

Enfin, les Drs B._____ et M._____, médecins au Département de psychiatrie du CHUV, ont posé le diagnostic d'encéphalopathie de Wernicke secondaire à une restriction alimentaire vitaminique drastique, de même que celui d'anorexie mentale et de trouble dépressif récurrent associé à une idéation suicidaire chronique sans projet, dans un rapport du 3 septembre 2007. De leur point de vue, toute reprise d'une activité dans le milieu professionnel normal était illusoire et l'incapacité de travail était totale. Pour sa part, le Dr J._____ a considéré, dans un avis du 5 juillet 2007 se référant plus particulièrement au rapport du 13 avril 2007 du Dr A._____, que la capacité de travail résiduelle était de 40% dans une activité adaptée. Ce point de vue a été confirmé le 24 octobre 2007 par le Dr D._____, médecin au SMR.

Dans un rapport du 12 février 2008, le Dr P._____ a notamment constaté une ataxie persistant à gauche lors d'un examen

pratiqué le jour même, ainsi qu'un épisode dépressif de degré moyen sur dépression récurrente. Il a attesté une incapacité de travail totale. Les Drs D._____ et L._____, pour le SMR, se sont ralliés à cet avis dans un rapport du 20 février 2008.

Dans un préavis du 24 avril 2008, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il entendait lui allouer une rente entière pour la période du 1^{er} novembre 2002 au 31 janvier 2005, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} février 2005 au 28 février 2006. Dès le 1^{er} janvier 2008, une rente entière d'invalidité lui serait ensuite à nouveau allouée. En revanche, le droit à la rente n'était pas reconnu pour la période du 1^{er} mars 2006 au 31 décembre 2007.

Par quatre décisions séparées du 8 juillet 2008, l'OAI a alloué à l'assurée les prestations annoncées dans le préavis du 24 avril 2008.

B. C._____ a recouru contre les décisions du 8 juillet 2008 en concluant au maintien d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février au 30 septembre 2005. Elle se réfère à la motivation des décisions litigieuses dans lesquelles l'OAI retient une amélioration de son état de santé en octobre 2005 seulement.

L'OAI a conclu au rejet du recours en précisant que la constatation d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée en octobre 2005, plutôt qu'en octobre 2004, résultait d'une simple erreur de frappe lors de la rédaction de la motivation de la décision litigieuse.

E n d r o i t :

1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 al. 1 et 61 let. b de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]) devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Pour l'essentiel, les compétences de cette autorité ont été transférées dès le 1^{er} janvier 2009

à la Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal, qui a également repris le contentieux en matière d'assurance-invalidité qui était pendant à cette date devant l'ancien Tribunal des assurances (art. 93 let. a et 117 al. 1 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; RSV 173.36]). Le recours, recevable, doit par conséquent être tranché par la Cour de céans.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. La recourante conteste plus particulièrement la réduction des prestations à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février au 30 septembre 2005.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

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

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - applicable au présent litige, eu égard au fait qu'il porte sur le droit à la rente pour une période antérieure à cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40% au moins (RO 2003 3837 3852). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au

moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 447 455).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003. Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même (cf. ATF 130 V 343 et 393). Cette définition implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode ordinaire dite "de comparaison des revenus" (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.3 sv.).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'incapacité de gain de l'assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement

accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI). Selon cette dernière disposition (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; RO 1976 2650), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29 al. 1 LAI celle qui a précédé le premier octroi.

4. En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante avait recouvré une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, dès le mois d'octobre 2004. Il s'est référé au mois d'octobre 2005 dans un paragraphe de la décision litigieuse, mais comme il le relève dans sa réponse au recours, il s'agissait d'une simple erreur de frappe dans les décisions litigieuses. Cette erreur ne se trouve d'ailleurs pas dans la partie des décisions consacrée aux constatations de faits de l'OAI. Dans ses constatations de faits, l'OAI précise en effet qu'il considère que depuis le 8 octobre 2004, la capacité résiduelle de travail de l'assurée est de 50% dans une activité adaptée. En ce qui concerne les atteintes à la santé physique de la recourante, cette constatation correspond à celle du Dr N._____ dans un rapport du 8 octobre 2004 et ne prête pas flanc à la critique. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de considérer que la recourante souffrait, à l'époque, d'atteinte à la santé psychique entravant notablement sa capacité de travail, un consilium psychiatrique à la Clinique romande de réadaptation n'ayant pas mis en évidence d'autre atteinte qu'un trouble des conduites alimentaires non spécifiées (cf. rapport du 12 août 2002 des Drs S._____ et H._____). Lors d'un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation, en 2005, le Dr Z._____ a certes constaté un trouble de la personnalité schizotypique, mais sans constater qu'elle entraînait une incapacité de travail. Le diagnostic d'anorexie mentale n'a finalement été confirmé qu'en 2007, sans qu'une incapacité de travail liée à cette affection soit démontrée pour la période antérieure, comme l'ont relevé à juste titre les médecins du SMR (cf. rapport du 22 décembre 2004 des Drs J._____ et W._____).

5. Compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50%, dès le mois d'octobre 2004, dans une activité ne nécessitant pas d'efforts avec les jambes, de marche prolongée, de monter ou descendre des escaliers ni de rester debout de manière prolongée ou de s'accroupir, l'intimé a réduit à juste titre à une demi-rente les prestations allouées à la recourante pour la période courant dès le 1^{er} février 2005, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Dans ce contexte, la comparaison des revenus à laquelle il a procédé, vérifiée sur la base d'un examen sommaire en l'absence de tout grief de la recourante, ne prête pas flanc à la critique.

6. La suppression de la rente pour la période du 1^{er} mars 2006 au 31 décembre 2007 n'est pas davantage contestable. A l'époque, le Dr V. _____ avait constaté, sur le plan orthopédique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, comme on l'a vu (cf. consid. 4 ci-avant), une incapacité de travail en raison d'atteintes à la santé psychique de la recourante n'était pas démontrée pour la période antérieure au mois de janvier 2007. Par la suite, la recourante a très probablement subi un accident vasculaire cérébral, qui a laissé des séquelles. Elle présente désormais une ataxie, prédominante à gauche, qui accroît le handicap dont elle souffrait déjà en raison de ses problèmes de genoux. Une péjoration du trouble dépressif dont elle souffre semble également constatée par le Dr P. _____. L'OAI a pris en considération les nouvelles causes d'invalidité en allouant une rente après un délai d'attente d'une année, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. Sur ces points également, les décisions litigieuses, vérifiées d'office, ne prêtent pas flanc à la critique. Dans la mesure où la recourante ne soulève aucun grief à leur propos, il n'y a pas lieu d'en présenter le fondement plus en détail.

7. Vu ce qui précède, les conclusions de la recourante sont rejetées et les décisions litigieuses sont confirmées. La recourante supportera les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les décisions du 8 juillet 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- C. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :