

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 avril 2013

---

Présidence de        Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :        MM. Gutmann et Monod, assesseurs  
Greffier        :        M. d'Eggis

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par le Centre social protestant - Vaud, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 LPGA; 4, 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 4 février 1960, mère de six enfants, originaire de Somalie, réfugiée en Suisse depuis 2000, sans formation professionnelle, a travaillé comme nettoyeuse jusqu'à fin janvier 2003. Le 12 février 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes en indiquant souffrir de diabète, d'hépatite C et d'hypertension. Le 1<sup>er</sup> mars 2007, l'assurée a indiqué que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue du ménage à 50% "pour avoir un salaire et aider à sa famille" et qu'elle avait travaillé à l'extérieur dès son arrivée en Suisse.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a reçu divers documents médicaux antérieurs au dépôt de la demande de prestations AI.

Le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du X. \_\_\_\_\_ a procédé le 21 juin 2005 à un "CT cerveau, angio-CT du cou et du polygone de Willis, CT perfusion", le 22 juin 2005 à une imagerie par résonance magnétique (IRM) et le 24 juin 2005 à un ultrason abdomen.

Un rapport du 8 juillet 2005 du Service de neurologie du X. \_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic principal : "AVC thalamique gauche avec hémisyndrome sensitif droit" et comme diagnostic secondaire : "Pancytopénie avec agranulocytose et thrombopénie d'origine probablement médicamenteuse". Le status neurologique de sortie indique une nette amélioration de l'hémisyndrome sensitif douloureux.

Dans un rapport du 21 juillet 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste des maladies digestives et du foie, a constaté que le traitement antiviral n'avait pas pu éradiquer le virus de l'hépatite C.

Dans un rapport du 31 octobre 2006 pour la Dresse Q. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecin interne et en endocrinologie-diabétologie, a relevé notamment ce qui suit :

"Diagnostics :

- Diabète de type 2 insulino-requérant
- Hépatite C chronique
- Status après AVC thalamique gauche en juillet 2005
- HTA
- (...)

Discussion :

Je n'ai pas trouvé dans l'anamnèse de la patiente, ni dans vos divers bilans biologiques, d'explication au déséquilibre métabolique qui s'installe progressivement depuis décembre 2005. En l'absence de cause identifiable, j'ai donc essentiellement proposé à la patiente de modifier son traitement en adaptant les doses d'insuline aux valeurs de glycémie mesurées et en remplaçant les insulines actuelles par des analogues (...). (...) Par ailleurs, je vous proposerai d'envisager un bilan cardiologique lors des prochains mois, après 10 ans d'évolution de son diabète. Sur le plan ophtalmologique, la patiente semble suivie régulièrement et ne pas présenter de complication."

**b)** Dans un rapport médical établi le 5 mars 2007, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a répondu à l'assurance-invalidité (AI) que l'assurée souffrait d'un diabète insulino-requérant "depuis environ 1994", qu'en 2004, une hépatite C avait été traitée sans succès avec comme effet une pancytopenie, qui avait régressé en plusieurs semaines après arrêt du traitement et qu'en juillet 2005, l'assurée avait "séjourné au X.\_\_\_\_\_ en raison de l'apparition d'un hémisyndrome sensitif droit sur AVC thalamique dont elle a moyennement récupéré puisqu'elle présente encore des douleurs de l'hémicorps droit." Ce médecin pronostiquait une situation relativement stable depuis 2005 avec des douleurs relativement peu améliorées par la prise de Lyrica. En annexe à ce rapport, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'on ne pouvait pas exiger que l'assurée exerce une autre activité.

Le 25 avril 2007, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, en posant les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : "Status après AVC thalamique g avec hémisyndrome sensitif droit en juin 2005 / Hépatite C / Diabète insulino-requérant / Douleurs polyneuropathiques" et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : "Agrannlocytone et pancytopenie (...) / Hypertension artérielle". Dans un rapport adressée

le 30 avril 2007, au chapitre de la thérapie et du pronostic, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

"Sur le plan du diabète, l'évolution est favorable sous une insulino-thérapie de type basal bolus qui pourra être réadaptée au fil du temps. Il n'y a pour l'instant pas de complication du diabète.

Le principal handicap de Madame R.\_\_\_\_\_ réside dans ses séquelles d'AVC thalamique gauche dont l'évolution sera probablement stationnaire voire en aggravation avec le temps. Quant à l'hépatite C, qui n'a pas pu être traitée, une péjoration est à redouter au fil des années."

Le rapport d'enquête économique sur le ménage établi le 14 décembre 2007 a relevé notamment les éléments suivants :

"Le 531bis n'a pas été compris. L'assurée a répondu qu'elle travaillerait à 50%, car c'était son taux d'activité en Somalie, qui lui permettait d'assumer parallèlement l'éducation de ses 6 enfants.

En fait, en bonne santé, en Suisse elle aurait travaillé à 100%, car elle n'a qu'un enfant avec elle. Les 5 autres sont restés en Somalie. Elle a juste travaillé du 28.11.2001 au 31.01.2003 (...) comme employée d'entretien à raison de 4h par jour 2h le matin et 2h le soir précise-t-elle. Elle ajoute n'avoir travaillé à ce taux qu'en raison de son atteinte à la santé (diabète depuis 1994). Arrivée en Suisse en 2000.

(...)

Cette assurée semble tout à fait crédible dans son approche, en bonne santé elle aurait travaillé à plein temps pour des raisons financières évidentes. Elle rappelle qu'elle souffre d'un diabète depuis 1994 et qu'elle est arrivée en Suisse déjà atteinte dans sa santé. Depuis elle a eu un AVC en juillet 2005.

L'enquête ménagère aura permis de clarifier le statut de cette assurée. La partie ménagère a juste été complétée pour information, mais il a été impossible de la chiffrer, car les empêchements très importants annoncés par l'assurée sont difficilement justifiables par l'atteinte à la santé semble-t-il. Il serait peut-être intéressant de connaître les limitations fonctionnelles reconnues médicalement après avis du SMR sur le sujet si cela devait être indispensable. La capacité de travail exigible n'est pas connue non plus. L'assurée argumente qu'elle ne pourrait plus effectuer des travaux de nettoiyages comme par le passé en raison des séquelles de son AVC."

**c)** Dans un avis du 9 janvier 2009, le Service médical régional AI (ci-après: SMR) a demandé qu'une expertise neurologique soit confiée au Dr V.\_\_\_\_\_, neurologue. Dans un rapport du 7 avril 2009, ce spécialiste a écrit s'être fondé sur l'étude du dossier médical et sur un

bilan neurologique exécuté le 3 avril 2009 à sa consultation. Il a fait une anamnèse (résumé du dossier médical et antécédents) et exposé les plaintes et données subjectives de l'assurée, puis le status clinique, avant de constater notamment ce qui suit :

*"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

*4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail*

*Depuis quand sont-ils présents ?*

Hypoesthésie douloureuse de l'hémicorps G après une probable lésion thalamique ischémique en 2005, sans atteinte motrice, visuelle ou cognitive associée.

Probable état anxiodépressif.

*4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*

*Depuis quand sont-ils présents ?*

Polyneuropathie diabétique discrète.

*5. Appréciation du cas et pronostic*

Le tableau actuel présenté par la patiente est essentiellement lié à un probable état anxiodépressif et à sa situation sociale liée à son status de réfugiée, et à son absence d'intégration linguistique locale. Si l'on peut admettre l'existence d'un syndrome douloureux chronique de l'hémicorps G sur déafférentation centrale, malgré l'absence de lésion thalamique controlatérale prouvée, l'hypoesthésie associée reste modérée, et touche essentiellement les modalités superficielles, sans prendre jamais le caractère d'une anesthésie douloureuse telle qu'on l'observe dans les syndromes thalamiques de type Dejerine-Roussy avérés. Par ailleurs, il faut relever l'absence de toute atteinte motrice ou hémianopsique associée, témoignant de la vraisemblable petite taille de la lésion thalamique jamais visualisée. En outre, l'ancien bilan neuropsychologique à minima, ainsi que les éléments actuels de l'anamnèse ne parlent pas pour une atteinte cognitive ou attentionnelle significative associée.

Vu le contexte particulier de l'éclosion du syndrome douloureux, chez une patiente dont les déficits neurologiques objectifs sont minimes, il semble peu probable d'obtenir un succès thérapeutique significatif à l'aide de médicaments neurotropes (Lyrica, ..), ou antidépresseurs. Le probable état anxiodépressif, que je n'ai pas exploré personnellement, qui s'associe à un état d'isolement chez cette patiente déracinée de son pays d'origine, et dont les contacts sociaux se limitent à sa famille et son entourage proche, rendent le pronostic évolutif peu favorable.

A mon avis, le syndrome neurologique proprement dit (hypoesthésie isolée de l'hémicorps G avec douleurs de déafférentation) ne limite la capacité de travail que de 20%, alors que si ni le diabète ni l'hépatite C n'interviennent dans une incapacité de travail, une évaluation

psychiatrique serait probablement nécessaire pour préciser les limitations objectives dans ce domaine.

## **B. Influence sur la capacité de travail**

### *1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

*au plan physique*

*au plan psychique et mental*

*au plan social*

Les limitations physiques liées au syndrome douloureux hémicorporel D associé à l'hypoesthésie sont minimales, interférant dans l'endurance, mais pas la manipulation d'objets, avec également une composante thymique liée à la chronicité du syndrome douloureux. Il faut noter que les limitations psychiques et sociales qui ne sont pas liées au syndrome neurologique séquellaire de 2005 paraissent plus importantes, dans le cadre d'un état anxiodépressif et d'un certain degré de déracinement avec déafférentation sociale, que nous n'avons pas exploré plus loin, notre expertise se limitant aux aspects neurologiques.

### *2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

#### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?*

A notre connaissance, la patiente n'a pas exercé d'activité continue claire sur le plan professionnel, depuis plusieurs années, mais l'on peut admettre que les limitations neurologiques mentionnées ci-dessus correspondent à une incapacité de travail comme ménagère de 20%.

#### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

La patiente est capable de marcher, de manipuler des objets, elle ne présente pas de trouble moteur ou de la coordination, et l'hypoesthésie n'est pas telle qu'elle ne sente pas les surfaces et les objets qu'elle touche. Il n'y a donc aucune limitation neurologique particulière à signaler, hormis celle liée à la perte d'endurance dans les activités en raison du caractère continu et lancinant de la douleur, avec ses répercussions psychiques.

#### *2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Une activité de ménagère est tout à fait exigible. Cette activité pourrait être effectuée durant 3-4h le matin et 3-4h l'après-midi, dans le cadre d'un taux d'activité de 80%. Si l'on prend les souhaits exprimés par la patiente elle-même, à savoir une activité dans le commerce, le même taux d'activité serait applicable. En revanche, dans un travail plus physique, comme celui de nettoyeuse professionnelle, la limitation serait de l'ordre de 50%, vu la possibilité d'exacerbation du syndrome douloureux par une activité physique plus intense et prolongée.

#### *2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

il n'y a pas de diminution du rendement d'origine neurologique, mais il est probable que l'état psychique anxiodépressif de la patiente ait une incidence sur le rendement, ce que notre expertise n'a pas évalué spécifiquement.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'incapacité de travail de 20% date de l'AVC probable de 2005, et ne s'est pas modifié, vu la survenue rapide du syndrome douloureux à l'époque.

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

Voir ci-dessus.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai? Si non, pour quelles raisons ?

La patiente pourrait être réentraînée à ses activités ménagères, ou être coachée dans un emploi commercial, mais dans la situation actuelle de déafférentation sociale et du syndrome anxiodépressif, des mesures préliminaires devraient être d'abord envisagées.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Si l'on admet que le « poste occupé » actuellement est celui de ménagère, et que la patiente ne participe que très faiblement aux travaux ménagers à son domicile, il faudrait envisager un reconditionnement à cette activité.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Pour que ces mesures puissent avoir une chance de succès, il faudrait évaluer et prendre en charge de façon plus intensive et continue le syndrome anxiodépressif associé à l'isolement social et à la déafférentation de cette patiente déracinée de son milieu d'origine.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de rassurée ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Il n'y a pas de critère médical particulier sur le plan des limitations neurologiques, hormis le fait que les activités physiques intenses, comme celles exigées dans une profession de nettoyeuse sont à éviter.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Le taux de 80% serait aussi applicable, avec une moyenne de 3-4h/ par ½ journée.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, au plan neurologique."

**d)** Au vu de l'évocation par le Dr V. \_\_\_\_\_ d'un trouble dépressif et de limitations psychiques chez l'assurée, le SMR a demandé une instruction sur ces points. L'OAI a mandaté la Dresse D. \_\_\_\_\_,

psychiatre, pour exécuter une expertise médicale ambulatoire. Ce médecin a déposé son rapport le 13 août 2009, qui englobe un résumé du dossier, comprend une anamnèse complète, décrit les plaintes et données subjectives de l'assurée, ainsi que le status clinique, sans poser de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, mais en posant un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1 selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM-10), puis a exposé notamment ce qui suit :

### **"5. Appréciation du cas et pronostic**

(...)

A l'examen clinique, Madame est tonique et prolixie (elle doit être à plusieurs reprises interrompue par l'interprète afin qu'elle puisse me traduire les dires de Mme R. \_\_\_\_\_). Elle ne présente pas de ralentissement psychomoteur ou de temps de latence entre les questions et les réponses.

Madame évoque des ruminations en lien avec ses enfants vivant au Kenya, ses problèmes de santé, son moral abaissé et des troubles du sommeil avec endormissement prolongé.

Ces éléments permettent de conclure selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10) à une dysthymie, décrite comme suit :

*Dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen (F33.0 ou F33.1).*

*Le trouble peut toutefois avoir répondu aux critères d'un épisode dépressif léger dans le passé, en particulier au moment de son installation. La fréquence et la durée des périodes individuelles de dépression légère et des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale sont très variables. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien, mais, la plupart du temps (souvent pendant plusieurs mois consécutifs), ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. La dysthymie présente de nombreux points communs avec les concepts de névrose dépressive et de dépression névrotique. On peut spécifier, si besoin, le début précoce (à la fin de la deuxième ou au cours de la troisième décennie) ou tardif du trouble.*

*Directives pour le diagnostic:*

*Le diagnostic repose sur une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est, la plupart du temps, insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen (F33.0 ou F33.1). Le trouble débute habituellement chez l'adulte jeune et persiste au moins plusieurs années, parfois indéfiniment. Les formes à début tardif surviennent habituellement à la suite d'un épisode dépressif isolé (F32.-), souvent en rapport avec un deuil ou tout autre événement stressant manifeste.*

*Inclure: dépression anxieuse persistante  
dépression névrotique (d'une durée supérieure à deux ans)  
névrose dépressive  
personnalité dépressive*

*Exclure: dépression anxieuse, légère ou non persistante (F41.2)  
réaction de deuil durant moins de deux ans (F43.21, réaction dépressive prolongée)  
schizophrénie résiduelle (F20. 5).*

Madame ne présente pas de perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables (elle apprécie regarder la télévision et discuter avec ses amies et sa famille), de diminution de la confiance en soi, de manque d'appétit ou de perte pondérale récente, de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, de vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir, d'idéation suicidaire ou de tentative de suicide.

Madame se plaint de difficultés à soutenir son attention et à se concentrer; ceci n'a pas été objectivé durant les 2 heures 20 d'entretien. Aucun signe de fatigabilité n'a été mis en évidence.

Mme R. \_\_\_\_\_ ne se plaint pas de douleurs intenses et persistantes et ne présente pas de détresse émotionnelle marquée. Par contre, des facteurs psychosociaux, tels éloignement des enfants, difficultés financières, permis de séjour provisoire, absence de formation et non maîtrise de la langue française sont présents.

L'expertisée ne présente pas d'attaque de panique, d'anxiété généralisée, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique, une psychose ou un trouble de la personnalité.

La sociabilité est conservée. Madame a des contacts avec son fils, son frère, une nièce de son mari et plusieurs compatriotes. Elle peut fonctionner dans son quotidien (faire quelques tâches ménagères, les courses à la Migros, sortir de chez elle pour aller discuter chez ses amies ou les inviter chez elle et partager des contacts sociaux les week-ends).

Au vu de ce qui précède, je ne retiens pas de trouble psychique incapacitant. Par conséquent, la capacité de travail est entière dans une activité simple.

Toutefois, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est des plus mauvais en raison de facteurs psychosociaux majeurs et de problèmes culturels (selon l'expertisée, les femmes somaliennes n'exercent pas d'activité à l'extérieur mais gèrent uniquement leur ménage).

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Au plan physique

Confère avec les médecins somaticiens.

Au plan psychique et mental

La dysthymie n'entraîne pas de limitation qualitative ou quantitative.

Au plan social

La sociabilité est conservée avec la famille proche et des compatriotes.

**2. influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

La dysthymie n'interfère pas avec l'activité exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité de travail est entière.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, l'activité exercée jusqu'alors est encore exigible à plein temps, soit 8 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas de diminution du rendement dans une activité à 100 %.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Pas d'incapacité de travail.

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

Question sans objet car la capacité de travail est entière, depuis toujours.

**3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

La dysthymie n'empêche pas une adaptation à un environnement professionnel.

**C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation Qui tienne compte des critères

suiuants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

Non, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas à envisager car la capacité de travail est entière. Par ailleurs, Madame n'a aucune formation professionnelle et ne maîtrise pas la langue française.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires. adaptation du poste de travail)

Pas de mesure à proposer car la capacité de travail est entière.

A relever que la dysthymie est secondaire à des problèmes sociaux (éloignement des enfants, difficultés financières et statut de réfugiée).

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail

Question sans objet.

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?**

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Oui, d'autres activités simples sont exigibles de la part de l'assurée, sans que l'on n'ait à tenir compte de critère particulier.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

L'activité peut être exercée en plein, soit 8 heures par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas de diminution du rendement dans une activité à 100%."

e) Par projet de décision du 11 décembre 2009, l'OAI a reconnu le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 2006 au 31 mai 2007, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée. L'Office a retenu qu'à partir de mars 2007, l'assurée a présenté une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de nettoyeuse et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : activité répartie sur cinq jours ouvrables, pas d'activités lourdes ou nécessitant un effort physique prolongé, pas de travail de nuit, pas de conduite professionnelle ou d'usage de machines dangereuses. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique en se fondant sur les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS) pour estimer le revenu d'invalidé. Il a pris pour référence celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'019 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4) pour 40 heures hebdomadaires de travail, porté à 4'189 fr. pour 41,7 heures hebdomadaires ( $4'019 \times 41,7 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 50'277 fr. 69, porté à 51'082 fr. 13 après adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2006 et 2007 (+1,6%). Il est donc raisonnable d'exiger de l'assurée qu'elle exerce une activité légère de substitution à 80% avec un salaire hypothétique de 40'865 fr. 71 par année, dont à déduire un abattement de 15% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et du type de son permis de séjour, soit un revenu annuel d'invalidé de 34'735 fr. 85. La comparaison avec un revenu annuel

professionnel raisonnablement exigible de 39'628 fr. dégage une perte de gain de 4'892 fr. 15, soit un degré d'invalidité de 12,34%.

Dans une lettre du 23 décembre 2009, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'en raison des affections invalidantes dont l'assurée souffrait, la reprise d'une activité professionnelle n'était pas possible.

Dans une lettre du 12 février 2010, mandaté par l'assurée, le Centre social protestant s'est opposé au projet de décision et a sollicité le réexamen de la situation dans le sens de l'octroi d'une rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2006, en relevant notamment que l'assurée parvenait à peine à gagner quelques centaines de francs par mois avant l'AVC dont elle avait été victime et qu'on voyait mal comment elle pourrait gagner près de 3'000 francs par mois avec son handicap.

Dans une lettre du 1<sup>er</sup> mars 2010, l'OAI a répondu au représentant de l'assurée qu'il avait mandaté le Dr V. \_\_\_\_\_ sur le plan somatique et la Dresse D. \_\_\_\_\_ sur le plan psychique, que ces spécialistes s'étaient basés sur des examens complets, en prenant en compte les plaintes exprimées et en décrivant le contexte médical, si bien que leurs conclusions, claires, sans contradictions et motivées, avaient pleine valeur probante. L'Office a relevé que le revenu d'invalidé déterminé sur la base de l'ESS reposait sur le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, si bien que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées, conformes aux aptitudes de l'assurée; au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, il faut convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et donc adaptées à son handicap (TFA I 298/04 du 21 juillet 2005). Dès lors, le projet du 11 décembre 2009 devait être entièrement confirmé.

**f)** Par décision du 23 mai 2011, l'OAI a reconnu le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 2006 au 31 mai 2007 en reprenant la motivation du projet de décision du 11 décembre 2009.

**B.** Par acte du 21 juin 2011, R.\_\_\_\_\_, assistée par le Centre social protestant, a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006, sans interruption au 31 mai 2007. Elle a contesté les constatations de la Dresse D.\_\_\_\_\_ en affirmant qu'elle ne se sentait pas du tout mieux qu'en 2005, puisque son état de santé s'était détérioré depuis lors. Elle s'est étonnée que l'OAI lui ait reconnu une invalidité justifiant une rente entière pendant quelques mois, puis admis brusquement la disparition de la maladie. Elle a relevé qu'elle était parvenue à gagner à peine quelques centaines de francs par mois avant son AVC et a contesté l'approche théorique de sa situation.

Dans sa réponse du 22 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours pour les motifs exposés dans la décision attaquée.

Dans sa réplique du 17 octobre 2011, la recourante a souligné qu'elle subit continuellement des contrôles médicaux importants et requis une expertise pluridisciplinaire neutre. Elle a produit un rapport du 4 août 2011 à l'intention de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ signé par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin chef, et par la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin assistante, posant les diagnostics suivants :

- "• Polyarthralgies d'origine indéterminée : éventuelle spondylarthropathie indifférenciée versus PR séronégative
- Carence en vitamine D
- Ostéoporose densitométrique avec : tassement L1 – non datable

Autres diagnostics :

- Tuberculose pulmonaire en février 2010 avec :
  - Cavité à l'apex droit
  - Traitée par quadrithérapie de (...) du 28.02. au 4.05.2010 puis bithérapie (...).
- Apergillose pulmonaire diagnostiquée en mai 2010
- Diabète de type II insulino-requérant
- Hépatite C chronique active

- Hépatite B
- Uvéite bilatérale en août 2010, probablement sur effet secondaire lié à la Rifabutine HTA
- AVC ischémique en 2004."

Dans sa duplique du 7 novembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et s'est opposé à de nouvelles investigations en l'absence d'éléments médicaux nouveaux et parlant en faveur d'une aggravation significative de la situation survenue avant que ne soit rendue la décision attaquée. L'Office a produit un avis médical du SMR signé le 1<sup>er</sup> novembre 2011 par les Dr K. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit :

"(...) Après une audition en fév.10, la réplique de l'avocat (cf. GED 18.10.11) produit un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, assistante en rhumatologie, du 04.08.11. Il annonce comme atteinte incapacitante des polyarthralgies d'origine indéterminée, voire éventuellement une Polyarthrite Rhumatoïde séronégative. Les polyarthralgies sont essentiellement périphériques, mais aussi axiales et seraient apparues après un traitement antituberculeux en 2010. Il était avancé des tuméfactions des MCP et des chevilles selon l'assurée, mais l'examen du Dr L. \_\_\_\_\_, le 12.07.11 ne détecte aucune synovite et un bon état général. Les images radiologiques sont d'ailleurs aspécifiques. La biologie aussi ne plaide pas en faveur d'une quelconque atteinte inflammatoire et encore moins en faveur d'une spondylarthropathie. La scintigraphie n'évoque que des troubles dégénératifs non inflammatoires. La thérapeutique (Irfen) contrôle correctement la situation. Il n'y a donc finalement aucun argument ou critère de l'American Collège of Rhumatologie qui rendent plausibles une quelconque atteinte inflammatoire ostéoarticulaire. Le caractère douloureux s'inscrit dans le cadre des séquelles de l'accident vasculaire thalamique.

Les autres diagnostics étaient en partie déjà connus : diabète, hépatite B et C, HTA, AVC. Pour les autres : une cataracte à 51 ans n'a rien d'étonnant (cf. diabète) et ne constitue pas une incapacité durable (opération réglée); les contrôles pneumologiques mensuels attestent de l'absence de complications des affections antérieures et de leur durée limitée dans le temps (tuberculose et aspergillose). L'uvéite d'août 10 est déclarée en rapport avec les effets secondaires [du] traitement antituberculeux. Il est mis en évidence un tassement vertébral de D11 non datable, vraisemblablement de nature ancienne (cf. résultat de la scintigraphie de juin 2011: absence d'hypercaptation) et traduit en conséquence son caractère non incapacitant.

*Au total*, il n'existe pas fondamentalement d'éléments médicaux dont nous n'avons pas connaissance, ou plausibles qui parlent en faveur d'une aggravation significative de la situation. En conséquence, nous recommandons d'en rester aux conclusions de la décision du 23.05.11."

Dans sa détermination du 1<sup>er</sup> décembre 2011, la recourante s'est fondée sur le rapport du 4 août 2011 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ pour réclamer une expertise complémentaire, en présence notamment de nombreuses co-morbidités ignorées par le Dr K.\_\_\_\_\_. Elle a relevé que son état de santé devait être examiné dans son ensemble pour déterminer sa capacité de gain. Elle a produit un rapport du 3 octobre 2011 destiné à la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et signé par la Dresse T.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et par le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du Département de l'appareil locomoteur, Service de rhumatologie du X.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic d'ostéoporose fracturaire, indiquant une fracture de L1 non datée et commentant le traitement de l'ostéoporose.

Par détermination du 12 janvier 2012, l'OAI a maintenu sa position en se fondant sur un avis médical SMR du 14 décembre 2011 signé par les Dr K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ qui expose en particulier ce qui suit :

"1/ en préambule, à la lecture de cette procédure, nous faisons remarquer que la contestation au départ portait sur l'atteinte principale à la santé (séquelles d'un état post AVC thalamique), et accessoirement le salaire de référence. La contestation actuelle ne s'appuie plus sur cet argumentaire.  
2/ notre argumentation du 01.11.11 se basait effectivement sur le rapport de la consultation du 04.08.11, et non pas sur la qualification des médecins intervenants, pour savoir si véritablement si des polyarthralgies d'origine indéterminée, pouvaient se rattacher à une éventuelle Polyarthrite Rhumatoïde séronégative ou à une spondylarthropathie indifférenciée. Au status, il est constaté un bon état général et aucune synovite et les autres signes cliniques ne sont pas pathognomoniques. La biologie avec le Facteur Rhumatoïde (sensibilité 80%, spécificité 50%), et surtout les anti-CCP (très spécifiques 95% sont négatifs et permettent avec de grandes chances d'éliminer une PR. De même la radiologie est aspécifique au niveau des mains. Une probable spondylarthropathie est suspectée, mais l'examen du 03.10.11 dans le cadre d'une ostéoporose ne rapporte finalement pas d'images pertinentes en faveur de cette maladie (cf. sacro-illite), pas plus que la biologie (CRP normale, VS à 60). La scintigraphie n'évoque que des troubles dégénératifs non inflammatoires. Enfin, les critères de l'American Collège of Rhumatologie qui rendent plausibles une atteinte inflammatoire ostéoarticulaire ne sont pas réunis (au moins 4/7 pour la PR). Il n'y aurait que 2 critères au plus, uniquement clinique, aucun radiologique, et la biologie infirme sûrement le diagnostic. Nous ne rentrons pas en matière.

3/ Il est mis en évidence un tassement vertébral de L1 non datable vraisemblablement de nature ancienne: cf. résultat de la scintigraphie de juin 2011 : absence d'hypercaptation, de découverte fortuite le 21.07.10:

c'est-à-dire, selon la définition de manière imprévue, inattendue, sans existence de point d'appel. Il n'est pas décrit de syndrome radiculaire ou de conflit en rapport avec L1 sur les rapports du 04.08.11 et du 03.10.11, ce qui traduit son caractère non incapacitant. Enfin l'ostéoporose n'est pas incitante au sens de la loi AI.

4/ Les autres diagnostics étaient en partie déjà connus : diabète, hépatite B et C, HTA, AVC. Ils existaient déjà lors de l'expertise du Prof. V. \_\_\_\_\_. Pour les autres : une cataracte à 51 ans n'a rien d'étonnant (cf. diabète) et ne constitue pas une incapacité durable (opération réglée, incapacité limitée dans le temps); les contrôles pneumologiques mensuels attestent de l'absence de complications des affections antérieures et de leur durée limitée dans le temps (tuberculose et aspergillose). L'uvéite d'août 10 est déclarée en rapport avec les effets secondaires traitement antituberculeux (donc non inflammatoire).

*Au total*, cette nouvelle lettre ne plaide pas en faveur de nouveaux éléments qui seraient de nature à changer notre position."

Le 17 janvier 2012, le dernier envoi de l'intimée et son annexe ont été communiqués à la recourante.

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

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

**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:

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

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois-quart de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844).

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut

aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

**c)** Selon la jurisprudence, la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343; 125 V 413 consid. 2d et les références citées). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de

rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2; TF 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

En cas de rente limitée dans le temps, la date de la modification (augmentation, diminution ou suppression de la rente) est déterminée conformément à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201; TF I 581/06 du 25 mai 2007 consid. 4 et la référence citée). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon la jurisprudence, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. Cette principe est en particulier applicable en cas de rente limitée dans le temps (ATF 125 V 415 consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1; TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1).

**d)** En l'espèce, l'OAI a admis qu'au terme de l'année de carence, la recourante a présenté une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité jusqu'au mois de février 2007 inclus, qui lui a ouvert le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006 jusqu'au mois de mai 2007. Toutefois, selon l'OAI, dès le mois de mars 2007, la recourante a présenté une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 80% dans une

activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, si bien qu'elle ne peut dès lors plus prétendre à une rente de l'assurance-invalidité.

La recourante s'étonne du fait qu'une incapacité de travail et de gain complète lui soit d'abord reconnue, puis que l'OAI admette un rétablissement complet trois mois à partir du mois de mars 2007. Cette critique méconnaît le système légal, qui accorde une rente d'invalidité à l'assuré qui, au terme d'une année d'incapacité de travail, est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI) et prévoit que le droit aux prestations subsiste aussi longtemps que la capacité de gain ne s'améliore pas au point de justifier la suppression de tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période, étant précisé qu'un tel changement doit avoir duré trois mois, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte d'une telle amélioration de la capacité de travail justifiant la suppression de toute rente d'invalidité, du point de vue somatique et psychique, sur la base de l'examen de l'ensemble des documents médicaux au dossier.

**3. a)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en

pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 350, consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

**b)** En l'espèce, sur le plan somatique, il est établi que la recourante a subi un accident vasculaire cérébral (AVC) thalamique en 2005. Le 5 mars 2007, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ constate que la patiente a moyennement récupéré. Le 25 avril 2007, la Dresse J.\_\_\_\_\_ annonce un état de santé stationnaire, en précisant que le principal handicap de la recourante réside dans les séquelles d'AVC thalamique gauche dont l'évolution sera probablement stationnaire, voire en aggravation avec le temps. Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 décembre 2007 a constaté que les empêchements très importants annoncés par la recourante étaient difficilement justifiables par l'atteinte à la santé alléguée par celle-ci, à savoir les séquelles de son AVC.

Mandaté par l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_ a déposé un rapport d'expertise neurologique le 7 avril 2009, qui comprend une anamnèse, un examen des plaintes et données subjectives de la recourante, le status neurologique et des conclusions motivées, et qui est donc conforme aux

exigences posées par la jurisprudence pour avoir pleine valeur probante sur le plan formel. Sur le fond, le Dr V.\_\_\_\_\_ relève l'absence de toute atteinte motrice ou hémianopsique associée et de toute atteinte cognitive et attentionnelle significative, avec des déficits neurologiques objectifs minimes. Il observe aussi que ni le diabète, ni l'hépatite C n'interviennent pour justifier l'incapacité de travail de 20% en raison du syndrome neurologique proprement dit. Il précise que la recourante ne présente pas de trouble moteur ou de la coordination ou encore de déficit de la sensibilité des sens (hypoesthésie), si bien qu'il n'existe aucune limitation neurologique particulière à signaler, sauf celle liée à la perte d'endurance dans les activités en raison de la douleur, avec ses répercussions psychiques. L'expert neurologue indique que l'incapacité de travail de 20% date de l'AVC probable de 2005, préconise d'éviter un travail de nettoyeuse professionnelle où le taux d'activité exigible serait de 50%, et admet qu'une activité de ménagère est tout à fait exigible à un taux de 80%, en envisageant un réentraînement aux activités ménagères ou un coaching dans un emploi commercial. Toutefois, l'expert neurologue met en évidence divers facteurs susceptibles d'expliquer un état anxio-dépressif, notamment un état d'isolement, un déracinement du pays d'origine, des contacts sociaux limités à la famille et l'entourage proche, en proposant de prendre en charge le syndrome anxio-dépressif découlant des facteurs précités pour que les mesures de réadaptation ou de reclassement aient une chance de succès.

Le 23 décembre 2009, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ écrit certes à l'OAI que la reprise d'une activité professionnelle n'est pas possible, sans aucune explication ni justification motivée du taux d'incapacité de travail de la recourante. De même, le rapport du 4 août 2011 des Drs B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ pose différents diagnostics, mais ne contient aucune motivation permettant de justifier une incapacité de travail en découlant, ni n'atteste un taux d'incapacité de travail chez la recourante. Ces documents ne sauraient donc remettre en cause les conclusions de l'expertise neurologique, qui repose sur un examen en profondeur des rapports médicaux et sur une motivation complète. De plus, les avis médicaux du SMR des 1<sup>er</sup> novembre 2011 et 14 décembre 2011 indiquent

qu'aucune atteinte inflammatoire ostéoarticulaire n'est rendue plausible du point de vue biologique ou radiologique, ce qui apparaît être le cas aussi au regard du bon état général de la recourante et en l'absence de signes cliniques. Aucun élément médical ne vient contredire cette appréciation.

Par ailleurs, le rapport du 3 octobre 2011 des Drs T.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'ostéoporose fracturaire, avec une fracture de L1 non datée. Force est de constater à l'instar des Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, que le tassement vertébral non datable n'a pas de caractère incapacitant, puisqu'il n'est pas décrit de syndrome radiculaire ou de conflit en rapport avec L1 dans les rapports du 4 août 2011 et 3 octobre 2011.

Enfin, les diagnostics de diabète, d'hépatite C, d'hypertension artérielle (HTA) et d'accident vasculaire cérébral (AVC) existaient déjà lors de l'expertise neurologique et étaient connus de l'expert V.\_\_\_\_\_, qui les écarte comme facteurs incapacitants du point de vue de la capacité de travail. La cataracte ne constitue pas une incapacité durable, de même que l'uvéite d'août 2010, qui est à mettre en rapport avec les effets secondaires du traitement tuberculeux, selon l'avis SMR du 14 décembre 2011. Aucune incapacité de travail justifiée par l'état somatique de la recourante n'est donc prouvée sur le plan médical. On relèvera également que le diabète insulino-dépendant est antérieur à l'arrivée en Suisse de l'assurée de sorte qu'il ne peut être pris en tant que tel dans l'évaluation de la capacité de travail (art. 6 LAI).

**c)** Sur le plan psychique, l'expertise établie le 6 octobre 2009 par la Dresse D.\_\_\_\_\_ répond également aux exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante sur le plan formel. On peut remarquer que, parmi les documents médicaux à sa disposition, l'experte psychiatre a pris en particulier connaissance des observations faites par l'expert neurologue, le Dr V.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 avril 2009 avant de former son opinion. La Dresse D.\_\_\_\_\_ conclut à l'existence d'une dysthymie, à savoir une dépression chronique de

l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. A l'examen clinique, l'experte décrit la recourante comme tonique et prolix, sans ralentissement psychomoteur ni temps de latence entre questions et réponses. L'experte relève que, durant les 2 heures 20 de l'entretien, elle n'a pas objectivé les plaintes de la recourante au sujet de ses difficultés à soutenir son attention et à se concentrer. La psychiatre ne retient donc pas de trouble psychique incapacitant et admet une capacité de travail entière (8 heures par jour) dans une activité simple, sans diminution du rendement dans une activité à 100%, en évoquant un pronostic défavorable pour une reprise de l'activité professionnelle en raison de facteurs psychosociaux majeurs et de problèmes culturels. Dans la procédure de recours, la recourante ne remet du reste pas en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique, dont il y a donc lieu d'admettre qu'elles sont adéquates par rapport à la situation concrète.

**d)** En conséquence, c'est à juste titre que, sur la base de l'expertise neurologique, l'OAI a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité professionnelle de nettoyeuse et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, à savoir une activité répartie sur cinq jours ouvrables, pas d'activités lourdes ou nécessitant un effort physique prolongé, pas de travail de nuit, pas de conduite professionnelle ou d'usage de machines dangereuses. En revanche, il faut souligner que les problèmes liés au déracinement culturel et au contexte psycho-social (isolement social, difficultés linguistiques etc) ne sauraient justifier une incapacité de travail ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**4.** La recourante ne remet en cause ni la méthode de comparaison des revenus, ni la détermination de son salaire hypothétique fondé sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 un montant mensuel de 4'019 fr., adapté à un horaire de 41,7 heures (4'189 fr. 81 par mois ou 50'277 fr. 69

par an) et indexé à l'évolution des salaires nominaux de 2006 et 2007, soit un revenu annuel de 51'082 fr. 13 l'année d'ouverture du droit à la rente ou encore un salaire hypothétique de 40'865 fr. 71 dans une activité légère de substitution à 80%. Compte tenu des limitations fonctionnelles de 15% admises par l'OAI - qui ne sont pas critiquables -, le revenu annuel d'invalidé est de 34'735 fr. 85, soit une perte de gain de 4'892 fr. 15 par rapport au revenu sans invalidité de 39'628 francs, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 12,34% ne donnant pas le droit à une rente.

**5.** La recourante affirme également que son cas aurait dû faire l'objet d'une approche pluridisciplinaire, soit d'une expertise à la fois psychiatrique et neurologique, afin qu'une appréciation globale de sa capacité de travail puisse être correctement effectuée.

Selon la jurisprudence, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 131 I 153 consid. 3; 125 I 127 consid. 6c/cc; 124 V 90 consid. 4b; 119 V 335 consid. 3c; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3).

En l'espèce, toutes les problématiques médicales concernant la recourante ont été dûment investiguées et prises en compte par l'OAI pour établir sa décision. Comme on l'a déjà relevé ci-dessus (consid. 3c), la Dresse D.\_\_\_\_\_ a eu connaissance du rapport d'expertise établi le 7 avril 2009 par le Dr V.\_\_\_\_\_, celui-ci ayant observé des troubles psychiques chez la recourante. Les deux experts étaient ainsi conscients des problèmes débordant de leurs spécialités respectives. Une expertise multi-disciplinaire ne saurait donc se justifier dans ces circonstances. Dès lors, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en

pleine connaissance de cause, si bien que la requête d'expertise pluri-disciplinaire de la recourante doit être rejetée.

**6.** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais de justice doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]); ils correspondent, en l'occurrence, au montant de l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante R.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Centre social protestant (pour Mme R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :