

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 décembre 2012

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : Mmes Röthenbacher et Dessaux  
Greffière : Mme Cattin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8, 16, 17, 44 LPGA ; 28, 28a LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, architecte d'intérieur, a présenté une tumeur intra-crânienne semi-maligne, qui a été traitée par voie chirurgicale et par radiothérapie le 7 novembre 1996. Une incapacité totale de travail a suivi du 1<sup>er</sup> septembre 1996 au 31 décembre 1997, puis une incapacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998. Cette incapacité de travail était due à une fatigabilité suite à la radiothérapie, à un traitement constant en raison de sinusites et otites actiniques, à une hypoacousie, à un trouble de la fonction hypophysaire ainsi qu'à un trouble visuel. Elle a déposé une demande de prestations AI le 30 juillet 1998 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou intimé).

Par décision du 20 mars 2000, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1997 et une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 1998 en raison d'une invalidité de longue durée. L'OAI a notamment considéré ce qui suit :

"En raison de votre état de santé, vous avez subi une incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1996.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, prévu à l'article 29, al. 1 LAI, soit le 1<sup>er</sup> septembre 1997, votre incapacité de travail et de gain est totale. Le droit à une rente basée sur un taux de 100 % est ouvert dès cette date.

Grâce à une amélioration de votre état de santé survenue en janvier 1998, vous avez pu reprendre un emploi à 50 % au 1<sup>er</sup> février 1998. Par conséquent, la rente entière sera remplacée par une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mars 1998. En effet, dès cette date, votre capacité de travail et de gain est de 50 % au maximum".

**B.** Les deux premières procédures de révision instruites en 2003 et 2005 n'ont mis en évidence aucun élément susceptible de modifier le droit à la rente.

Dans le cadre d'une nouvelle révision de la rente ordonnée d'office le 1<sup>er</sup> septembre 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a expliqué dans un avis du 8 octobre 2008 que l'assurée

était gênée par d'importantes croûtes, avec des mauvaises odeurs au niveau nasal, ainsi que par une diminution de l'acuité auditive qui nécessitait un appareillage. Il a mentionné que du point de vue ORL, une pleine capacité de travail était exigible.

Dans un nouveau rapport daté du 29 avril 2009, le Dr A.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait procédé le 24 février 2009 à un curetage, sous narcose, du rhinopharynx, en raison de la persistance de lésions de type papillomateuses récidivantes après plusieurs biopsies de nettoyage. Une deuxième intervention, consistant en la fermeture d'une brèche durale, avec important écoulement de liquide céphalo-rachidien (ci-après : LCR), occasionnée par un lâchage au niveau de la greffe de reconstruction, avait été nécessaire. L'assurée a été en incapacité de travail. Il a ajouté qu'une nouvelle hospitalisation pour méningite exigeait de réévaluer la situation.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2009, la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une déchirure complète du sus-épineux avec rétraction de sa jonction musculo-tendineuse et atrophie de degré I du muscle du sus-épineux à l'épaule gauche, ainsi qu'une tendinopathie ou déchirure partielle du long chef du biceps à l'épaule gauche.

Dans un rapport du 20 octobre 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional AI (ci-après : SMR), a notamment exposé ce qui suit :

"Vous demandez de confirmer que l'assurée présente à nouveau une pleine CT en tant qu'architecte. Or les éléments médicaux au dossier ne sont pas suffisants, il est vrai qu'au plan ORL il n'y a plus d'incapacité de travail depuis plusieurs années, mais on avait encore en son temps comme limitations fonctionnelles : la fatigabilité et les troubles visuels".

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a dans un rapport médical du 30 décembre 2009 indiqué que la capacité de travail était de 100 % sur le plan ophtalmologique.

Dans un rapport du 31 décembre 2009, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, a posé les diagnostics d'insuffisance hypophysaire partielle post-radiothérapie, de status treize ans après l'extirpation subtotale d'un chordome de la base du crâne suivie d'une radiothérapie, de status après deux épisodes de méningite sévère au début 2009 et de status après un by-pass en juillet 2004. Elle a expliqué que les symptômes d'asthénie intense et de troubles mnésiques dont se plaignait l'assurée pouvaient être attribués aux conséquences des deux méningites survenues en 2009. L'anamnèse pouvait évoquer une hypothyroïdie, voire un hypocorticisme, qui s'est améliorée sous traitement substitutif. Cette spécialiste n'a cependant pas fixé la capacité de travail de la recourante.

Selon le rapport médical de l'Hôpital intercantonal de la [...] du 17 février 2010, un diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a été posé suite à une chute de l'assurée.

Un examen neuropsychologique a été réalisé le 22 mars 2010 par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de [...], lequel a notamment relevé ce qui suit :

"Patiente bien orientée, collaborante, au discours abondant, non ralentie ni fatigable. **Plaintes spontanées** : Difficultés mnésiques «j'ai des blancs», difficultés articulatoires, vision trouble lorsqu'elle est fatiguée. **Plaintes sur questions** : Difficultés de concentration, endurance limitée à 3 heures d'effort attentionnel, fatigue, manque du mot et du nom propre, difficultés occasionnelles à reconnaître les gens. Elle signale un changement de caractère sous la forme d'une irritabilité depuis qu'elle doit prendre des hormones ; le moral est fluctuant. Elle gère ses affaires administratives, les courses et les repas. Elle bénéficie d'une aide au ménage.

Langage : L'expression spontanée est fluente et informative, le discours est abondant. La dénomination et la lecture sous contrainte temporelle, la dénomination de personnages célèbres, l'écriture automatique et sous dictée, sont réussies. L'épellation en sens inverse est suffisante. Aux épreuves numériques, les calculs oraux sont suffisants ; on note une perte des procédures à la multiplication écrite.

Les fonctions practo-gnosiques sont préservées.

Fonctions mnésiques : Cliniquement, absence de dyschronologie à l'évocation de faits autobiographiques. En mémoire à court terme, l'empan verbal est limité, l'empan visuo-spatial est dans la norme. En mémoire de travail, l'empan verbal en sens inverse et une tâche

de gestion des interférences (Trigrammes) sont dans la norme. En mémoire à long terme, l'apprentissage d'une liste de 15 mots, leur reconnaissance au sein d'un texte et leur évocation différée sont dans la norme. En modalité visuo-spatiale, les évocations immédiates et différées de la figure géométrique complexe de Rey sont dans la norme.

Fonctions exécutives : Cliniquement, relevons des difficultés de programmation visuo-constructive à la copie de la figure géométrique complexe de Rey. Les fluences verbales en condition littérale et catégorielle sont respectivement sévèrement déficitaire et dans la norme. Les autres épreuves (maintien de séquences graphique et gestuelle, créativité non verbale dirigée, tâche de flexibilité mentale ; classement de cartes selon des critères logiques ; inhibition de réponses prégnantes) sont réussies.

Fonctions attentionnelles : La vitesse d'exécution (TMT A) est bonne. Sur logiciel informatisé (TAP), l'attention est réussie ; au subtest Vigilance, le taux d'erreur et d'omission est dans la norme.

Autres : Absence de signes en faveur d'une symptomatologie anxio-dépressive à l'échelle HAD.

**Conclusions** : Cet examen neuropsychologique, réalisé auprès d'une patiente collaborante, non ralentie ni fatigable, met en évidence des performances globalement dans la norme pour toutes les fonctions cognitives investiguées (instrumentales, mnésiques, exécutives et attentionnelles). A disposition pour une évaluation ultérieure".

Dans un avis médical du 16 août 2010, le Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a notamment exposé ce qui suit :

### **"1.1. Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :**

- Nombreuses complications ORL dans les suites d'une opération en 1996 d'un chordome avec actuellement insuffisance hypophysaire partielle, status après méningite, status après fistule naso-méningée avec aéro-encéphalie per- et post-opératoire, hématome sous-dural.
- Actuellement état psychique fluctuant avec double problématique : possible syndrome frontal non exclu, dépendance aux Benzodiazépines, trouble de la personnalité non défini.
- Déchirure complète du tendon du sus-épineux avec rétraction de sa jonction musculo-tendineuse et atrophie de degré I du muscle sus-épineux de l'épaule gauche ainsi que déchirure partielle intra-tendineuse du long-chef du biceps du côté gauche (cf. IRM du 29.08.2008).
- Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (cf. Rapport du HIB du 17.02.2010)

### **- Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :**

- Status après by-pass pour obésité morbide en 2004 avec actuellement anémie ferriprive, déficit en Vitamine D, déficit en vitamine B12.
- Cholécystectomie
- Insuffisance hypophysaire avec hypothyroïdie substituée et hypocorticisme substitué.

### **1.3. Traitement hospitalier / cure :**

Nombreuses hospitalisations cf. lettres en annexes

### **1.4. Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)**

En 1996, première opération par crâniotomie bifrontale combinée avec un abord transfacial paranasal droit pour extirpation subtotale d'un chordome de la base très étendu occupant notamment la région en avant de la selle turcique et montant sous la dure-mère dans la région du jugum. Reconstruction du toit du nez et du naso- et rhinopharynx reconstruit par un lambeau de peau complet avec la face épidermique contre le bas. En post-opératoire, radiothérapie adjuvante par protonthérapie au Massachussets General Hospital à Boston. Par la suite, complication sous forme de méningite en raison d'une communication massive à partir de la région prépontique. Colmatage de la brèche par voie nasale par le Dr A. \_\_\_\_\_ à plusieurs reprises. Complication par pneumo-encéphale. Hospitalisation par la suite à la clinique Cécile pour nouvelle méningite avec septicémies (à ce sujet cf. lettre du 5 mai 2009 par le Prof. H. T. \_\_\_\_\_).

Ré-hospitalisation en avril 2009 (cf. Lettre du Dr A. \_\_\_\_\_ du 29 avril 2009).

Par la suite un bilan endocrinologique par la Dresse X. \_\_\_\_\_ a été effectué en date des 30 octobre et 17 décembre 2009 qui montre une insuffisance hypophysaire partielle post-radiothérapie.

Elle relève une asthénie probablement d'origine multifactorielle dans les suites des deux épisodes de méningite, dans le cadre d'une hypothyroïdie secondaire actuellement substituée, d'une insuffisance somatotrope actuellement aussi substituée et en plus, ce qui n'est pas mentionné par l'endocrinologue une dépendance aux benzodiazépines qui s'est instaurée sans les suites opératoires d'avril 2009. La patiente avait alors d'importants troubles de l'endormissement et possiblement un état dépressif post-opératoire.

Il s'agit là d'une reconstitution de ma part puisque je ne l'avais pas suivie à cette période (à ce sujet cf. lettre de la Dresse Brigitte X. \_\_\_\_\_ daté du 31.12.2009).

Un examen neuropsychologique du 22 mars 2010 est effectué. Lors de cet entretien les plaintes spontanées sont des difficultés mnésiques, des difficultés articulatoires et une vision qui se trouble lorsqu'elle est fatiguée. Elle

exprime aussi des difficultés de la concentration avec une endurance limitée à trois heures d'effort attentionnel, fatigue, manque de mot. Elle décrit aussi un moral fluctuant. L'examen neuropsychologique qui est réalisé le 22 mars auprès d'une patiente collaborante a mis des performances globalement dans la norme pour les fonctions cognitives investiguées. Il n'est pas mentionné de diagnostic particulier (cf. copie du rapport neuropsychologique du 22 mars 2010).

Pour ma part, je relève cependant des difficultés dans la gestion de la vie quotidienne actuellement et je pense que l'examen neuropsychologique aurait probablement besoin d'être étayé par un examen psychiatrique au cas où une expertise future devait avoir lieu.

**Constat médical :**

Actuellement, je suis Madame F. \_\_\_\_\_ depuis environ 1-2/mois. Nous avons mis en place un traitement par Rivotril (qui doit remplacer le traitement de Stilnox dont elle faisait un abus) sous forme de comprimé de 2/mg, distribué à la pharmacie, sous contrôle à raison de max. 14 cp/semaine soit 2cp/jour.

La situation sociale et professionnelle dans les suites de toutes ces opérations s'est aggravée puisque la patiente qui était à son compte et qui s'occupait de l'agencement de cuisine haute gamme a fait faillite en 2009. Elle vit actuellement de l'association de sa perte de gain ainsi que d'une assurance invalidité de 53 %.

**Pronostic :**

Le pronostic est réservé quant aux capacités de la patiente à reprendre une activité professionnelle de l'ordre de 50 %, aussi en raison des altérations à mon avis cognitives et des troubles possiblement frontaux que j'ai constatés lors de mes consultations.

[...]

**1.6. Incapacité de travail**

Architecte d'intérieur. A 50 % à l'AI depuis 1996. Arrêt de travail de 100 % de mars 2009 jusqu'à ce jour.

**1.7. Activité exercée**

Les restrictions physiques sont liées à la restriction d'un abaissement de la tête et le fait de devoir éviter de pencher la tête en avant. Charge maximale conseillée 5kg. Douleurs à l'élévation des bras suite à une déchirure complète du tendon du sus-épineux avec rétraction de sa jonction musculo-tendineuse et atrophie de degré I du muscle sus-épineux de l'épaule gauche ainsi que déchirure partielle intra-tendineuse du long-chef du biceps du côté gauche (cf. IRM du 29.08.2008).

Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (cf. Rapport du HIB du 17.02.2010).

**Restriction mentale ou psychique?**

Difficultés de concentration, fatigabilité augmentée.

**Comment se manifestent-elles au travail?**

Manifestation par un ralentissement global nécessitant plus de temps pour effectuer les mêmes tâches.

**D'un point de vue médical l'activité exercée est-elle encore exigible?**

Actuellement non.

**Le rendement est-il réduit?**

Oui.

**1.8. Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?**

Non si ce n'est la substitution des carences vitaminiques et la substitution de l'insuffisance hypophysaire.

**1.9. Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail?**

Oui mais ceci ne pourra être que réévalué sur la durée, d'année en année en fonction de l'évolution".

Dans un rapport du 17 septembre 2010, le Dr A. \_\_\_\_\_ a notamment exposé que :

"L'anamnèse intermédiaire par rapport à 2008 a été marquée surtout par un status après exérèse de lésions granulomateuses pseudo tumorales du cavum en février 2009. Par la suite, en raison de status post-radiothérapie et de la situation d'une greffe remplaçant le plancher de la fosse cérébrale antérieure, une très importante fistule de LCR s'est formée, nécessitant une hospitalisation prolongée et 2 interventions de type neurochirurgical, par voie endonasale pour la fermeture de la fistule. L'atteinte était suffisamment importante pour nécessiter de nombreux jours en soins intensifs. La lésion était jugée très grave, voire mortelle. Elle a présenté plusieurs épisodes de méningite.

La patiente a eu besoin de plusieurs mois pour récupérer. L'évolution étant marquée par une asthénie importante. L'incapacité de travail a été de 100% jusqu'au 6 septembre 2009, puis à 50% dès le 7 septembre 2009. La patiente est limitée dans ses mouvements et ne peut plus faire d'efforts. Elle ne peut plus mettre la tête trop en arrière. Pendant de nombreux mois, elle n'a pas pu se pencher en avant, elle était limitée même dans ses activités ménagères. La patiente a pu retrouver un certain dynamisme, mais elle est encore fortement limitée. Elle ne peut toujours pas faire d'efforts, elle est très vite asthénique.

Le status, comme jusqu'en 2008, est marqué surtout par la présence de croûtes qu'il faut nettoyer régulièrement.

Par rapport à 2008, le pronostic est, non seulement grevé par le status de 13 ans après une résection partielle et radiothérapie d'une tumeur maligne de la base du crâne, mais est également grevé par la possibilité de la formation d'une nouvelle fistule. Celle-ci, le cas échéant, doit être considérée comme particulièrement grave".

Il a ajouté que l'activité exercée était exigible à un taux de 50%, mais avec un rendement réduit en raison de l'asthénie, du ralentissement et de la diminution de la mobilité.

Dans un rapport du 15 octobre 2010, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé ce qui suit :

"Le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecine générale FMH, qui suit l'assurée depuis le 26.03.2010, estime la CT nulle en toute activité depuis mars 2009, en lien avec les complications infectieuses (2 méningites en 2009) et locales dans les suites des divers traitements du chordome ; les autres facteurs responsables de l'IT totale sont : état psychique fluctuant, avec dépendance aux benzodiazépines et trouble de personnalité non défini / déchirure complète du tendon du sus-épineux à l'épaule G (documentée en août 2008) et rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule D (février 2010). Il n'y a ni prise en charge psychiatrique, ni médication thymoléptique ; le Dr Y. \_\_\_\_\_ suspecte un syndrome frontal, qui n'a cependant pas pu être démontré lors de l'examen neuropsychologique daté du 22.03.2010 ; décrit comme strictement normal. La pathologie des épaules impose des limitations fonctionnelles : port de charges au-delà de 5 kg, travail au-delà de l'horizontale.

Il y a l'insuffisance hypophysaire avec hypothyroïdie et hypocorticisme substitués efficacement depuis fin 2009 ; la correction des déficits hormonaux a eu un effet spectaculaire sur l'importante asthénie de l'assurée (voir rapport de consultations daté du 31.12.2009 et signé par la Dresse X. \_\_\_\_\_, endocrinologie FMH).

Le Dr A. \_\_\_\_\_, ORL FMH, estime que les complications infectieuses de 2009 et l'asthénie importante rendent compte d'une IT totale jusqu'au 06.09.2009 ; dès le 07.09.2009, la CT est de 50% ; limitations fonctionnelles : port de charges, efforts importants, tête en hyper-extension.

**Discussion** : les éléments médicaux au dossier ne permettent pas d'envisager une amélioration de l'état de santé susceptible d'augmenter la CT au-delà de 50%. En fait il y a eu une aggravation, temporaire, en lien avec les épisodes infectieux de 2009 qui rendent compte d'une CT nulle en toute activité de mars à septembre 2009, avec reprise à 50% (voir RM du Dr A. \_\_\_\_\_ daté du 17.09.2010). On ne peut suivre entièrement le Dr Y. \_\_\_\_\_, lorsqu'il estime en août 2010 que la CT est nulle en toute activité, pour les raisons suivantes : 1) l'expérience médicale permet de certifier que les affections touchant des épaules, si elles entraînent des limitations fonctionnelles légitimes, ne diminuent pas la CT au-delà de 50%,

que ce soit dans l'activité exercée ou en toute activité adaptée. 2) un syndrome frontal est suspecté, mais non démontré par l'examen neuropsychologique qui a été décrit comme clairement normal ; aucune limitation fonctionnelle ne peut lui être imputée. 3) un état psychique fluctuant est annoncé, recouvrant : un possible syndrome frontal que l'on ne peut prendre en compte puisque non démontré, une dépendance aux benzodiazépines qui, à moins d'être massive, ne saurait diminuer une CT de 50% et enfin un trouble de personnalité non définie dont les possibles aspects incapacitants ne sont pas démontrés. Vu ces commentaires, l'état psychique invalidant ne saurait diminuer une CT de 50%. Enfin, prenant en compte le rapport de la Dresse X.\_\_\_\_\_, attestant au 31.12.2009 du bon équilibre hormonal sous traitement de substitution avec diminution majeure de l'asthénie, il est licite d'admettre que la CT à 50% n'est retrouvée qu'au 01.01.2010.

**En conclusion** : CT nulle en toute activité de mars 2009 à décembre 2009, puis de 50% dès janvier 2010, dans l'activité habituelle et en toute activité adaptée.

Limitations fonctionnelles : port de charges, efforts moyens à lourds, tête en hyper-extension, travaux répétés avec les MS au-delà de l'horizontale, asthénie résiduelle, milieu bruyant.

Remarque : l'assurée présente des séquelles de l'opération du chordome, avec des risques non négligeables de récurrence de fistule, donc de méningite dont le pronostic pourrait être dramatique. La CT à 50% est le maximum exigible".

Dans un courrier adressé à la L.\_\_\_\_\_ Assurances le 21 novembre 2010, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a relevé qu'une expertise multidisciplinaire pourrait être demandée par l'OAI si nécessaire, dans la mesure où la patiente ne parvenait pas à reprendre le travail. Il a estimé l'incapacité de travail à 100 % depuis le mois de mars 2009 et a précisé que le pronostic restait incertain.

Par projet de décision du 18 janvier 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière (invalidité de 100 %) du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 31 mars 2010 et une demi-rente (invalidité de 53 %) dès le 1<sup>er</sup> avril 2010, conformément à l'avis du SMR.

Par décision du 14 avril 2011, l'OAI a confirmé le préavis susmentionné.

**C.** Par acte du 31 mai 2011, confirmé par courrier du 8 septembre 2011, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée, en concluant à ce qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée à partir du 1<sup>er</sup> mai 2009.

Par décision du juge instructeur du 3 novembre 2011, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 13 décembre 2011, l'OAI a confirmé sa position et conclu au rejet du recours. Il a relevé en substance ce qui suit :

"On ne peut contester l'aggravation de son état de santé en lien avec les épisodes infectieux de 2009, ayant entraîné une incapacité de travail totale de mars à septembre 2009, selon le Dr A.\_\_\_\_\_. Ensuite, la Dresse X.\_\_\_\_\_ atteste, au 31 décembre 2009, du bon équilibre hormonal de l'assurée sous traitement de substitution avec diminution majeure de l'asthénie. Dès lors, les médecins du SMR ont pu à raison estimer qu'une exigibilité de 50% pouvait à nouveau être mise à profit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Ils expliquent qu'en outre, dans leur avis médical du 15 octobre 2010, les raisons pour lesquelles ils se sont éloignés de l'appréciation du Dr Y.\_\_\_\_\_".

Dans un avis du 28 février 2012, sollicité par la recourante, le Prof. T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a exposé ce qui suit :

"Ce certificat fait suite à la contestation d'une décision de l'AI de fixer l'invalidité à 53% à partir du 1.4.2010, à votre invitation à Mme F.\_\_\_\_\_ du 9.1.2012 de vous soumettre de nouveaux rapports médicaux et à ma lecture du volumineux dossier du Tribunal que vous avez fait parvenir à la patiente à la même date.

Je répons en tant qu'intervenant médical depuis 1996, notamment en tant qu'opérateur sur le plan neurochirurgical.

En résumé, je soutiens pleinement le recours de Mme F.\_\_\_\_\_ contre la décision de l'AI qui ne repose pas sur une analyse médicale récente. Je propose que le Tribunal valide le point de vue de la patiente ou demande au moins à l'AI de réévaluer la situation médicale, comme elle se présente à l'heure actuelle.

En effet, d'après le dossier à ma disposition, la dernière évaluation neuropsychologique, domaine dans lequel la patiente invoque ses déficits principaux, date du 22.3.2010. Les autres rapports médicaux sur lesquels l'AI se base, datent également de la même année. Sa récente décision doit donc être considérée comme de nature administrative, ce qui est inapproprié compte tenu de la situation et de son évolution.

Pour récapituler, en 1996 la patiente a subi une opération crânienne tout à fait inhabituelle dans son envergure, avec passage à travers le visage et le front pour résection subtotale d'une volumineuse tumeur semi-maligne de la base du crâne, base qui a ensuite été reconstruite par une greffe de peau, placée entre le cerveau et les structures ORL du crâne.

Une radiothérapie aux protons a par la suite eu lieu.

L'évolution a été très longue, mais exceptionnellement bonne et réjouissante, malgré la persistance et l'apparition de nombreux problèmes qui ont pu être jugulés au coup par coup.

En 2009, il y a eu de grosses complications, avec menace sérieuse pour la vie de Mme F.\_\_\_\_\_, étant donné que la plastie de la base s'est focalement effritée, a donné lieu à une fuite de liquide céphalo-rachidien et plusieurs épisodes de méningite grave. Plusieurs tentatives de recolmatage n'ont débouché que sur une réparation précaire, mais qui, pour le moment, semble tenir. La menace sévère, y compris vitale, persiste cependant, comme en témoigne les différents documents médicaux, notamment du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL et de moi-même.

Au cours des années écoulées, la patiente a fait preuve d'un effort de réinsertion professionnelle remarquable, couronnée initialement de succès.

Après l'épisode de 2009, l'évaluation optimiste de la capacité de travail ne s'est pas confirmée et une dégradation continue s'est précisée sur le terrain.

La patiente a dû se séparer de sa propre entreprise qui a fait faillite. En tant qu'employée, elle n'arrive plus à suivre non plus. Ses plaintes au sujet de la mémoire sont énumérées dans le rapport de neuropsychologie de 2010 et dans son recours du 31.5.2011.

La décision contestée de l'Al se fonde sur un rapport du Service de neuropsychologie du [...] du 22.3.2010 et que l'Al décrit comme clairement normal (Avis médical, Mme G.\_\_\_\_\_, du 28.9.2010).

En reprenant ledit rapport, on constate que la patiente formulait déjà les mêmes plaintes que maintenant, mais en moins marquées, incluant difficultés de mémoire, difficultés de concentration, d'endurance, de fatigue, de parole etc.

L'examen lui-même, contrairement à ce que l'Al a cru comprendre, ne peut nullement être considéré comme "clairement normal". Il s'agit d'ailleurs d'un examen basic, comme on le fait pour toute personne, indépendamment du travail et des responsabilités qu'elle exerce. Ainsi, plusieurs tests sont simplement "réussis", "suffisants", "dans la norme" ou encore "limites", rien de plus. D'autres tests sont "insuffisants", tels que la procédure de multiplication écrite. Il y a des "difficultés" de programmation visuo-constructive, domaine crucial pour un architecte d'intérieur. Les fluences verbales en conditions littérales sont "sévèrement déficitaires".

Tout spécialiste en neuropsychologie vous confirmera que même avec des tests de cette nature parfaitement réussis, un individu peut être totalement inapte à fonctionner dans la gestion de la vie quotidienne et professionnelle. Il est évident qu'un examen d'une heure ne peut, par exemple, pas objectiver si une patiente présente une fatigabilité qui fait qu'après 3 heures "elle n'en peut plus".

Son médecin traitant, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a déjà retenu dans son rapport du 21.11.2010 qu'il relève des difficultés dans la gestion de la vie quotidienne actuellement, ainsi que des difficultés en lien avec la gestion des dossiers asséculo-logiques. Il pensait que l'examen

neuropsychologique aurait probablement besoin d'être étayé par un examen psychiatrique au cas où une expertise future devrait avoir lieu.

Pour ma part, les difficultés actuelles énumérées par Mme F. \_\_\_\_\_ sont tout à fait crédibles et réelles. En effet, la région où se trouvait la tumeur est intimement liée à la mémoire. Il y a ici eu une radiothérapie à haute dose dont on sait que les effets tardifs peuvent être importants et se manifester au-delà de 10 ans. L'aggravation actuelle est également explicable, voire même attendue, de ce côté.

J'estime par conséquent que si la décision de l'AI se base sur l'évaluation neuropsychologique de 2010, elle devrait être complétée par un nouvel examen spécifique tenant compte aussi de la profession, majorée d'un examen psychiatrique.

Je retiens en plus que cette patiente a de nombreux autres problèmes qui, individuellement, ne donnent peut-être pas lieu à une incapacité de travail, mais cumulés peuvent représenter des éléments décisifs pour diminuer la capacité de travail que je considère actuellement comme nulle et définitive.

Je signale ainsi une hypoacousie bilatérale, appareillée, des troubles oculaires, des déficits hypophysaires, tous liés à la tumeur, nécessitant une substitution délicate qui influence notamment le degré d'asthénie. Plus récemment, il y a eu un by-pass intestinal pour obésité morbide et une atteinte de l'épaule droite par rupture traumatique de la coiffe des rotateurs qui est également handicapante.

Pour éviter une longue procédure avec une ou plusieurs expertises judiciaires, qui n'apporteront de toute façon rien de plus, je propose au tribunal de demander plutôt à l'AI d'actualiser le dossier médical et d'organiser un nouveau bilan neuropsychologique spécifique et éventuellement psychiatrique. Peut-être modifiera-t-elle alors ses conclusions hors tribunal".

Le 19 mars 2012, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport dont il ressort ce qui suit :

"L'assurée fait recours contre la décision d'avril 2011 tendant à l'octroi d'une rente entière temporaire (du 01.05.2009 au 31.03.2010), avec retour à la demi-rente (inv. 53%). Dans le cadre de l'audition, nous avons motivé pour quelles raisons nous nous écartions des conclusions des médecins traitants quant à la CT nulle en toute activité ; en particulier : nous n'avons pas retenu de syndrome frontal incapacitant avec un examen neuropsychologique rendu comme normal par les spécialistes du CHUV (22.03.2010) / nous avons estimé que la pathologie des épaules (déchirure complète du tendon sus-épineux à G en 2008 et rupture de la coiffe des rotateurs à D en 2010) engendrait des limitations fonctionnelles mais ne diminuait pas la CT au-delà de 50 % / nous avons nié la présence d'une affection psychiatrique susceptible de diminuer la CT au-delà de 50% (ni élément médical relevant, ni traitement et prise

en charge psychiatrique, ni soupçon de trouble anxieux ou dépressif à l'échelle HAD lors de l'examen neuropsychologique de mars 2010 / sur la base du RM de la Dresse X.\_\_\_\_\_, nous avons à juste titre retenu que les troubles endocriniens secondaires à la pathologie de base et son traitement étaient bien équilibrés, avec un effet spectaculaire sur l'importante asthénie.

Pour mémoire, cette assurée âgée de 51 ans, divorcée, active à 100 % est au bénéfice d'une demi-rente (inv. 53%) servie depuis le 01.03.1998, précédée de rente entière dès le 01.09.1997, en lien avec les complications du traitement d'un chordome du clivus (exérèse chirurgicale le 07.11.1996 et radiothérapie), suivi de surdité de transmission bilatérale sur fibrose de la caisse de tympan post-radique depuis 1997. Il y a l'anosmie définitive, les croûtes nasales avec mauvaises odeurs perçues par autrui. La CT était limitée à l'époque en raison de : fatigabilité post-radique / traitement constant pour sinusites et otites post-radiques / trouble visuel non corrigé malgré 8 interventions de strabisme.

Dans le cadre du recours, on trouve un RM daté du 28.02.2012, adressé à la CASSO et signé par le prof. T.\_\_\_\_\_, neurochirurgie FMH, un des médecins traitant Mme F.\_\_\_\_\_. Il nous reproche :

- L'ancienneté de l'examen neuropsychologique ; *Commentaire* : lors de la rédaction de l'avis médical du 29.10.2010 concluant à l'exigibilité de 50% en tant qu'architecte, seuls 7 mois s'étaient écoulés depuis l'examen neuropsychologique de mars 2010 ; nous avons à juste titre admis que cet examen était encore d'actualité ; en février 2012 le professeur ne donne aucun élément laissant penser que la situation se soit aggravée.

- De considérer l'examen neuropsychologique comme normal, alors que lui il y relève des insuffisances et un temps de passation trop court (1h) pour vraiment juger de troubles annoncés par l'assurée.

- De ne pas avoir suffisamment pris en compte les nombreux autres problèmes de santé (hypoacousie bilatérale appareillée, troubles oculaires, déficits hypophysaires, by-pass intestinal, l'atteinte de l'épaule D) : *Commentaire*: nous avons clairement motivé me semble-t-il dans quelle mesure ces autres problèmes n'impliquaient pas d'IT prolongée au-delà de 50% (rappelons que les IT ne sont pas cumulatives) ; quant à l'hypoacousie et les problèmes oculaires ils étaient connus déjà lors de l'octroi de la rente en 1997 et personne n'a dit qu'ils se sont aggravés ; quant au by-pass, il n'est justiciable d'IT prolongée qu'en cas de complications notoires, que personne n'a annoncées.

Par ailleurs le professeur T.\_\_\_\_\_ rappelle l'importance majeure du traitement chirurgical de la pathologie cérébrale tumorale, les conséquences possibles dudit traitement et de celui de la radiothérapie, les risques de complications. *Commentaire* : nous n'avons jamais banalisé les graves problèmes de santé de Mme F.\_\_\_\_\_, mais avons estimé sur la base des pièces médicales au dossier qu'après l'aggravation de 2009 qui a justifié l'octroi temporaire d'une rente entière, l'assurée avait retrouvé un état de santé comparable à celui qui a précédé l'aggravation et permettait l'exercice de l'activité d'architecte à 50% ; et pour les autres affections, voire en fait le premier paragraphe de cet avis".

**D.** Le 6 juin 2012, Me Jean-Michel Duc a été nommé défenseur d'office de la recourante.

Dans des déterminations complémentaires du 6 juillet 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son représentant, a conclu, avec suite de dépens, principalement, à ce que la décision du 14 avril 2011 rendue par l'OAI soit annulée et à ce qu'une rente entière lui soit allouée à partir du 1<sup>er</sup> mai 2009 avec intérêts à 5 % ; subsidiairement, à ce que la décision du 14 avril 2011 rendue par l'OAI soit annulée et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire incluant un bilan neuropsychologique et psychiatrique. La recourante a notamment soulevé que l'OAI avait violé la libre appréciation des preuves et le principe inquisitoire en se fondant uniquement sur le seul avis médical du SMR sans avoir tenu compte du rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_, lui reconnaissant une incapacité de travail à 100 %.

Par duplique du 9 août 2012, l'OAI a confirmé sa position.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** L'art. 69 al. 1 let. a LAI déroge à l'art. 58 LPGA en ce sens qu'il prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le Tribunal cantonal vaudois est donc compétent, malgré le fait que l'assurée soit domiciliée dans le canton de Fribourg.

**c)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD),

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2009.

**3. a)** Selon le droit fédéral est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une

incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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, sur un marché du travail équilibré.

Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

**c)** Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 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]). 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 (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). 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 (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que 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 sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413, en particulier, consid. 2d et 3 ; cf, aussi TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 4).

**d)** Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGa). Dans

le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1 ; TF 9C\_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5 ; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé

que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé, auquel on peut également attribuer un caractère probant, laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis. Dans ces situations, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3).

**e)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

**5.** Dans le cadre de la révision du droit à la rente, l'OAI a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante, qui a abouti à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 31 mars 2010 et à la reprise du versement d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2010. Il convient d'examiner ces deux périodes successives, en vertu de la jurisprudence précitée (supra consid. 3c).

**a)** En l'espèce, par décision du 14 avril 2011 confirmant un projet de décision du 18 janvier 2011, l'intimé a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante du 24 février 2009 au 1<sup>er</sup> janvier 2010. En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, l'OAI a ainsi octroyé une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 31 mars 2010. L'incapacité totale de travail retenue pour cette période s'explique implicitement par deux interventions

neurochirurgicales au début 2009 et une complication sous forme de méningites qui a entraîné une nouvelle hospitalisation en avril 2009.

Il n'y a pas lieu de remettre en cause le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité pour cette période. En effet, tous les médecins qui se sont prononcés sur ce point (cf. rapport médical du Dr A. \_\_\_\_\_ du 17 septembre 2010, rapports médicaux du Dr Y. \_\_\_\_\_ des 16 août et 21 novembre 2010, ainsi que l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR du 15 octobre 2010) constatent une incapacité totale de travail, dans toute activité, du 24 février 2009 au 1<sup>er</sup> janvier 2010. En outre, les parties ne critiquent pas cet aspect de la décision.

**b)** En revanche, la recourante conteste la reprise d'une activité à un taux de 50 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et par conséquent l'octroi d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010. En substance, elle soutient que l'OAI ne pouvait se fonder uniquement sur l'avis du médecin du SMR, mais devait tenir compte de celui du Dr Y. \_\_\_\_\_ concluant à une pleine incapacité de travail.

**aa)** Sur le plan somatique, il ressort tout d'abord de l'avis du Dr W. \_\_\_\_\_ du 30 décembre 2009 que, s'agissant de la problématique ophtalmologique, la capacité de travail de la recourante est de 100 %.

Dans son rapport du 31 décembre 2009, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a exposé que l'hypothyroïdie, qui pouvait expliquer les symptômes d'asthénie intense et de troubles mnésiques, s'était améliorée sous traitement substitutif. Elle ne s'est en revanche pas prononcée sur la capacité de travail exigible de l'assurée.

Quant au Dr Y. \_\_\_\_\_, il a relevé le 16 août 2010 que l'activité exercée n'était plus exigible en raison des nombreuses complications ORL, de la déchirure complète du tendon sus-épineux de l'épaule gauche et de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il a posé comme limitations fonctionnelles une restriction d'un abaissement de la tête et le fait de devoir éviter de pencher la tête en avant, aucun port de charge au-delà de 5 kg, ainsi que des douleurs à

l'élévation des bras. Il a encore indiqué que son pronostic était réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle à hauteur de 50 % en raison d'altérations cognitives et de troubles frontaux qu'il aurait constatés, ce qu'il a confirmé dans son avis du 21 novembre 2010 adressé à la L. \_\_\_\_\_ Assurances.

Le Dr A. \_\_\_\_\_ a expliqué, dans son rapport du 17 septembre 2010, que l'évolution de l'état de santé de l'assurée après deux interventions neurochirurgicales était marquée par une asthénie importante. La recourante était ainsi limitée dans ses mouvements, ne pouvait plus faire d'efforts et ne pouvait plus mettre la tête trop en arrière. Par rapport à 2008, le pronostic était non seulement grevé par le status de treize ans après une résection partielle et radiothérapie d'une tumeur maligne de la base du crâne, mais également par la possibilité de la formation d'une nouvelle fistule. Il a d'ailleurs précisé que la capacité de travail dans l'activité exercée était exigible à 50 %, avec un rendement réduit en raison de l'asthénie, du ralentissement et de la diminution de la mobilité.

Ces rapports ont été soumis à l'appréciation du SMR qui, après examen, a estimé qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante susceptible d'augmenter la capacité de travail au-delà de 50 % n'était pas envisageable. Le médecin du SMR a également précisé que le Dr Y. \_\_\_\_\_ ne pouvait être entièrement suivi s'agissant de la capacité de travail nulle puisque l'expérience médicale permettait de certifier que les affections touchant des épaules, bien qu'elles entraînaient des limitations fonctionnelles, ne diminuaient pas la capacité de travail de plus de 50 %.

Il sied de relever que le SMR, dans l'avis émis par le Dr Z. \_\_\_\_\_, a déterminé la capacité de travail de la recourante sur le plan physique en concluant à une incapacité de travail à hauteur de 50 %. Or, tant le Dr Y. \_\_\_\_\_ que le Dr T. \_\_\_\_\_ retiennent une incapacité de travail totale globale en tenant compte des nombreuses affections dont souffrait l'assurée, notamment les complications ORL suite à la résection d'une tumeur intra-crânienne (hypoacousie bilatérale appareillée, troubles oculaires, nouvelles neurochirurgies, méningites, déficits hypophysaires,

asthénie), la déchirure complète du tendon sus-épineux de l'épaule gauche, la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, le status après by-pass et en faisant clairement état de troubles psychiques (cf. ci-dessous). Ces deux praticiens ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assurée s'agissant de la seule problématique somatique. Cependant, leurs rapports médicaux étant complets et motivés, ils mettent suffisamment en doute les pronostics du praticien du SMR. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a également conclu à une capacité de travail dans l'activité exercée à 50 % avec une diminution de rendement supplémentaire en raison de l'asthénie et de la diminution de la mobilité.

Il résulte de ce qui précède que les avis médicaux au dossier relatifs à la problématique somatique ne sont pas concordants et donc pas suffisants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Une instruction complémentaire s'impose.

**bb)** Quant à l'aspect psychique, l'OAI, suivant l'avis du SMR, a nié dans sa décision du 14 avril 2011 la présence d'une affection psychiatrique susceptible de diminuer la capacité de travail au-delà de 50 % (cf. avis médicaux du SMR des 15 octobre 2010 et 19 mars 2012). Il ressort de ces rapports que le Dr Z.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de syndrome frontal, suspecté par le Dr Y.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 16 août 2010), au regard de l'examen neuropsychologique établi le 22 mars 2010 par les spécialistes du [...] décrit comme clairement normal. Il a relevé, en outre, qu'au vu de l'examen neuropsychologique susmentionné et du rapport de la Dresse X.\_\_\_\_\_, aucune incapacité de travail du point de vue psychique ne pouvait être retenue.

Au contraire, le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 28 février 2012 produit par la recourante, a relevé que l'examen neuropsychologique effectué par le [...] n'était pas suffisant et qu'il devait être complété par un nouvel examen neuropsychologique spécifique et éventuellement psychiatrique. Il a en effet expliqué que cet examen ne pouvait être qualifié de "clairement normal", dans la mesure où il s'agissait d'un examen basique, réalisé pour n'importe quelle personne indépendamment du travail et des responsabilités qu'exerce l'assurée.

Selon ce médecin, l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante est tout à fait crédible dans la mesure où la région où se trouvait la tumeur est intimement liée à la mémoire et a subi une radiothérapie à haute dose susceptible d'avoir des effets tardifs importants.

Ces points sont confirmés par le Dr Y. \_\_\_\_\_ qui avait déjà relevé dans son rapport du 16 août 2010 que l'examen neuropsychologique devait être étayé par un examen psychiatrique en raison des difficultés rencontrées par l'assurée dans la gestion de la vie quotidienne et des plaintes qu'elle formulait telles que des difficultés mnésiques, articulatoires et de concentration, la vision qui se trouble lorsqu'elle est fatiguée, une endurance limitée à trois heures d'effort attentionnel, fatigue, manque de mot, difficultés occasionnelles à reconnaître des gens (cf. également examen neuropsychologique du 22 mars 2010).

Enfin, contrairement à ce qu'a retenu le SMR, l'examen neuropsychologique a mis en évidence des performances globalement dans la norme pour toutes les fonctions cognitives investiguées. Il n'a à aucun moment évoqué que le résultat était "clairement normal" comme l'a soutenu le Dr Z. \_\_\_\_\_. A l'inverse, les neuropsychologues ont relevé des difficultés de programmation visuo-constructive et des fluences verbales en condition littérale sévèrement déficitaires.

Il s'ensuit que les rapports des Drs Y. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ mettent suffisamment en doute l'avis du SMR pour que ses conclusions ne puissent être retenues.

**cc)** En définitive, les pièces médicales au dossier ne permettent donc pas de statuer en toute connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé somatique et psychique de la recourante et en particulier sur son aggravation. Autrement dit, on ignore si, comme le soutient l'OAI dans la décision entreprise, la capacité de travail de la recourante peut être fixée à 50 % ou si elle présente une incapacité totale de travail.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait ; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

**b)** Au vu des circonstances du cas d'espèce, plus particulièrement du fait que l'OAI a ignoré les mesures d'instruction de base et a constitué un dossier lacunaire, il apparaît opportun de lui renvoyer le dossier pour complément d'instruction. Il lui appartiendra d'ordonner un examen pluridisciplinaire, comprenant notamment un nouvel examen neuropsychologique ainsi qu'une expertise psychiatrique auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA).

**7.** Le dossier étant renvoyé à l'intimé pour une instruction complémentaire, il est prématuré de statuer sur la tenue d'une audience, telle que requise par la recourante.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). L'OAI succombant, des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à sa charge.

**c)** La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, comme c'est le cas en l'occurrence, elle a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), arrêtés à 2'000 fr. à la charge de l'intimé. Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, de sorte qu'il n'y pas lieu de fixer l'indemnité d'office de Me Duc.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 14 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. La décision est maintenue en ce qui concerne l'octroi à F.\_\_\_\_\_ d'une rente d'invalidité entière pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 31 mars 2010.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne (pour Mme F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :