

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 janvier 2015

---

Présidence de M. MERZ, juge unique

Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Belmont-sur-Lausanne, recourante, représentée par  
Me Marc-Antoine Aubert, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 8, 16, 17, 50 LPGA ; art. 28 et 28a LAI**

## **E n f a i t e t e n d r o i t :**

**1.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1950, a été élevée dès sa première enfance dans une famille d'accueil. Après son école obligatoire, elle a acquis en 1968 un CFC de tailleur pour messieurs. Par la suite, elle a effectué une formation d'auxiliaire de santé et travaillé pour [...] en qualité de veilleuse dans l'accompagnement des personnes en fin de vie entre 1986 et 2002.

**2.** En date du 11 août 2002, l'assurée a signé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) qui n'a toutefois été déposée qu'en août 2003. Comme atteintes à la santé, elle a indiqué des problèmes de dos depuis 1954, des affections ORL et respiratoires depuis 1999 et des états d'anxiété intermittents depuis 1983.

**a)** Dans un rapport médical du 12 septembre 2003, la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des « troubles somatoformes chez une patiente anxieuse et dépressive présentant de grosses difficultés relationnelles et des troubles de la personnalité ». Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont « sinusites à répétition avec épisode d'aphonie. HTA [réd. : hypertension artérielle] stabilisée ». Elle a indiqué le nom de six médecins qui suivaient l'assurée. Elle a joint différents rapports médicaux de médecins (Drs W.\_\_\_\_\_, [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...]) datant de 1999 à 2002. Au sujet d'une activité, la doctoresse remarque ce qui suit :

« L'anamnèse est imprécise quant aux dates et aux motivations de l'arrêt de travail ; ce problème est dû au fait que la patiente est suivie par de nombreux médecins et qu'elle ne signale pas systématiquement qu'elle consulte ailleurs.

Sur le plan physique, lors de l'examen du 10.09.03, la patiente est en état général satisfaisant. [...]

Les troubles somatiques présentés par la patiente ne motivent pas à eux seuls des incapacités de travail d'aussi longue durée et me paraissent plutôt devoir être compris comme des signes d'appel chez une patiente angoissée, dépressive et très perturbée dans sa relation avec autrui. Elle a commencé depuis plus d'une

année un travail en profondeur avec le [psychiatre] Dr P.\_\_\_\_\_, qui lui permet de mieux assumer son passé. Elle ne se sent cependant pas capable de reprendre le travail et elle ne s'estime plus en état d'assumer des veilles. La reprise d'une activité professionnelle ou une réinsertion dans un autre cadre me paraissent problématique en tout cas pour le moment. »

**b)** Dans un rapport médical du 8 octobre 2003, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une « aphonie - dysphonie d'origine mixte soit fonctionnelle + psychogène ». Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont : dysfonction nasale chronique/polypose, céphalées, gêne respiratoire trachiale avec composante asthmatique.

**c)** Dans un rapport médical du 19 octobre 2003, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une « dépression d'épuisement avec complications psychosomatiques sévères, asthme, aphonie, arthrose colonne hanche Dr [réd. : droite] » depuis début 2002. En raison de la dépression, elle a retenu une incapacité de travail de 100 % du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 31 juillet 2003 et de 50 % du 1<sup>er</sup> août 2003 « à ce jour ». Selon elle, l'assurée ne pouvait plus exercer le métier d'aide soignante, ni celui de tailleuse. Une activité à 50 % d'animatrice d'atelier pour handicapés était envisageable, mais l'assurée devait être formée, vu qu'elle n'avait pas de diplôme dans ce domaine.

**d)** Dans un rapport médical du 17 décembre 2003 le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des lombalgies chroniques, une sinusite chronique, une pathologie des cordes vocales et des migraines. Il a retenu diverses limitations fonctionnelles (éviter le port de charges lourdes, les déplacements répétitifs, la montée/descente d'escaliers ; être particulièrement attentif aux positions de travail).

**e)** Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a formulé des conclusions le 15 septembre 2004.

Le 15 novembre 2004, une enquête économique sur le ménage avec rapport a été entreprise par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il en ressort notamment ce qui suit :

« L'assurée nous informe ensuite du départ de son mari du domicile conjugal il y a 2 mois ½. Elle se retrouve seule avec un deuil supplémentaire à faire, sans compter tout ce qu'elle doit entreprendre au niveau administratif pour le divorce. [...]

Jusqu'à l'atteinte à la santé de 02 [réd. : 2002], l'assurée effectuait un taux de 20 à 50 % active qui suffisait à combler les manques du budget du couple. Depuis 2 mois ½ l'assurée vit seule. Le statut de 100 % active est donc justifié, l'assurée n'ayant plus de revenus. »

**3.** Lors d'entretiens avec un collaborateur de l'OAI des 21 décembre 2005 et 9 juin 2006, l'assurée a déclaré que son état de santé s'était aggravé. En décembre 2005, elle a fait valoir qu'elle devait se faire opérer de la hanche et avait également des problèmes de reins. En juin 2006, elle déclarait qu'elle avait en plus un problème oculaire. Elle avait été opérée en février 2006 du genou et en avril 2006 pour une prothèse de hanche. Elle renvoyait au chirurgien Dr T. \_\_\_\_\_ et à son médecin traitant, la Dresse N. \_\_\_\_\_. Par la suite, l'OAI a repris l'instruction.

La Dresse N. \_\_\_\_\_ a retenu dans un rapport du 30 juin 2006 comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

« - Troubles somatoformes chez une patiente anxiodépressive présentant de grosses difficultés relationnelles et des troubles de la personnalité.  
- Coxarthrose gauche opérée (avril 2006)  
- Diplopie sur strabisme. »

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient :

« - Dysphonie, aphonie psychogène.  
- HTA artérielle stabilisée.  
- Status après cure de varices (2005).  
- Status après menisectomie genou gauche. »

Au sujet de la capacité de travail, ce médecin a retenu que l'assurée n'avait pas retravaillé depuis 2002 et qu'elle était actuellement en rééducation suite à la pose d'une prothèse de hanche gauche en avril 2006. La Dresse N. \_\_\_\_\_ estimait que l'on ne pouvait pas exiger que l'assurée exerce une autre activité. Elle a retenu diverses limitations fonctionnelles. De plus, elle a remarqué que la motivation pour la reprise du travail était faible et que l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé serait important.

Dans un rapport du 19 mars 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit :

« 2. Dernier examen

Le 14 décembre 2006 : évolution favorable au niveau de la hanche gauche. Les radiographies sont dans la norme. Mobilité complète. Pas de douleur. La patiente signale des dorso-lombalgies, raison pour laquelle des séances de physiothérapie ont été proposées. [...]

4. Plaintes subjectives

Douleurs lombaires intermittentes.

5. Constatations objectives

Bassin et épaule à niveau. La percussion du rachis lombaire est algique. Rotations et inclinaisons latérales déclenchent des douleurs lombaires. Status neurologique dans la norme. »

Pour le reste, ce médecin a retenu que, vu les différents diagnostics, la patiente ne pourrait plus travailler comme aide infirmière ni comme veilleuse de nuit. Il pouvait toutefois être exigé de l'assurée qu'elle exerce une autre activité qui devrait être sédentaire, sans déplacement avec des charges lourdes, sans déplacements répétitifs et sans montée ou descente des escaliers. Une telle activité pourrait être exercée quatre à six heures par jour. Dans ce cadre horaire il faudrait s'attendre à une diminution du rendement de 25 %. Pour les problèmes de voix et de vue le médecin renvoyait aux spécialistes concernés. Dans le cadre de questions complémentaires au rapport, ce même médecin a déclaré qu'après l'opération du genou en février et de la hanche en avril (2006), l'évolution avait été favorable ; l'assurée ne présentait plus de douleurs à cet endroit. La durée de la convalescence avait été de trois mois. La capacité de travail dans une activité adaptée dès la fin de la convalescence était de 100 %. Les limitations à prendre en compte étaient

de ne pas faire de déplacement et de ne pas porter des charges. De plus, il lui fallait alterner les positions debout et assise.

**4.** Suite à un nouvel avis médical du SMR du 9 mai 2007, l'OAI s'est à nouveau adressé à différents médecins traitants de l'assurée.

**a)** Dans son rapport médical du 8 juin 2007, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a observé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. L'invalidité réelle était essentiellement due à la personnalité et au vécu de l'assurée ; le problème orthopédique limitait le type d'activité. Elle a répété que l'ancienne activité exercée ainsi qu'une autre activité n'étaient pas exigibles. Elle a renvoyé à différents documents de la Dresse S. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie auprès du CHUV, au sujet de la dysphonie fluctuante avec aphonies transitoires.

Dans un rapport du 18 juin 2007 à l'intention de l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin chef auprès de l'Hôpital [...], a retenu comme diagnostic avec répercussions sur la capacité travail : « exophorie décompensée, insuffisance de la convergence », existant depuis le 28 janvier 2005. Il a noté, après deux interventions ophtalmiques, une incapacité de travail de 100 % du 24 août 2005 au 3 septembre 2005 et du 21 décembre 2006 au 29 décembre 2006. Au sujet de son diagnostic, la capacité de travail était actuellement entière.

Dans le rapport du 25 juin 2007, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivant :

« Douleurs et impotence liées à des lombalgies et dorsalgies persistantes, anciennes, ainsi qu'une limitation fonctionnelle de sa hanche gauche.  
Status après mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche en 2007, avec limitations fonctionnelles. »

Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la doctoresse indiquait les aphonies-dysphonies fonctionnelles. L'état de santé de l'assurée était stationnaire. L'incapacité de travail en tant qu'auxiliaires de santé était de 100 % depuis 2001 et « en cours ».

Dans un rapport médical du 13/25 juillet 2007, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de dépression chronique associée à de nombreux troubles somatiques et psychosomatiques avec un traitement médicamenteux antidépressif permanent, diagnostic existant depuis printemps 2002. Selon la doctoresse on ne pouvait exiger que l'assurée reprenne son ancienne activité ou une autre activité.

Sur requête de l'OAI, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a indiqué le 14 septembre 2007 le traitement médicamenteux psychotrope de l'assurée ainsi que les dates de consultations en 2006 et 2007 (environ une par mois depuis juillet 2006, plus fréquemment de janvier à juin 2006).

**b)** A la demande du SMR et de l'OAI, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre. L'expert désigné, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 16 janvier 2008. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a établi la liste suivante de diagnostics sans répercussion sur la capacité travail :

- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).
- Personnalité dépendante (F60.7) ayant des traits sensitifs (F60.0).
- Difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61).
- Aphonies-dysphonies fonctionnelles, existant depuis 2001.
- Douleurs et impotence liées à des lombalgies et dorsalgies persistantes, anciennes, ainsi qu'une limitation fonctionnelle de la hanche gauche existant depuis 2000.
- Statut après mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche en 2007, avec limitations fonctionnelles.
- Exophorie décompensée, insuffisance de la convergence, existant depuis 2005.
- Hypermétropie forte bilatérale.

Sous le titre « appréciation du cas et pronostic » (pp. 24 ss du rapport), le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

[p. 24] « Cette assurée a sûrement vécu une enfance difficile marquée par le placement dans une famille d'accueil avec une mère dépressive et maltraitée par son mari, un homme devenant violent sous l'effet de l'alcool. Ce contexte familial dans lequel l'assurée a joué souvent le rôle de tampon entre ses parents adoptifs fait que l'assurée a développé des traits d'une personnalité abandonnique aussi appelé dépendante avec des traits sensitifs. [...]

[p. 25] Les traits de personnalité sont accompagnés par des traits masochistes importants, ceci étant le résultat des abus sexuels à répétition dont l'assurée a été victime pendant son enfance et adolescence.

Ces traits masochistes sont à l'œuvre dans la relation avec son ex-mari, relation de soumission de l'assurée envers lui, malgré la séparation elle lui reste encore attachée.

L'assurée présente aussi une certaine tendance à la somatisation, aphonie fonctionnelle par exemple.

Malgré un passé infantile difficile et certainement pathologique, l'assurée a fait preuve tout au long de sa vie et notamment pendant sa vie d'adulte d'importantes capacités d'adaptation que nous pouvons résumer sous le terme de résilience, ceci étant le résultat de multiples processus qui viennent interrompre une trajectoire de vie plutôt négative.

Du point de vue professionnel, l'assurée voulait faire des études pour devenir infirmière, puis elle a fait un apprentissage pour devenir tailleuse pour messieurs, elle obtient son CFC après trois ans, puis elle a travaillé pendant huit ans jusqu'à la naissance de ses enfants. Par la suite, elle est devenue auxiliaire de [...] et y a travaillé avec des patients en fin de vie, elle dit avoir arrêté vers 2001 à cause de ses problèmes physiques, notamment ses maux de dos.

Ce n'est qu'après la séparation d'avec son mari vers 2005, que l'assurée a développé un état dépressif mais plutôt lié à la blessure narcissique qu'elle a ressentie et le sentiment d'abandon.

[p. 26] Actuellement, l'assurée dit ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs physiques, elle n'a jamais dit ne pas pouvoir travailler à cause de ses difficultés psychiques et ceci malgré son passé douloureux.

Concernant la prise de médicaments (voir résultats ci-joint) nous constatons qu'elle est compliant pour l'antidépresseur mais pas pour le somnifère.

Du point de vue purement psychiatrique donc, l'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle liée à une maladie psychiatrique ou à un trouble de la personnalité. Elle est donc capable de travailler à 100 %.

Je ne peux pas, bien entendu, me prononcer quant à ses nombreux problèmes somatiques.»

L'expert a conclu que l'assurée était capable de travailler à 100 % du point de vue psychique. Il a noté qu'étant donné que depuis

2001 l'assurée ne travaillait plus, il était probablement opportun que l'OAI convoque l'assurée pour l'aider à trouver une place de travail en tant qu'auxiliaire de santé, notamment dans l'accompagnement de personnes en fin de vie où elle ne devrait s'occuper que de l'aspect psychique ou spirituel. Du point de vue psychique, l'assurée restait méfiante et susceptible avec des tendances abandonniques, mais elle avait toujours été ainsi. Du point de vue social, il n'y avait aucune limitation selon l'expert.

**c)** Le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a eu le 25 janvier 2008 un entretien avec la Dresse P. \_\_\_\_\_. Selon le procès-verbal de cet entretien, la Dresse P. \_\_\_\_\_ avait déclaré que les empêchements psychiques permettaient une activité à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2003 dans un cadre de travail respectant les limitations fonctionnelles somatiques énoncées par le Dr T. \_\_\_\_\_. Le poste de travail devait éviter des situations de stress et les horaires devaient être fixes, répartis sur les cinq jours ouvrables. Les symptômes de la dépression réapparaissaient dès l'arrêt ou la diminution de traitement.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a rédigé en date du 1<sup>er</sup> février 2008 un avis médical. Il y a retenu une incapacité de travail de 100 % dans l'activité antérieure depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002 et de 50 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> août 2003. Par ailleurs, il a noté ce qui suit :

« La Dresse N. \_\_\_\_\_ écrit le 12/09/2003 : "les troubles somatiques présentés par la patiente ne motivent pas à eux seuls des incapacités de travail d'aussi longue durée et me paraissent plutôt être devoir compris comme des signes d'appel chez une patiente angoissée, dépressive, très perturbée dans sa relation avec autrui"

Le Dr V. \_\_\_\_\_ qualifie les troubles ventilatoires présentés par la patiente de psychogène 08/07/2002 de même que le Dr W. \_\_\_\_\_ retient une dysphonie de nature psychogène 08/11/2002. Un état de fatigue est noté par les différents médecins qui interviennent auprès de la patiente et ce depuis le Dr [...], neurologue, en juin 2001. Prenant en compte l'avis du Dr [...] 12/02/1999 sollicité pour investiguer "des suspensions d'activité et de parole", un trouble de conversion ne peut être éliminé comme étiologie de ces différents problèmes fonctionnels.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ atteste 100 % d'IT [réd. : incapacité de travail] du 01/05/2002 au 31/07/2003 et 50 % depuis le 01/08/2003 dans une profession adaptée justifiée par une "dépression d'épuisement avec complications psychosomatiques". Un

traitement associant psychothérapie et traitement médicamenteux antidépresseur est mis en place jusqu'à ce jour. Le dosage plasmatique réalisé par le Dr B.\_\_\_\_\_ confirme la compliance thérapeutique médicamenteuse de l'assurée. Séjour de cinq semaines en clinique médicale pour "dépression aiguë" du 12/11/2002 au 20/12/2002.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, orthopédiste atteste des limitations fonctionnelles somatiques secondaires à des lombalgies chroniques et à une coxarthrose gauche. Pas de port de charges lourdes (de plus de 3 kg Dr M.\_\_\_\_\_ SMR), pas de déplacements répétitifs, ni montée et descente d'escaliers, alternance des positions de travail et usage d'une selle ergonomique, activité de type sédentaire ou semi-sédentaire. Capacité de travail somatique 6h/jour ou 80 %.

L'enquête ménagère 15/11/2004 retient 8.7 % d'empêchements.

Pose PTH gauche en avril 2006.

En juin 2007 le Dr N.\_\_\_\_\_ estime que l'invalidité est essentiellement due à la personnalité de l'assurée.

Pour le Dr P.\_\_\_\_\_ 25/2/2008 (recte : 25/1/2008) :

- les empêchements psychiques permettent une activité à 50 % depuis le 01/08/2003 dans un cadre de travail respectant les limitations fonctionnelles somatiques énoncées par le Dr T.\_\_\_\_\_.
- Les symptômes de la dépression réapparaissent dès l'arrêt ou la diminution de traitement.
- Des troubles psychiques de l'assurée seraient secondaires à des traumatismes de l'enfance et l'état de santé, précaire durant la première partie de la vie, s'est déstabilisé durant les années 90 pour devenir chronique depuis lors.
- Le poste de travail doit éviter les situations de stress et les horaires doivent être fixes, répartis sur les 5 jours ouvrables. Ces limitations sont donc compatibles avec une activité industrielle légère telle que retenue par l'office 14/10/2003.

Dans son expertise le Dr B.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 sous traitement antidépresseur. La problématique relationnelle conséquence des troubles de la personnalité n'est pas prise en compte, de même que la fragilité durable de l'état psychique actuel. Après consilium avec le Dr [...] et le Dr [...], puis avec le Dr P.\_\_\_\_\_, nous retenons, prenant en compte les douleurs chroniques qui affectent l'assurée :

#### Diagnostic influençant la capacité travail

- Dorsolombalgies chroniques M54.9
- Trouble dépressif récurrent en rémission partielle sous traitement continu F33.8
- Personnalité dépendante F60.7 et sensitive F60.0 décompensées

#### Diagnostics sans influence sur la capacité de travail

- Difficultés liées à une enfance malheureuse
- Dysphonie fonctionnelles
- Hypermétropie et exophorie
- Status post PTH [réf. : prothèse totale de la hanche] gauche
- HTA traitée
- Migraines traitées

Limitations fonctionnelles : activité de type sédentaire ou semi-sédentaire, pas de port de charges lourdes (plus de 3 kg Dr M. \_\_\_\_\_ SMR), pas de déplacements répétitifs, ni montée et descente d'escalier, possibilité d'alternance des positions de travail et usage d'une selle ergonomique. Le poste de travail doit éviter les situations de stress et les horaires doivent être fixes, répartis de jours sur les 5 jours ouvrables.

Nous estimons qu'il n'y a pas lieu de s'éloigner de l'appréciation de la capacité de travail des médecins de l'assurée. »

**d)** Le 12 novembre 2008, l'OAI a rédigé un projet de décision qui prévoyait l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2003 et ¼ de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail admise dès le 1<sup>er</sup> août 2003).

**e)** Par écriture du 2 février 2009, le (nouveau) conseil de l'assurée, Me Carré, a formulé des objections contre le projet de décision, en critiquant notamment l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_. Par courrier du 16 mars 2009, il a complété ses objections en renvoyant à une lettre que la Dresse P. \_\_\_\_\_ lui avait adressée le 16 février 2009. Ce médecin y retenait ce qui suit :

« En tant que psychiatre suivant Mme R. \_\_\_\_\_ depuis septembre 2002, je vous adresse en réponse à votre demande du 9 février dernier [...] quelques commentaires au sujet de l'expertise psychiatrique la concernant, adressée à l'OAI le 16 janvier 2008.

Je ne peux pour ma part qualifier ce rapport d'abracadabrant. Il y a cependant quelques remarques à faire.

Pour suivre la ligne de vos questions :

Il se peut que les tests n'aient pas été effectués par un psychologue. Cette question n'est cependant pas pertinente car il y a des psychiatres qui apprennent à faire des tests. Les protocoles des tests pourraient être joints à l'expertise. Ceci permettrait entre autres de savoir quel type de protocole a été utilisé. Les tests ne peuvent servir que d'indicateurs, l'examen clinique étant plus pertinent pour le diagnostic.

Les appréciations de l'expert à propos de l'état dépressif de la patiente ainsi que la pondération des tests doivent être mis en perspective. Il se trouve que j'ai reçu en consultation Madame R. \_\_\_\_\_ le 2 janvier 2008, soit entre les deux entretiens conduits par le Dr B. \_\_\_\_\_. Mme R. \_\_\_\_\_ n'était ce jour-là pas déprimée mais extrêmement angoissée par le processus d'expertise et les questions qui lui étaient posées. Elle ne supportait pas de se sentir suspectée de simulation par l'expert. Elle ne comprenait pas les questions posées sur l'orientation sexuelle de son fils. Madame R. \_\_\_\_\_, qui est une personne sincère et honnête, vivait très mal le sentiment que l'expert mettait en doute ses dires. Par exemple sa compliance au traitement a, depuis que je la connais, soit six ans et demi, toujours été sans faille. La remarque de l'expert au sujet de la non compliance à la prise de somnifères n'est pas pertinente car la patiente a pour consigne de prendre ou non ce médicament en fonction de sa plus ou moins

grande difficulté à dormir ou d'une nécessité où elle peut se trouver de se lever tôt et de conduire sa voiture.

D'une façon générale on peut dire qu'il est difficile pour n'importe quel expert d'apprécier en deux entretiens une situation aussi complexe que celle de Mme R. \_\_\_\_\_ qui a été suivie depuis longtemps par de nombreux médecins. Tous ces traitements ont été motivés par différentes affections somatiques et des troubles dépressifs et anxieux. Des contacts entre l'expert et les différents spécialistes auraient probablement permis une évaluation plus réaliste de l'évolution et de la situation actuelle de Mme R. \_\_\_\_\_.

Du point de vue SOMATIQUE il y a :

constatées dès 1999, des lésions de la colonne cervicale C2 à C7. Lordose scoliose ; arthrose avec lombalgies.

Une arthrose de la hanche gauche a été longtemps douloureuse avant d'être opérée en juin 2006.

Une déchirure du ménisque gauche a été opérée en février 2006.

Des céphalées dont la patiente souffre depuis très longtemps. En 2001 une IRM du cerveau montre des lésions atypiques de la substance blanche qui n'ont pas été davantage identifiées. Le neurologue constate des troubles de la sensibilité superficielle de l'hémi-crâne et de l'hémi-face gauches. Des céphalées persistent à l'heure actuelle.

Depuis une dizaine d'années la patiente a présenté une aphonie partielle et parfois totale qui a été considérée comme fonctionnelle jusqu'à récemment où l'opération d'une hernie hiatale qui s'accompagnait de fausses routes, de malaises sévères, de vomissements et d'un fort amaigrissement, (opération en date du 17 novembre 2008), a rendu sa voix à Mme R. \_\_\_\_\_. Les troubles de la voix n'avaient donc pas une origine fonctionnelle mais bien organique. Il faut remarquer à ce propos que les médecins somaticiens ont eu tendance à mettre des affections qui se sont révélées ultérieurement clairement organiques en relation avec son état dépressif ce qui a conduit à des erreurs diagnostiques et à la chronification de certains troubles. Par exemple, les troubles de la voix qui ont engendré un handicap social pendant 10 ans.

La patiente a très mal vécu ces confusions entre origines physique et psychique de ses troubles. Elle ne se sentait pas entendue, ni comprise dans ses plaintes.

En 2002 et 2003 le Dr W. \_\_\_\_\_ soigne Madame R. \_\_\_\_\_ pour une sinusite chronique et des troubles respiratoires.

Elle a plus tard des troubles oculaires sous la forme d'une diplopie sur exophorie décompensée qui a nécessité deux interventions conduites par le Dr K. \_\_\_\_\_, MER.

L'on constate que Mme R. \_\_\_\_\_ a souffert d'une longue série d'affections physiques, dont les lombalgies, l'arthrose cervicale, les céphalées et les migraines persistent à l'heure actuelle.

Du point de vue PSYCHIQUE :

L'expert écrit au bas de la page 25

"Ce n'est qu'après la séparation d'avec son mari vers 2005, que l'assurée a développé un état dépressif."

Il s'agit là d'une affirmation erronée, qui est en contradiction avec l'anamnèse puisque Madame R. \_\_\_\_\_ a été hospitalisée pendant six semaines fin 2002 à la Clinique [...]. Les collègues de la clinique ont alors posé le diagnostic d' "Etat anxio-dépressif aigu sévère. Perte pondérale de 4 kg avec inappétence et vomissements".

L'évolution thymique a nécessité la persistance du traitement antidépresseur sans interruption jusqu'à ce jour sous la forme de 75 mg d'Exefor pro die. Une tentative d'interruption s'est rapidement soldée par une rechute dépressive.

Quand j'ai connu Mme R. \_\_\_\_\_ en automne 2002, elle présentait un état dépressif, sévère non seulement en raison des suicides de trois proches mais

aussi en fonction de l'évolution de sa relation conjugale. La patiente était en train d'essayer de se dégager de l'emprise de son mari qui souhaitait qu'elle reste membre du cercle de l'église évangélique [...], une collectivité où elle avait subi des séances d'exorcisme (elle devait frapper sa tête contre les murs) devant les fidèles et devant ses enfants. Ce mouvement d'émancipation a entraîné le désintérêt de l'époux puis son départ en 2005.

Entre 2003 et fin 2008 Mme R. \_\_\_\_\_ a vécu des événements fort pénibles. Sa santé physique n'a jamais été bonne. Elle a subi 6 interventions chirurgicales. Elle n'a pas accepté la rupture de son mariage. Elle a découvert des éléments très traumatiques concernant sa famille d'origine et sa mère biologique qu'elle a accompagnée pendant des semaines d'agonie. Tous ces éléments et particulièrement le départ de son mari ont entraîné une chronification de l'état dépressif et des crises d'angoisse chez Madame R. \_\_\_\_\_. Elle n'aurait d'ailleurs sans cela pas eu besoin d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux continu.

Madame R. \_\_\_\_\_ a subi dans son enfance des maltraitances cumulées, sévères et chroniques, y compris de la part de la tutrice qui était censée la protéger. De ce passé, lui reste une très grande sensibilité et une fragilité particulière lorsque se présentent des circonstances adverses et dans les relations où elle ne se sent pas entendue. Elle a alors l'impression d'être traitée avec mépris et défiance et se sent complètement dévalorisée. C'est un malentendu de cet ordre qui s'est installé entre l'expert et Madame R. \_\_\_\_\_.

Comme je l'indiquais dans mon rapport à l'OAI du 25.07.07 il n'est pas possible de considérer séparément les éléments somatiques et psychiques pour apprécier la capacité de travail de cette patiente. Depuis 2002 Madame R. \_\_\_\_\_ a utilisé ses forces à se soigner et n'a jamais été capable d'exercer même à temps partiel ses métiers antérieurs. Ceci a d'ailleurs été une raison de tristesse supplémentaire. La patiente appréciait beaucoup son travail d'auxiliaire [...] et ce fut pour elle un grand chagrin de ne plus pouvoir l'assumer.

Pour revenir au texte de l'expertise, il y a page 6, lignes 13, 14 15<sup>èmes</sup> une phrase que je n'ai pas bien comprise. Il est question de simulation. Je peux certifier que Madame R. \_\_\_\_\_ n'est pas soupçonnable de simulation.

Page 13 première ligne du dernier alinéa. La patiente ne travaille plus depuis cinq ans (et non pas trois)

Actuellement la patiente n'a plus d'activité professionnelle depuis plus de six ans. Je ne pense pas Mme R. \_\_\_\_\_ en mesure d'apprendre un nouveau métier compte tenu des difficultés cumulées physiques et psychiques qui restent les siennes. Madame R. \_\_\_\_\_ est une personne intelligente et curieuse et si elle en avait la force elle serait la première à s'engager dans une réadaptation professionnelle. »

**f)** Suite à la lettre de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 16 février 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_, SMR, a rendu le 21 avril 2009 l'avis médical suivant :

« La Dresse P. \_\_\_\_\_ estime l'exigibilité à 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2003, rapport médical du 19 octobre 2003. Dans son RM [réf. : rapport médical] du 25 juillet 2007 il est écrit en première page cf. rapport du 19 octobre 2003 et en deuxième page la case stationnaire concernant l'état de santé de l'assurée est cochée.

Dans son courrier du 16 février 2009 la Dresse P. \_\_\_\_\_ avance ce qu'elle nomme des remarques concernant l'expertise mise en place par le SMR.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ rapporte que l'assurée s'est sentie suspectée de simulation par le Dr B. \_\_\_\_\_. L'expert ne discute à aucun moment cette hypothèse, au contraire il écrit en page 24 son point de vue sur cette question. Les éléments

cités de la page 6 reprennent des conclusions médicales de 1999. Les questions posées à l'assurée, telles que rapportée par le Dr P. \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à invalider l'expertise. Relevons que ce jour là, d'après la Dresse P. \_\_\_\_\_, l'assurée n'était pas déprimée (l'assurée n'est pas "déprimée" tous les jours). La compliance au traitement antidépresseur est prouvée et le médicament prescrit est dosé au-dessus du range thérapeutique. L'assurée conduit un véhicule automobile (Dr P. \_\_\_\_\_). Il faut relever qu'en octobre 2003 la dresse P. \_\_\_\_\_ retenait comme principal diagnostic : "Dépression d'épuisement avec complications psychosomatiques sévères". C'est donc les complications psychosomatiques qui sont qualifiées de sévère et non la dépression d'épuisement. C'est aussi la Dresse P. \_\_\_\_\_ qui incluait l'aphonie comme l'asthme dans les complications psychosomatiques. Pour l'année 2003 le Dr P. \_\_\_\_\_ qualifie l'état dépressif de moyen.

Aucun fait nouveau n'est annoncé à l'exception des troubles de la voix qui ont disparu fin 2008.

Il n'y a pas de faits nouveaux depuis l'avis SMR du 1<sup>er</sup> février 2008. L'exigibilité est inchangée depuis lors. »

En se basant notamment sur l'avis du SMR précité, l'OAI a informé le mandataire de l'assurée par courrier du 25 août 2009 qu'il confirmerait son projet de décision par une décision formelle qui lui serait prochainement notifiée. Cette notification a eu lieu par l'envoi d'une décision datée du 9 octobre 2009.

**5. a)** L'OAI a enregistré par la suite un protocole opératoire du Dr T. \_\_\_\_\_ au sujet d'une opération de la hanche droite effectuée le 29 juin 2009 ; pour cette opération l'assurée a été hospitalisée du 28 juin au 8 juillet 2009 (certificat médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 2009). À ce sujet, l'assuré a écrit personnellement à l'OAI le 13 octobre 2009 en expliquant qu'elle pouvait « maintenant encore moins travailler », puisqu'elle avait deux prothèses.

Selon un avis médical du 30 octobre 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_, SMR, toute opération d'une hanche (prothèse) nécessite un arrêt de travail à 100 % de trois mois au minimum.

**b)** Suite à la communication de la pose d'une prothèse à la hanche droite en date du 29 juin 2009, l'OAI a retiré, par communication du 30 octobre 2009, la décision du 9 octobre 2009. Par la même occasion, il a demandé au Dr T. \_\_\_\_\_, quelle était la durée de l'incapacité de travail à 100 % suite à l'intervention du 29 juin 2009, dès quelle date la capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée était à nouveau

de 50 % et s'il y avait d'autres limitations fonctionnelles à prendre en compte. Par courrier du 23 février 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée pourrait retravailler au minimum à 50 % dans une activité adaptée et qu'il n'y avait pas d'autres limitations fonctionnelles.

Sur cette base et par avis médical du 29 mars 2010, le Docteur M.\_\_\_\_\_, SMR, a alors retenu :

« L'incapacité de travail a donc été de 100 % du 29.06.2009 au 23.01.2010 et elle est de 50 % depuis le 23.02.2010. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée est donc de 50 % dès le 23.2.2010, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Les limitations fonctionnelles fixées dans les avis et rapports SMR antérieurs restent inchangées. »

Par courrier personnel du 16 décembre 2010, l'assurée a expliqué à l'OAI qu'elle avait absolument besoin que ce dernier reconnaisse ses problèmes de santé, comme elle ne pouvait plus travailler. De plus, elle avait subi une opération en urgence pour une hernie discale le 2 novembre 2010. Elle ne pouvait plus rien porter et devait rester beaucoup couchée. Elle demandait à l'OAI de reconsidérer son dossier.

Par la suite, l'OAI a uniquement examiné les chiffres à retenir pour le calcul du degré d'invalidité (fiches d'examen du 10 et 11 mars 2011) et a formulé sur cette base un nouveau projet de décision en date du 11 mars 2011 qu'il a communiqué au mandataire de l'assurée. L'OAI a proposé l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 30 octobre 2003, d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 août 2009, d'une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 30 avril 2010 et, sur la base d'un degré d'invalidité de 47 %, d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2010.

**c)** Me Aubert, qui s'était constitué nouveau mandataire de l'assurée en novembre 2009, a contesté ce projet par courriers des 15 avril et 20 juin 2011. Au dernier courrier il a joint quatre différents documents du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Il en ressort que l'assurée avait séjourné à la Clinique [...] du 1<sup>er</sup> au 9 novembre 2010

où, le 2 novembre 2010, elle a été soumise à une opération, décrite comme suit : « Laminectomie L4 avec arthrectomie médiane L4-L5 droite pour exérèse d'un volumineux kyste du ligament jaune confirmé à l'histologie. » (rapport du 29 mars 2011).

Le médecin a notamment exposé que vu l'importance des douleurs, du kyste et de l'échec du traitement conservateur et de la durée de l'évolution, il avait proposé l'opération. Les suites opératoires avaient été très favorables avec disparition des sciatalgies, pas de nouveaux déficits neurologiques ni anesthésie en selle.

Dans son dernier rapport, daté du 29 mars 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé notamment ce qui suit :

« Depuis 2 semaines suite à un faux mouvement, Mme R.\_\_\_\_\_ se plaint de lombalgies et des douleurs dans la hanche et la fesse gauches. L'examen neurologique révèle une épreuve de Lasègue positive de ce côté mais sans net déficit sensitivo-moteur.

D'un point de vue diagnostique, je ne pense pas que l'on puisse faire l'économie d'une nouvelle IRM [...].

J'ai organisé cet examen pour le lundi 04.04.2011 [...]. Peut-être s'agit-il également d'un problème de hanche gauche, quoi qu'il en soit la patiente a été opérée du côté droit d'un kyste du ligament jaune soit du côté opposé à la survenue de cette symptomatologie. »

En réaction aux explications du Dr Q.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, SMR, a retenu dans un avis du 4 juillet 2011 que l'opération d'un kyste pourrait être de nature à modifier l'exigibilité ou les limitations fonctionnelles. Il a suggéré d'interroger le Dr Q.\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail dans une activité légère sédentaire.

Abordé par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a transmis par courrier du 25 juillet 2011 son dossier médical. Il a expliqué que suite à l'opération du kyste l'évolution avait été favorable. Lors de la consultation effectuée en avril 2011 pour des douleurs irradiant dans la hanche gauche, l'examen neurologique avait été rassurant. Il n'avait pas eu de proposition neurochirurgicale à formuler et avait proposé que l'assurée puisse être revue par son orthopédiste. Il ignorait toutefois si cette consultation avait

eu lieu. Dans un rapport du 8 avril 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait formulé son appréciation comme suit :

« Le traitement médicamenteux [...] que j'ai prescrit à Mme R.\_\_\_\_\_ n'a pas eu d'impact très favorable. Le Mydocalm a semble-t-il provoqué des céphalées. J'ai ré-examiné rapidement la patiente ce jour et parviens à déclencher les douleurs lors du mouvement de rotation interne et externe de la hanche gauche. Compte tenu du résultat de cet IRM, l'origine n'est très certainement pas lombaire ; il ne s'agirait plus probablement d'une périarthropathie de la hanche. Dans ces conditions, un rendez-vous a été organisé en date du lundi 11.04.2011 [...] à la consultation du Dr T.\_\_\_\_\_ qui est le chirurgien ayant procédé à la mise en place d'une PTH gauche chez cette patiente.

En ce qui me concerne, je n'ai pas prévu de revoir Mme R.\_\_\_\_\_ mais reste à disposition. »

Dans un avis du 24 août 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_, SMR, a retenu que l'intervention du 2 novembre 2010 pour traitement d'un kyste justifiait une incapacité de travail de 100 % de mars 2010, date de l'aggravation des douleurs, à décembre 2010. Depuis janvier 2011 la capacité de travail était de nouveau de 50 % dans une activité adaptée, vu que le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2010 retenait une évolution favorable et une marche sans limitation. La capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès janvier 2011 était à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

**6.** Le 9 décembre 2011, l'OAI a formulé un nouveau projet de décision par lequel il proposait une rente entière pendant onze mois supplémentaires - du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 31 mars 2011 - par rapport au projet de décision du 11 mars 2011 (cf. ci-dessus consid. 5b in fine).

L'assurée n'ayant plus formulé d'objections, les autorités ont rendu le 21 mai 2012 une décision d'octroi partiel d'une rente conformément au projet du 9 décembre 2011. En détail, il a été octroyé à l'assurée :

- une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 31 octobre 2003,
- un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 47 % du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 août 2009,

- une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mars 2011, et
- un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 47 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2011.

Comme dans son projet du 9 décembre 2011, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002 et qu'elle avait ainsi été dans l'obligation d'interrompre son activité professionnelle habituelle d'auxiliaire de santé. Elle avait toutefois retrouvé depuis le 1<sup>er</sup> août 2003 une capacité de travail de 50 % dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : activité de type sédentaire ou semi-sédentaire, pas de port de charges de plus de 3 kg, pas de déplacements répétitifs, ni montée ou descente d'escaliers, possibilité d'alternance des positions de travail et usage d'une selle ergonomique, éviter les situations de stress, horaires de travail fixes répartis sur les cinq jours ouvrables. Dans cette mesure, l'OAI a motivé sa décision comme suit :

« [...] À l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 1<sup>er</sup> mai 2003, votre incapacité de travail est entière dans l'exercice de toute activité lucrative. Partant, votre préjudice économique, et par conséquent votre degré d'invalidité, est de 100 %, vous ouvrant le droit une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2003.

Dès le 1<sup>er</sup> août 2003, une capacité de travail de 50 % vous est reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Afin de déterminer votre préjudice économique, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité d'auxiliaire de santé, à savoir Fr. 41'101.—, est comparé aux gains que vous pouvez prétendre dans l'exercice d'une activité adaptée à 50 % telle que des activités industrielles légères.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peut prétendre des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, CHF 3'820. — par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'heures de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41.7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 3'982. — (CHF 3'820. — x 41.7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 47'788. —.

Après adaptation de ces chiffres à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.4 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 48'457. — (année d'ouverture du droit la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 24'228.— par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 136 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 21'805. —.

A partir du 1<sup>er</sup> août 2003, votre préjudice économique atteint 47 % selon le calcul suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 41'101.00
avec invalidité	CHF 21'805.00

La perte de gain s'élève à CHF 19'296.00 = un degré d'invalidité de 46,94 %

Ce taux d'invalidité, arrondi à 47 %, vous donne le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2003 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le 1<sup>er</sup> août 2003).

À la suite d'une aggravation de votre état de santé, vous avez subi une intervention chirurgicale le 29 juin 2009 qui a engendré une incapacité de travail de 100 % du 29 janvier 2009 au 23 janvier 2010.

Vous avez subi une nouvelle intervention chirurgicale le 2 novembre 2010 et le Service médical régional AI (SMR) a estimé que votre incapacité de travail était entière depuis le mois de mars 2010 (date de l'aggravation de vos douleurs) au 31 décembre 2010.

Dès lors, le quart de rente en [recte : est] remplacé par une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009 (soit après 3 mois d'aggravation depuis le 29 juin 2009) au 31 mars 2011, (soit après 3 mois d'amélioration depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011).

A partir du 1<sup>er</sup> avril 2011, votre capacité de travail est à nouveau de 50 % dans l'exercice d'une activité adaptée et votre préjudice économique étant à nouveau de 47 %. »

**7.** Par acte du 21 juin 2012, R.\_\_\_\_\_ a déposé, par son mandataire, un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle requiert la réformation de la décision de l'OAI en ce sens qu'elle a droit aux prestations suivantes :

« - du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 31 octobre 2003, une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % ;  
- du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 mars 2006, une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 52.69 % ;  
- du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2007, une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % ;  
- du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 août 2009, une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 52.69 % ;  
- du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mars 2011, une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % ;  
- du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 janvier 2012, une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 52.69 % ;  
- à partir du 1<sup>er</sup> février 2012, une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité non inférieure à 70 %. »

Subsidiairement, elle demande l'annulation de la décision de l'OAI et le renvoi de la cause à ce dernier afin qu'il procède à des mesures complémentaires d'instruction dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

La recourante requiert des mesures d'instruction et se prononce à leur sujet comme suit :

« Le changement de la prothèse de la hanche gauche et l'arthroscopie au genou droit effectués respectivement le 13 février et le 8 mai 2012 l'ont été par les soins du Dr T.\_\_\_\_\_. Ce praticien sera également chargé du remplacement de la prothèse de la hanche droite en automne 2012. À ce jour, la recourante n'a pas encore reçu de documents médicaux de son médecin, par exemple de protocole opératoire. Elle requiert donc que le Dr T.\_\_\_\_\_ soit interpellé par votre Autorité pour fournir tout certificat médical en relation avec ces interventions, subsidiairement qu'un délai lui soit imparti pour requérir elle-même ces documents du Dr T.\_\_\_\_\_.

S'agissant des conséquences psychiques des nouveaux troubles rencontrés, l'avocat soussigné s'est adressé à la Dresse P.\_\_\_\_\_, qui lui a répondu par la lettre du 10 juin 2012 ci-joint en copie qu'elle souhaitait être mise en œuvre par l'Office AI du canton de Vaud. En raison du présent recours, la recourante requiert que la Dresse P.\_\_\_\_\_ soit interpellée aux fins de donner son avis de spécialiste sur les troubles psychiques pour lesquelles elle traite la recourante,

sur l'évolution récente de ces troubles, sur toute aggravation causée par les problèmes de hanche et de métallose de sa patiente, sur l'évolution probable et sur le pronostique que l'on peut faire en l'état.

Cette contribution psychiatrique de la Dresse P. \_\_\_\_\_ s'impose d'autant plus que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ remonte à près de quatre ans et demi.

Enfin, s'agissant des conséquences somatiques de la métallose de la recourante, celle-ci requiert subsidiairement que le dossier soit renvoyé au besoin à l'Office AI du canton de Vaud pour mettre en œuvre tout moyen d'investigation utile aux fins de les déterminer et de les apprécier. »

Dans sa réponse du 10 septembre 2012, l'OAI a proposé le rejet du recours. Sans autre explication, il renvoie à sa décision du 21 mai 2012.

Par réplique du 3 octobre 2012, la recourante a formulé des explications complémentaires et maintient ses conclusions. Au sujet des mesures d'instruction, la recourante a requis l'audition de médecins traitants, notamment les Drs P. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ainsi que l'allergologue Dr [...] qui la suit pour la métallose dont elle souffre.

Par duplique du 19 octobre 2012, l'OAI déclare n'avoir pas de commentaire à ajouter à sa décision du 21 mai 2012.

Par acte du 13 novembre 2012, la recourante maintient, sans autres déterminations, ses conclusions et réquisitions de mesures d'instruction.

**8.** Le 21 novembre 2013, une séance d'instruction a eu lieu devant le Tribunal de céans en présence de la recourante, de son mandataire et d'un représentant de l'intimé. Après délibération, une transaction a été proposée avec le contenu suivant :

L'OAI accorde à la recourante :

- du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 31 octobre 2003 une rente entière ;
- du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 mars 2006 un quart de rente ;
- du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 août 2009 une demi-rente ;
- du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mars 2011 une rente entière ;

- du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 janvier 2012 une demi-rente ;
- dès le 1<sup>er</sup> février 2012 jusqu'à l'âge de la retraite une rente entière.

La recourante a déclaré son accord avec cette proposition. L'OAI a demandé un délai de détermination, la recourante devant au préalable produire des documents médicaux au sujet des opérations qui ont eues lieu en 2012 et 2013.

Par mémoire du 12 décembre 2013, la recourante a produit :

- un protocole opératoire relatif au remplacement de la hanche gauche effectué le 13 février 2012 par le Dr T. \_\_\_\_\_ ;
- des protocoles opératoires des 15 avril et 27 juin 2013 relatifs au changement de la hanche droite ainsi que de la révision de cette prothèse à la suite de luxations répétées, interventions toutes deux effectuées par le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;
- un rapport d'une IRM du genou droit du 2 mai 2012 du Dr [...], spécialiste en radiologie, constatant une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne associé à un petit kyste paraméniscal postéromédian entouré d'une importante infiltration oedémateuse des tissus mous, ainsi qu'une déchirure horizontale non déplacée de la corne antérieure du ménisque externe avec bursite prérotulienne et léger épanchement du récessus sous-quadricipital.

Suite à ce dernier rapport, une opération avait eu lieu le 8 mai 2012 par le Dr T. \_\_\_\_\_.

Par acte du 9 janvier 2014, l'OAI a déclaré accepter la proposition de règlement par transaction précitée, la recourante atteignant l'âge de la retraite (de 64 ans) en septembre 2014.

**9.** Les litiges portant sur des prestations d'assurances sociales peuvent être réglés par transactions qui doivent être notifiées par l'autorité administrative ou judiciaire sous forme de décision sujette à recours (art. 50 al. 1 à 3 LPGA ; ATF 135 V 65 consid. 1). La décision de

classement de l'affaire par le juge produit les mêmes effets qu'un jugement (ATF 112 V 174). Cependant, le Tribunal fédéral considère que la décision par laquelle un tribunal radie une affaire du rôle à la suite d'une transaction judiciaire doit contenir une motivation sommaire expliquant dans quelle mesure cette transaction est conforme aux circonstances de fait et à la loi. Cette exigence est déduite du droit d'être entendu qui comprend notamment le devoir pour l'autorité administrative ou judiciaire de motiver ses décisions en lien avec le devoir de surveillance d'autres autorités (cf. ATF 135 V 65 consid. 2.1-2.7 ; TF 9C\_671/2009 du 16 novembre 2009 consid. 2.1). Cette exigence est satisfaite dans la mesure où la décision de classement est compréhensible d'un point de vue matériel bien qu'elle ne contienne pour l'essentiel que le libellé de la transaction, accompagné de la constatation qu'elle tient compte des intérêts des parties et qu'elle est bien conforme à l'état de fait et à la situation en droit (TF 9C\_662/2010 du 19 octobre 2010, *in* : RSAS 55/2011 p. 73).

**10.** Le recours a été déposé dans les formes et dans le délai légal auprès du tribunal compétent (art. 57, 60 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1], 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

**11.** A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, un assuré a droit à une rente à condition que 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 exigible, qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, de 50 % au moins à une demi-rente, 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Jusqu'à fin 2003, pour un taux d'invalidité de 40 % au moins la rente

était d'un quart, de 50 % au moins d'un demi et pour 66 2/3 % au moins la rente était entière. Cette règle est applicable pour la demande déposée en 2003. Lors de modification ultérieure justifiant une révision de rente après l'année 2003, c'est le nouveau droit qui s'applique à ce sujet (cf. let. f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003 [4<sup>e</sup> révision de l'AI] ; ATF 138 V 475 consid. 3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1 ; 130 V 445 ; TFA I 711/05 du 10 mars 2006 consid. 1.2).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanent ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne qui travaillerait sans atteinte à la santé à plein temps, 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 (art. 16 LPGA par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est également évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration et, en cas de recours, le tribunal se fondent sur des documents médicaux ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche des médecins consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; concernant la valeur probante des rapports médicaux cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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 (art. 29 al. 1 LAI) ; cette restriction n'existe que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129) et n'est pas applicable aux demandes déposées, comme en l'espèce, avant cette date (cf. ATF 138 V 475).

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une 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). Aux termes de l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2, 1<sup>re</sup> phrase).

**12.** En l'espèce, l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 31 octobre 2003 et d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 mars 2006 correspond à ce que l'OAI a reconnu dans sa décision attaquée pour ces deux périodes. Cette appréciation est conforme aux documents médicaux au dossier, notamment le rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2003 qui a retenu une incapacité de travail de 100 % du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 31 juillet 2003 et de 50 % dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> août 2003. Selon les dispositions citées le droit à la rente ne naît qu'après une incapacité de travail d'une année (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa version actuelle, respectivement art. 29 al. 1 LAI dans sa version applicable en 2002/2003). Pour le calcul du degré d'invalidité (47 % dès août 2003) compte tenu desdits taux d'incapacité de travail, il peut être renvoyé à la décision attaquée.

A la fin de l'année 2005, des problèmes à un genou et à la hanche gauche sont apparus qui ont finalement mené à l'opération du genou en février 2006 et de la hanche (PTH) en avril 2006. Une incapacité de travail de 100 % devait être admise pendant 3 mois suite à l'opération de la hanche, donc, en vertu des art. 17 LPGA et 88a RAI, pas suffisamment longtemps pour augmenter la rente à 100 %. Pour la suite, les rapports médicaux divergent ou ne sont pas précis ou ne se réfèrent qu'à un seul genre d'atteinte (cf. rapports des Drs N.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_). Vu notamment les atteintes psychiques, au genou, aux hanches et aux yeux (pour ces derniers avec interventions en été 2005 et décembre 2006), l'octroi d'une demi-rente, par voie de transaction, se justifie dès le mois de l'opération de la hanche en avril 2006, soit environ 3 mois après la survenance des problèmes qui ont nécessités cette opération (cf. art. 88a al. 2 RAI cité).

En juin 2009 a eu lieu une opération de la hanche droite (PTH), puis en novembre 2010 une intervention en raison d'une hernie discale et d'un kyste. Compte tenu des documents médicaux (notamment Drs T.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_), l'incapacité de travail a été totale jusqu'en décembre 2010 et dès janvier 2011 de 50 % du point de vue

somatique. Cela justifie une rente entière dès septembre 2009, soit trois mois après l'opération de la hanche droite, et jusqu'à fin mars 2012, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail (cf. l'art. 88 RAI cité pour les trois mois).

Dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, vu l'incapacité de travail du point de vue somatique, les limitations fonctionnelles en augmentation, l'âge avancé, le repli et la durée d'inactivité professionnelle de la recourante ainsi que ses atteintes psychiques, une demi-rente selon la transaction et conformément aux conclusions de la recourante paraît appropriée jusqu'au 31 janvier 2012.

Par la suite, notamment en raison de nouveaux problèmes aux hanches et au genou droit, la recourante a été opérée en février, avril, mai et juin 2012 auxdites parties du corps. Ces atteintes et leurs traitements ont occasionné une incapacité de travail prolongée de plusieurs mois. Prenant en considération l'âge avancé de la recourante qui atteint l'âge de la retraite en septembre 2014, la reprise d'une activité adaptée, après d'éventuelles mesures professionnelles, n'est plus envisageable.

Vu ce qui précède, la transaction telle que formulée ci-dessus au considérant 8 peut être approuvée. Le contenu de la transaction est en adéquation avec les faits de la cause, est conforme à la loi et tient compte des intérêts des parties.

**13.** Ainsi, vu l'accord des parties qui remplace la décision attaquée, le recours est devenu sans objet, ce qui justifie de rayer la cause du rôle.

Conformément à l'art. 94 al. 1 let. c LPA-VD, il est statué par juge unique.

**14.** Malgré la teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel prévoit en principe la fixation de frais judiciaires en assurance-invalidité, la présente décision est rendue sans frais, vu sa liquidation par transaction.

Les parties ne se sont pas prononcées sur les dépens dans leur transaction. En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, un recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal.

Le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens dépend, d'une part, de l'issue du litige et, d'autre part, de la personne de l'ayant droit. La fixation du montant de l'indemnité de dépens a lieu selon le Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales (TFJAS ; RSV 173.36.5.2). Selon l'art. 7 TFJAS, les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. ; les frais d'avocat comprennent une « participation » aux honoraires et les débours indispensables.

Lorsqu'une procédure est devenue sans objet, les dépens sont répartis en tenant compte de l'état de fait existant avant l'événement mettant fin au litige et de l'issue probable de celui-ci. Les dépens sont supportés en premier lieu par la partie qui a provoqué la procédure devenue sans objet (cf. TF 9C\_372/2011 du 12 avril 2012 consid. 5.3 avec références).

En l'espèce, il y a lieu de fixer les dépens en faveur de la recourante qui a partiellement obtenu gain de cause à 2'200 fr. à la charge de l'OAI.

**Par ces motifs,**

**le juge unique  
prononce :**

- I.** Acte est pris de la transaction intervenue entre les parties, pour valoir jugement, dont le contenu est le suivant :

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud octroie à R. \_\_\_\_\_ :

- du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 31 octobre 2003 une rente entière ;
- du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 mars 2006 un quart de rente ;
- du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 août 2009 une demi-rente ;
- du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mars 2011 une rente entière ;
- du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 janvier 2012 une demi-rente ;
- dès le 1<sup>er</sup> février 2012 jusqu'à l'âge de la retraite une rente entière.

**II.** La cause est rayée du rôle.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. \_\_\_\_\_ un montant de 2'200 fr. (deux mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Marc-Antoine Aubert, avocat (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :