

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2014

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Braillard  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par DAS Protection Juridique SA,  
à Etoy,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 29bis et 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1949, travaillait depuis 2004 comme enseignante à l'école professionnelle de [...], à 50%, et comme intendante à l'EMS A. \_\_\_\_\_, à [...], à 50%. Dès 2007, elle a constaté l'apparition progressive d'une surdité. Depuis le mois de septembre 2008, son taux d'activité pour l'EMS A. \_\_\_\_\_ a été réduit à 20% ; parallèlement, l'assurée s'est annoncée à l'assurance-chômage, pour une perte de travail à prendre en considération de 30%.

Le 26 novembre 2008, l'assurée a subi une exérèse d'un cholestéatome, avec tympanoplastie de type II. Un problème de surdité de transmission a persisté malgré la tympanoplastie.

Le 11 février 2009, l'assurée a déposé une demande de moyen auxiliaire de l'assurance-invalidité, sous la forme d'une prothèse auditive.

L'EMS A. \_\_\_\_\_ était lié à Assurances X. \_\_\_\_\_ SA par un contrat d'assurance collective pour perte de gain en cas de maladie, en faveur de ses employés. Dans un rapport du 27 mars 2009 à Assurances X. \_\_\_\_\_ SA, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, et médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité de travail totale de cette dernière pour la période du 26 novembre 2008 au 17 avril 2009. L'assurée se plaignait d'un manque d'équilibre, d'avoir l'estomac retourné et disait ne plus pouvoir faire face à ses obligations d'enseignante. Elle était suivie par une psychologue, à [...], ainsi que par un physiothérapeute, à [...], en raison de tensions cervicales.

Le 6 mai 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a communiqué à l'assurée qu'il prendrait en charge les coûts d'une remise en prêt d'un appareil acoustique pour l'oreille gauche.

Le 27 juillet 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a réalisé une expertise à la demande d'Assurances X.\_\_\_\_\_ SA. Il a posé les diagnostics de céphalées occipitales temporales chroniques d'origine indéterminée, de status après mastoïdectomie, résection d'un cholestéatome et tympanoplastie de l'oreille gauche avec surdité mixte séquellaire, et de trouble dépressif léger, d'origine réactionnelle probable, et a constaté une incapacité de travail totale de l'assurée pour son activité au sein de l'EMS A.\_\_\_\_\_. Une reprise partielle à 50% devrait toutefois survenir dès le 17 août 2009 et une reprise entière pourrait être envisagée en octobre 2009 à la fin de son engagement, mais il restait des incertitudes sur l'évolution des symptômes et la réponse aux thérapies. La profession d'agente de qualité actuellement exercée par l'assurée paraissait la mieux adaptée.

L'assurée a été licenciée de l'EMS A.\_\_\_\_\_ avec effet au 31 octobre 2009. Le salaire annuel réalisé à l'époque était de 8'775 fr. 35 pour une activité exercée à 20%. Pour la même année, son activité de maîtresse d'enseignement professionnel à 50% était rémunérée 52'518 fr. par an.

L'OAI a confié au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le soin de réaliser une expertise. Le 2 juillet 2010, celui-ci a établi un rapport dans lequel il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de :

- « - Status après mastoïdectomie radicale modifiée à gauche le 26.11.2008 pour cholestéatome attical et second look le 16.11.2009.
- Surdité mixte gauche sévère résiduelle.
- Déficit vestibulaire périphérique gauche séquellaire partiellement compensé uniquement avec inconfort du mouvement et de l'espace secondaire.
- Céphalées tensionnelles (éventuelle composante post-opératoire).
- Etat dépressif réactionnel ».

Il a notamment exposé ce qui suit :

#### « A. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

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

Mme W. \_\_\_\_\_ est une patiente âgée actuellement de 61 ans, jusqu'ici en bonne santé habituelle, préalablement enseignante à 50 % dans une école professionnelle et agente de qualité dans un EMS pour l'autre 50 %.

L'affection en relation avec la présente appréciation remonte à début 2008 où Mme W. \_\_\_\_\_ s'est rendu compte d'un manque de perception auditive progressif de son oreille gauche. Après une première suspicion de syndrome de Cogan, les investigations pratiquées ont débouché sur un diagnostic de cholestéatome de l'oreille gauche traité par mastoïdectomie radicale modifiée le 26.11.2008. L'intervention susmentionnée n'a malheureusement pas eu d'effet sur les troubles de l'audition et la situation va se compliquer de l'apparition de cervico-scapulalgies et d'hémicrâniées gauches quotidiennes à type de pression-étai, de troubles de l'équilibre selon le dossier et d'intenses vertiges selon la patiente avec un état anxio-dépressif réactionnel.

Outre l'intervention susmentionnée, Mme W. \_\_\_\_\_ « bénéficiera » d'un second look par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 16.11.2009 qui n'apportera aucune amélioration significative aux plaintes.

De nombreux traitements seront tentés comportant corticothérapie, AINS, antalgiques, anti-vertigineux, anti-nauséeux, physiothérapie cervicale et vestibulaire, prise en charge psychologique et tentative d'audioprothèse.

Jusqu'ici, les différents traitements mentionnés plus haut n'apporteront pas d'amélioration bien significative bien que la patiente signale néanmoins que les sensations vertigineuses ont régressé.

En raison des troubles susmentionnés, Mme W. \_\_\_\_\_ ne reprendra pas ses activités professionnelles préalables à plus de 20 % avec par la suite retour à une incapacité de travail complète.

Actuellement, Mme W. \_\_\_\_\_ est au bénéfice d'un traitement comportant physiothérapie cervicale, psychothérapie de soutien, rééducation de la voix, Dafalgan et Zoloft. Elle a renoncé au port de sa prothèse auditive.

Elle n'a pas repris son activité professionnelle.

Les plaintes actuelles comportent une hypoacousie sévère de l'oreille gauche, une impossibilité de localiser les sons et les voix dans l'espace, les difficultés à suivre une conversation à plusieurs, occasionnellement quelques troubles de l'équilibre, des cervico-scapulalgies et des hémicrâniées gauches quotidiennes plus ou moins importantes à type de pression-étai, un manque de moral avec difficultés à surmonter le handicap et des troubles du sommeil.

En résumé, l'examen neurologique effectué dans le cadre du présent bilan ne révèle aucune anomalie significative hormis une importante baisse de l'audition de l'oreille gauche et une baisse de l'audition modérée de l'oreille droite. On relèvera tout particulièrement l'absence de limitation de la mobilité de la nuque dont la mobilisation est totalement indolore et avec des muscles paracervicaux et un chef supérieur du trapèze bilatéralement ni sensibles ni contracturés ce qui permet d'écarter une éventuelle origine cervicale aux troubles algiques. On relèvera également que, à l'examen clinique « au lit du malade », aucun trouble majeur de l'équilibre n'est objectivé même si le bilan otoneurologique vestibulaire pratiqué ultérieurement par le Dr G.\_\_\_\_\_ démontre clairement une insuffisance vestibulaire périphérique gauche partiellement compensée.

J'ai revu l'IRM cérébrale effectuée au CIMM le 12.6.2009. Cet examen met en évidence de petits troubles vasculaires banals et aux dires du radiologue un comblement partiel des cellules pétromastoïdiennes ddc avec prise de contraste de la muqueuse. Cet examen ne révèle pas de processus expansif au niveau de l'angle ponto-cérébelleux ou d'autres pathologies intra-cérébrales susceptibles d'expliquer les plaintes.

Après discussion avec le Dr R.\_\_\_\_\_, au vu des plaintes formulées par la patiente et des constatations cliniques, décision a été prise de compléter le bilan neurologique par un bilan otoneurovestibulaire détaillé.

Comme mentionné ci-dessus, cet examen met en évidence une surdité mixte gauche sévère résiduelle, une presbyacousie droite légère et un déficit vestibulaire périphérique gauche séquellaire partiellement compensé avec inconfort du mouvement et de l'espace secondaire.

En conclusion, sur la base des éléments à notre disposition, Mme W.\_\_\_\_\_ présente des cervico-céphalalgies gauches d'origine tensionnelle en relation avec les conséquences psychologiques de ces problèmes cochléo-vestibulaires. Il est possible qu'existe une composante post-opératoire mais cela est bien difficile à identifier dans le contexte actuel. Les éléments à notre disposition permettent d'écarter une affection neurologique et ophtalmologique à la symptomatologie. Le bilan otoneurovestibulaire de même que les différents bilans ORL pratiqués préalablement mettent en évidence sans doute aucune (sic) une surdité mixte gauche sévère et le récent bilan ORL permet d'objectiver un déficit vestibulaire gauche séquellaire.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement de Dafalgan, de Zolof et la psychothérapie de soutien. La rééducation de la voix paraît avoir un certain sens. La physiothérapie cervicale est d'indication douteuse. Au traitement précité, le Dr G.\_\_\_\_\_ propose d'ajouter un traitement de physiothérapie vestibulaire de complément, ce qui paraît effectivement souhaitable au vu des plaintes et des constatations ORL. Il n'y a semble-t-il pas d'autres mesures thérapeutiques que l'on puisse envisager. On pourrait éventuellement remplacer le traitement de Zolof par un autre anti-dépresseur agissant à la fois sur la dépression mais également sur

les céphalées par un mécanisme de réabsorption de la noradrénaline et de la sérotonine telle que le Triptyzol, le Cymbalta ou l'Efexor. Il est néanmoins assez peu probable que cette modification de l'anti-dépresseur ait des conséquences majeures sur l'état de santé de la patiente.

Théoriquement, une meilleure adaptation audioprothétique (si cela est réellement possible) serait de nature à améliorer les problèmes d'audition de Mme W. \_\_\_\_\_ et sa capacité de travail. Néanmoins, il semble que les diverses tentatives effectuées jusqu'ici se soient avérées un échec et que la patiente ne porte pas sa prothèse auditive. Reste que rien n'empêche de tenter une nouvelle fois une adaptation prothétique avec les modifications suggérées par la Dr J. \_\_\_\_\_ lors de la consultation pratiquée aux [...].

Sur le plan de la capacité de travail, je rejoins l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_, à savoir que Mme W. \_\_\_\_\_, en l'état actuel des choses, présente une incapacité de travail complète dans l'activité d'enseignante, ceci essentiellement en raison des problèmes auditifs et à moindre degré vestibulaire étant donné que l'on sait bien qu'une surdité, même unilatérale, handicape fortement les patients dans la localisation des voix et des sons et dans toute conversation à plusieurs. À cela s'ajoute le petit déficit vestibulaire expliquant au moins en partie l'instabilité dont se plaint la patiente.

Pour les éléments susmentionnés, je conclus donc à une incapacité de travail vraisemblablement définitive dans l'activité d'enseignante, ceci au vu de l'âge de la patiente. Théoriquement, comme mentionné plus haut, on pourrait penser qu'une meilleure adaptation prothétique serait de nature à améliorer la capacité de travail de la patiente, mais il est peu probable que cela suffise, même avec une bonne adaptation, à permettre à Mme W. \_\_\_\_\_ de reprendre son activité d'enseignante.

S'agissant des céphalées, je considère que, même si elles sont visiblement quotidiennes et handicapantes, elles ne constituent pas un élément invalidant justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail per se.

Aux éléments somatiques proprement dits paraissent s'ajouter les conséquences psychologiques des troubles avec un état anxio-dépressif péjorant très certainement les conséquences de l'atteinte cochléo-vestibulaire et jouant un rôle dans les céphalées hémicrâniennes gauches qui n'ont pas un caractère de migraine, de névralgie, mais bien de céphalées tensionnelles.

Si Mme W. \_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail totale dans l'activité d'enseignante, les éléments à notre disposition ne permettent par contre pas de retenir une incapacité de travail significative dans l'activité d'agente de qualité dans un EMS ou dans un autre établissement similaire. Cette appréciation est formulée à la réserve qu'un bilan psychiatrique ne démontre un état anxio-dépressif suffisamment important pour justifier per se une incapacité de travail dans cette composante de l'activité exercée préalablement par Mme W. \_\_\_\_\_.

En conséquence de ce qui précède, je répondrai à la partie B du questionnaire de la façon suivante :

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

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

#### *Au plan physique*

Mme W. \_\_\_\_\_ présente une surdité gauche sévère entraînant des difficultés d'audition tout particulièrement en public ainsi qu'une difficulté de localisation des sons.

#### *Au plan psychique et mental*

Probable état anxio-dépressif réactionnel.

#### *Au plan social*

Apparemment pas de limitation.

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

Pour les éléments développés plus haut, l'activité d'enseignante n'est vraisemblablement plus exigible, ceci depuis l'apparition de l'incapacité de travail le 26.11.2008.

En ce qui concerne l'activité d'intendante/agente de qualité, après une période d'incapacité de travail faisant suite à l'intervention chirurgicale et au temps de réadaptation vestibulaire que l'on peut estimer d'une durée de 6 mois après la première intervention chirurgicale, la capacité de travail est redevenue complète dans cette composante de l'activité professionnelle de Mme W. \_\_\_\_\_, ceci à la réserve qu'un bilan psychiatrique ne détermine l'existence d'un état anxio-dépressif motivant per se une incapacité de travail ultérieure.

Actuellement, sur le plan somatique (neurologique et ORL), Mme W. \_\_\_\_\_ présente donc une incapacité de travail totale et vraisemblablement définitive au vu de son âge dans l'activité d'enseignante et une capacité de travail complète dans l'activité d'agente de qualité/intendante.

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

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

Au vu de l'âge de la patiente et de l'état psychologique, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Si oui, par quelles mesures, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail ?**

Dans l'activité d'enseignante, bien que théoriquement une meilleure adaptation de la prothèse auditive puisse améliorer la capacité de travail effective, de facto, il paraît plus raisonnable d'admettre une incapacité de travail totale et définitive au vu du résultat des différents traitements tentés jusqu'ici et du contexte psychologique.

Dans l'activité d'intendante/agente de qualité, la poursuite du traitement médical actuel, une physiothérapie vestibulaire, éventuellement une adaptation de la prothèse auditive selon les directives de la Dr[e]sse J. \_\_\_\_\_ seraient de nature à améliorer encore l'adaptation au poste de travail ; néanmoins, pour les éléments développés plus haut, nous admettons que la capacité de travail somatique de Mme W. \_\_\_\_\_ dans cette composante de son activité est déjà complète.

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

Théoriquement oui. Il s'agirait d'une activité ne nécessitant pas une bonne audition, ne se déroulant pas dans un milieu bruyant et nécessitant des conversations. Dans une telle activité, la capacité de Mme W. \_\_\_\_\_ sur le plan neurologique et ORL serait de 100 % (plein-temps avec rendement de 100 %). Cette appréciation ne tient pas compte des éléments psychologiques qui devront être appréciés par une expertise psychiatrique ».

Dès le 1<sup>er</sup> août 2010, l'assurée a retrouvé un emploi à 50%, à savoir 10% comme responsable qualité et 40% comme intendante, pour N. \_\_\_\_\_, à [...]. Son salaire mensuel brut était, en 2011, de 3'839 fr. 25, versé treize fois l'an, soit un revenu annuel de 49'910 fr. 25.

Dans un rapport adressé le 11 novembre 2010 à l'assureur-maladie (Assurance-maladie Z. \_\_\_\_\_ SA), le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que le traitement de l'assurée était terminé et que le pronostic était bon ; il avait attesté une incapacité de travail totale du 4 février au 4 mai 2010, puis une incapacité de travail de 50% jusqu'au 23 août 2010, et renvoyait à la Dresse T. \_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste de l'assurée, pour la période postérieure.

L'OAI a ensuite mandaté la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise

psychiatrique. Dans un rapport du 31 décembre 2010, ce médecin a notamment exposé ce qui suit :

« [...]

## **A. QUESTIONS CLINIQUES**

[...]

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

Mme W. \_\_\_\_\_, 61 ans, d'origine suisse, divorcée, mère de deux enfants adultes, est au bénéfice d'un diplôme pédagogique obtenu dans le canton de [...]. Madame travaille dans ce domaine jusqu'à la naissance de sa fille en [...]. Par la suite, elle alterne des remplacements jusqu'en 1981.

En 1981, après son divorce, l'expertisée travaille comme intendante dans un EMS, son diplôme pédagogique n'étant pas reconnu dans le canton de Vaud ni dans le nouveau canton du Jura.

En 1991, elle obtient un diplôme d'intendante et en parallèle, donne des cours d'économie familiale à des futures apprenties. Par la suite, Madame partage son travail d'intendance et de responsable des critères de qualité à 50 % et un autre 50 % à l'école professionnelle de [...] en tant qu'enseignante.

Dès le 26.11.2008, l'expertisée est en arrêt de travail après une opération d'un cholestéatome entraînant une surdité.

Le 06.02.2009, Madame requiert des prestations AI.

Dès le 17.04.2009, Mme W. \_\_\_\_\_ reprend une activité à 20 %.

Le 16.11.2009, Madame subit une deuxième opération de l'oreille gauche. Alors que Madame attendait beaucoup de cette opération et d'une mise en place d'une prothèse, sa surdité reste toujours sévère. Confrontée à ce handicap et à l'impossibilité de reprendre une activité d'enseignante, l'expertisée décompense sur un mode dépressif.

Dès le 04.02.2010, Mme W. \_\_\_\_\_ est suivie par le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre. Ce dernier retient un état dépressif réactionnel sévère à une maladie somatique et introduit un traitement de sertraline (Zoloft® 50 mg par jour). Il atteste d'une incapacité de travail de 100 % du 04.02.2010 au 03.05.2010 puis de 50 % jusqu'à fin août 2010. La thérapie est cess e. Selon le Dr B. \_\_\_\_\_, Mme W. \_\_\_\_\_ avait bien réagi à l'antidépresseur et aux entretiens psychothérapeutiques.

Dans l'anamnèse, après un divorce en 1981, on relève un premier épisode dépressif de plusieurs mois nécessitant une psychothérapie et la mise en place d'un traitement antidépresseur.

La notion d'un deuxième épisode dépressif, entrecoupé d'une longue période de rémission, permet de retenir à ce jour le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

A l'examen clinique de ce jour, l'expertisée présente une humeur dépressive, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, un sentiment de dévalorisation, une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer auxquels Madame relate des troubles de l'endormissement. Ces symptômes correspondent à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Mme W.\_\_\_\_\_ frappe également par un ralentissement psychomoteur, une certaine lenteur (même dans ses gestes) ainsi qu'une diminution des ressources psychiques.

A relever un taux sérique bas d'antidépresseur raison pour laquelle la dose de sertraline devrait être augmentée. Un taux sérique est indiqué ultérieurement.

L'expertisée peut fonctionner au quotidien et les loisirs sont maintenus.

Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique entraîne comme limitations une baisse de l'énergie vitale, une difficulté à accepter son handicap et ses limites, une diminution de la confiance en soi, des troubles de l'attention et de la concentration et un ralentissement psychomoteur.

Ces limitations interfèrent de 40 %, tant dans l'activité d'enseignante que d'administratrice.

Cette situation devrait être réévaluée dans une année.

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

Le pronostic paraît favorable pour autant que Mme W.\_\_\_\_\_ exerce une activité à 60 % dans un premier temps.

## **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

Des limitations qualitatives et quantitatives sont présentes en relation avec le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, à savoir : une baisse de l'énergie vitale, une difficulté à accepter son handicap et ses limites, une diminution de la confiance en soi, des troubles de l'attention et de la concentration et un ralentissement psychomoteur.

[...]

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

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

La diminution de la thymie, la difficulté à accepter le handicap acoustique et les répercussions professionnelles, l'intolérance au bruit, la réduction de l'énergie vitale, la fatigabilité, le ralentissement psychomoteur et les difficultés d'attention et de concentration interfèrent sur l'activité exercée jusqu'ici.

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

La capacité résiduelle de travail est de 60 %.

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

Oui, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 5 heures par jour.

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

Dans une activité à 60 %, pas de diminution du rendement.

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

Incapacité de travail de 20 % au moins depuis début 2010.

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

Depuis début 2010 jusqu'au 03.05.2010 (certificat du Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute FMH), incapacité de travail de 100 % en raison d'un épisode dépressif sévère.

Depuis le 04.05.2010 jusqu'à fin août 2010 (arrêt de la thérapie), incapacité de travail de 50 %.

Depuis septembre 2010 jusqu'à ce jour, incapacité de travail de 40 %.

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

Le trouble psychique interfère en partie sur l'adaptation à un environnement professionnel.

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

[...]

**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 ?

D'autres activités sont envisageables, ceci dans un milieu peu bruyant, avec peu de personnes à la fois, nécessitant peu de concentration et de rapidité.

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

L'activité adaptée peut être exercée à 60 %, soit 5 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 60 % ».

Le 17 janvier 2011, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a pris position sur le dossier et proposé d'admettre une incapacité de travail de 100% du 26 novembre 2008 au 14 avril 2009, de 80% du 15 avril au 1<sup>er</sup> juin 2009, de 100% du 2 juin au 18 août 2009, de 80% du 19 août au 31 décembre 2009, de 100% du 1<sup>er</sup> janvier au 3 mai 2010, de 50% du 4 mai au 31 août 2010 et de 40% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a considéré que la surdité - importante à gauche et plus modérée à droite - n'était plus compatible avec une activité d'enseignante. Le trouble dépressif avait entraîné une incapacité de travail totale au début de l'année 2010, mais évoluait favorablement et était compatible avec une exigibilité à 50% comme agente de qualité, puis à 60% dès septembre. La capacité de travail pourrait encore s'améliorer, ce qui pourrait justifier une révision après une année. Les limitations fonctionnelles à prendre en considération étaient la surdité, la difficulté à localiser la provenance des sons, une intolérance aux milieux bruyants, une baisse d'énergie vitale, une difficulté à accepter son handicap, des troubles de l'attention et de la concentration, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur.

Le 25 mai 2011, lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée a exposé qu'elle avait eu plusieurs

accidents, la plupart sans gravité, en raison de chutes causées par un manque d'équilibre. Elle s'était tout de même cassée un bras lors de la dernière chute, ce qui lui tombait à nouveau sur le moral. Elle s'était faite poser une nouvelle prothèse auditive, qui avait considérablement amélioré son audition et son orientation dans l'espace. Son médecin traitant lui proposait de diminuer son taux d'activité, car elle estimait que 50% était excessif ; elle y réfléchissait, mais voulait encore attendre, dans l'espoir d'une amélioration de ses problèmes d'équilibre et parce qu'elle souhaitait aller au bout de la mise en place de tout le système qualité qu'elle avait commencé à développer. Elle entreprendrait de la physiothérapie vestibulaire en vue d'améliorer son équilibre, après avoir dû reporter cette démarche à plusieurs reprises.

Le 15 août 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 août 2010, puis d'une demie rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2010, et, enfin, d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Selon ce projet de décision, l'assurée avait recouvré, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, une capacité de travail de 60% dans l'activité d'agente de qualité. Elle pouvait y réaliser un revenu de 53'390 fr. 40, alors que, sans invalidité, elle aurait réalisé un revenu de 97'786 fr. comme enseignante et agente de qualité, ce qui portait son taux d'invalidité à 45% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010 et entraînait une diminution des prestations allouées à un quart de rente dès le premier jour du troisième mois qui avait suivi l'amélioration.

Le 4 septembre 2011, l'assurée a contesté le projet de décision du 15 août 2011. Elle a exposé que son état de santé s'était péjoré pendant l'été et qu'elle avait perdu l'ouïe du côté droit. Une intervention chirurgicale était prévue le 12 septembre 2011.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a procédé à une exérèse d'un cholestéatome droit à la date prévue. Dans un rapport intermédiaire à l'OAI établi le 17 novembre 2011, il a indiqué que cette intervention avait entraîné une incapacité de travail de deux

semaines. Le dernier contrôle avait eu lieu le 7 octobre 2011. Aux questions relatives aux restrictions médicales à l'exercice de l'activité professionnelle habituelle, il a répondu « pas de modification ».

Par décision du 21 novembre 2011, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Il a précisé qu'une décision sur le droit aux prestations pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 30 novembre 2011 lui serait notifiée ultérieurement.

Le 24 novembre 2011, l'assurée a écrit à l'OAI que l'opération réalisée le 12 septembre 2011 ne lui avait pas permis de récupérer l'ouïe de son oreille droite. Déroutée par cette baisse d'audition, elle était à la recherche de moyens auxiliaires pouvant améliorer sa surdité bilatérale. Par courrier adressé à l'OAI le 25 novembre 2011, elle a contesté la capacité de travail de 60% retenue par celui-ci et exposé que son état de santé s'était détérioré en raison d'une maladie à son oreille droite, qui avait entraîné un arrêt de travail attesté par son médecin traitant généraliste, la Dresse T.\_\_\_\_\_.

**B.**           **a)** Le 22 décembre 2011, W.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision rendue le 21 novembre 2011 par l'OAI. Elle en demande la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009, pour une durée indéterminée. A titre subsidiaire, elle requiert que trois quarts de rente lui soient alloués dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009, pour une durée indéterminée. Plus subsidiairement encore, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**b)** Le 16 janvier 2012, N.\_\_\_\_\_ a déposé une « demande de détection précoce » auprès de l'OAI, en faveur de la recourante.

Le 30 janvier 2012, l'OAI a rendu une décision d'allocation d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au

31 août 2010, puis d'une demie rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2010, et enfin d'un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 30 novembre 2011. Cette décision complétait celle rendue le 21 novembre 2011 pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011.

Le 4 février 2012, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a établi un rapport intermédiaire à l'intention de l'OAI. Elle y a attesté une incapacité de travail totale depuis le 5 septembre 2011 en raison d'un status post-mastoïdectomie radicale gauche, d'un status post-mastoïdectomie droite et d'un état dépressif réactionnel. Une augmentation de la capacité de travail à 30%, dans l'activité d'intendante, pouvait être envisagée par la suite, en fonction de l'adaptation des moyens auxiliaires qui seraient proposés à la recourante. Elle a joint à ce rapport intermédiaire un rapport qu'elle avait adressé le 29 décembre 2011 au mandataire de la recourante et dans lequel elle exposait que cette dernière avait constaté une baisse de l'ouïe à droite en été 2011, ce qui avait provoqué chez elle une grande inquiétude. Le diagnostic d'un deuxième cholestéatome avait été posé et l'intéressée s'était soumise à une mastoïdectomie le 12 septembre 2011. Cette situation était moralement très difficile à accepter, car l'assurée devait se faire à l'idée d'une nouvelle intervention (« Second look ») dans un délai de dix mois. Elle n'était actuellement pas en état ni physique ni psychique pour reprendre son activité professionnelle, même à un pourcentage réduit, et il était probable qu'elle ne serait plus jamais en mesure de travailler à un taux supérieur à 30%.

Pour sa part, le Dr B.\_\_\_\_\_ a établi, le 6 février 2012, un rapport à l'intention de l'OAI, dans lequel il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sévère par période, et attesté une incapacité de travail totale depuis le mois de septembre 2011, en raison de troubles liés à l'état dépressif. La patiente était actuellement trop émotionnelle pour les relations de travail, et la fatigue ainsi que les troubles de concentration empêchaient l'activité professionnelle. Dans l'anamnèse médicale, le Dr B.\_\_\_\_\_ a exposé que l'opération du 12

septembre 2011 avait été suivie de complications et que la recourante avait fait une rechute dépressive.

Dans un avis médical du 27 février 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_ a noté que les Drs T.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ attestaient une incapacité de travail totale depuis le 5 septembre 2011, que cette aggravation était réelle et qu'elle devait être prise en compte. Les conditions pour une augmentation de la rente à 100% étaient d'ores et déjà réunies trois mois après l'aggravation, de sorte que la recourante pouvait prétendre à une rente entière dès le mois de décembre 2011. Médicalement parlant, il faudrait refaire le point en été 2012.

Le 1<sup>er</sup> mars 2012, N.\_\_\_\_\_ a exposé à l'OAI avoir dû licencier la recourante, car son état ne lui permettait plus de répondre aux exigences de sa fonction.

**c)** Le 13 mars 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a notamment exposé que l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis le 5 septembre 2011, attestée par les Drs T.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, d'une part, et confirmée par le SMR dans un avis médical du 27 février 2012, d'autre part, ne pouvait entraîner une augmentation du droit à la rente qu'après un délai d'attente de trois mois, soit à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011. La décision litigieuse était antérieure à cette date, de sorte que l'aggravation de l'état de santé ne pourrait être prise en considération que dans le cadre d'une demande ultérieure.

La recourante s'est déterminée le 31 mai 2012 et a maintenu ses conclusions.

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

**1.**        **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances 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 et, en assurance-invalidité, par l'art. 69 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009. Le Tribunal statuera sur ce droit au regard de l'évolution des circonstances jusqu'au moment de la décision litigieuse du 21 novembre 2011 (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b).

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (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% au moins (let. c). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

**b)** L'art. 8 al. 1 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 2<sup>e</sup> phr. LPGA).

Cette définition de l'invalidité 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'invalidité »); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

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

de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2011). Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier octroi.

**4.** L'intimé a estimé que, sans invalidité, la recourante aurait réalisé, en 2009, un revenu de 97'786 francs. Compte tenu des renseignements communiqués par l'employeur, cette constatation ne prête pas flanc à la critique. La recourante ne soulève d'ailleurs aucun grief sur ce point, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail.

**5. a)** L'intimé a considéré que la recourante disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 4 mai 2010 et de 60% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, dans l'activité d'intendante/gérante de qualité. Compte tenu des rapports établis par les Drs M.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ - qui revêtent une pleine valeur probante, dès lors qu'il remplissent les critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3a) -, cette constatation ne prête pas flanc à la critique. Contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr B.\_\_\_\_\_ n'a pas attesté une incapacité de travail de 50%, en raison de troubles psychiques, pour la période postérieure au mois d'août 2010, à partir de laquelle l'assurée a cessé ses consultations auprès de ce médecin. Dans un rapport du 11 novembre 2010 à Assurance-maladie Z.\_\_\_\_\_ SA, il a exposé que le traitement était terminé et que le pronostic était bon ; il a attesté une incapacité de travail totale du 4 février au 4 mai 2010, puis une incapacité de travail de 50% jusqu'au 23 août 2010, et renvoyait à la Dresse T.\_\_\_\_\_ pour la période postérieure. Cette dernière a certes continué à attester une incapacité de travail de 50%, mais aucun rapport détaillé n'en expose les motifs. En l'absence de toute poursuite du

traitement psychiatrique, il n'est pas vraisemblable qu'une affection psychique ait pu justifier le maintien d'une incapacité de travail de 50% ; quant aux atteintes à la santé somatique présentées par la recourante, l'avis de la Dresse T.\_\_\_\_\_ est contredit par les rapports établis de manière détaillée et convaincante par les Drs M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_.

**b)** L'intimé a estimé que la recourante aurait pu réaliser un revenu de 44'492 fr. dans l'activité d'intendante/agente de qualité, exercée à 50%, entre mai et août 2010, puis de quelque 53'390 fr. dans cette même activité, exercée à 60%. Il s'est fondé sur le revenu réalisé à l'EMS A.\_\_\_\_\_, qu'il a adapté à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2009, ainsi qu'au taux d'activité raisonnable exigible pour la recourante. Le revenu annuel réalisé par la recourante pour N.\_\_\_\_\_, à 50%, dès le mois d'août 2010 (49'910 fr. 25), confirme que l'intimé n'a pas surestimé la capacité résiduelle de gain de la recourante. Cette dernière demande qu'une déduction de 20% au moins soit effectuée pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et d'une diminution de rendement. Ces facteurs, en particulier la diminution de la thymie, l'intolérance au bruit, la réduction de l'énergie vitale, la fatigabilité, le ralentissement psychomoteur, ainsi que les difficultés d'attention et de concentration, sont toutefois déjà intégrés dans la diminution de 40% de sa capacité de travail qui lui a été reconnue par la Dresse D.\_\_\_\_\_. Il s'ensuit que l'intimé a fixé à juste titre le taux d'invalidité de la recourante à 55% pour la période de mai à août 2010, puis à 45% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010. Il a modifié les prestations allouées en tenant compte du délai de carence de trois mois prévu par l'art. 88a RAI, ce qui est conforme à la loi.

**6.** La recourante a allégué une péjoration de son état de santé à partir de l'été 2011, en raison d'une diminution de son ouïe à droite et d'une aggravation de son état dépressif. Dès le 5 septembre 2011, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100%, de même que le Dr B.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 27 février 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_ a considéré que l'aggravation et l'incapacité de travail attestées par ces médecins étaient bien réelles et devaient être prises en compte. Il n'y a

pas lieu de s'écarter de cette constatation. L'intimé considère toutefois qu'un délai de carence de trois mois est applicable, de sorte que sa décision du 21 novembre 2011 n'avait pas à tenir compte de cette aggravation. On ne saurait le suivre sur ce point. En effet, l'art. 88a al. 2 RAI prévoit l'application par analogie de l'art. 29bis RAI. En l'occurrence, la recourante s'est vue allouer une rente d'invalidité en raison d'une surdité bilatérale mixte, sévère à gauche, et d'un trouble dépressif. Elle présentait également un déficit vestibulaire périphérique gauche séquellaire à la mastoïdectomie subie en novembre 2008. La rente entière a été réduite à une demie rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, soit moins de trois ans avant la péjoration de l'état de santé constatée en septembre 2011. Cette péjoration consiste en une aggravation des problèmes auditifs à droite, ce qui a rendu nécessaire une mastoïdectomie à droite le 12 septembre 2011, ainsi qu'en une aggravation du trouble dépressif. Il s'agit des mêmes atteintes à la santé que celles pour lesquelles la recourante était déjà au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité, ou en tout cas d'atteintes très étroitement liées, ce qui justifie l'application par analogie de l'art. 29bis RAI. La recourante a donc droit, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, à une rente entière d'invalidité et le recours doit être admis sur ce point. Il appartiendra à l'intimé, s'il estime qu'une amélioration de l'état de santé a pu se produire postérieurement au 21 novembre 2011 et qu'une nouvelle diminution du droit à la rente est envisageable - ce qui paraît toutefois peu probable, au vu de la sévérité des troubles auditifs de la recourante, ainsi que de son âge -, de reprendre l'instruction de la cause et de statuer à nouveau.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, les prestations allouées pour la période antérieure étant maintenues.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant de ceux-ci est

fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Par ailleurs, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause et qui est représentée par un mandataire professionnel, a droit à l'allocation de dépens, fixés à 2'400 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 21 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011. Les prestations allouées pour la période antérieure sont maintenues.
  
- III. L'intimé versera à la recourante une indemnité de dépens de 2'400 fr. (deux mille quatre cents francs).
  
- IV. Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- DAS Protection Juridique SA (pour W. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :