

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 septembre 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Lehmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a  
RAI**

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

**A.** Ressortissante brésilienne, T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Elle est divorcée et mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...]. Titulaire d'une autorisation de séjour de type « C » en Suisse où elle vit depuis [...] et au bénéfice d'un certificat d'aide-soignante reconnu par la [...] ([...]) obtenu le [...], elle a travaillé en dernier lieu, de mai 2014 à octobre 2018 et au taux de 80 %, comme « veilleuse de nuit - auxiliaire de santé » pour le compte de la B.\_\_\_\_\_, à [...]. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le salaire mensuel de l'intéressée était de 3'858 fr. 35 servi treize fois l'an, équivalent à un revenu annuel de 50'158 francs.

En arrêt de travail depuis le 5 octobre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurance-invalidité le 16 mars 2018, en raison d'une atteinte au genou droit.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est vu communiquer le dossier médical de l'assurée constitué par son assureur perte de gain (W.\_\_\_\_\_ SA) servant ses prestations (indemnités journalières) depuis le 23 octobre 2017. Selon les rapports médicaux à disposition, l'intéressée souffrait d'un problème physique et d'une pathologie psychologique. Dans ses réponses du 31 janvier 2018 à un questionnaire adressé par W.\_\_\_\_\_ SA, le Professeur G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de gonarthrose droite avec syndrome de la bandelette ilio-tibiale droite, source de douleurs latérales au genou avec des épanchements. Moyennant un traitement alliant des infiltrations intra et extra-articulaires et de la physiothérapie, ce médecin était d'avis que, dès le mois de février 2018, l'assurée disposait d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée (à savoir, « soulever et porter des charges jusqu'à dix kilos, durée de conservation de la position debout jusqu'à huit heures, marche possible jusqu'à cinq kilomètres et durée de conservation de la position assise huit heures »). En raison de difficultés à se mouvoir,

l'assurée souhaitait être opérée et elle avait également rendez-vous avec son psychiatre traitant (le Dr X.\_\_\_\_\_) le 19 avril 2018 (rapport d'entretien téléphonique du 20 mars 2018 entre un collaborateur de l'entreprise A.\_\_\_\_\_) et l'assurée).

Le 13 juillet 2018, compte tenu de l'absence prolongée de sa collaboratrice, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assurée pour le 31 octobre 2018.

D'après le questionnaire 531bis du 8 août 2018, l'assurée en bonne santé travaillerait à 80 % comme veilleuse de nuit par nécessité financière.

Avec son accord, l'assurée a bénéficié de la part de l'OAI d'une mesure d'intervention précoce sous la forme de trois modules effectués auprès d'E.\_\_\_\_\_, du 10 septembre 2018 au 22 février 2019. Toutefois en raison de l'hospitalisation de l'intéressée au CHUV du 9 au 18 octobre 2018 pour son problème de genou (attestation d'hospitalisation du 23 octobre 2018 du Service de Chirurgie sceptique du Département de l'appareil locomoteur [DAL] au CHUV), il a été mis fin à cette prise en charge externalisée qui n'a pas été reportée (note d'entretien téléphonique avec la conseillère en insertion d'E.\_\_\_\_\_ rédigée le 23 octobre 2018 par un gestionnaire à l'OAI). Selon le document intitulé « IP : Rapport MIP externalisée » du 11 octobre 2018 de la conseillère d'E.\_\_\_\_\_, l'assurée avait notamment déclaré, outre ses ennuis au niveau du genou droit, être suivie par le psychiatre Dr X.\_\_\_\_\_ en raison des crises d'angoisse depuis qu'elle rencontrait ses problèmes de santé ; elle le consultait une fois par mois et était sous antidépresseurs depuis cette période.

Par communication du 8 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée que la mise en œuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'était pas envisageable compte tenu de sa situation médicale.

Dans leur rapport de sortie d'hospitalisation du 23 octobre 2018 au Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, le Professeur O.\_\_\_\_\_, et le Dr Q.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de dermohypodermite prépatellaire droite (avec le 21 juin 2018 une arthroscopie pour méniscectomie partielle à la Clinique de [...], le 26 août 2018 un lavage arthroscopique pour suspicion arthrite sceptique [suspicion infirmée], le 15 septembre 2018 une bursectomie in toto prépatellaire avec évacuation de deux collections purulentes pour bursite infectieuse à *Citrobacter koseri*, *Klebsiella pneumoniae* et *Bacillus cereus* en regard du portail supéro-interne genou droit, ainsi que les 9 et 10 octobre 2018 une bactériémie soutenue à *Bacillus cereus*). Les antécédents consistaient en un status post méniscectomie partielle gauche en 2000 et un status post AVP (accident de la voie publique) avec plaie genou droit il y avait environ vingt-cinq ans. Au vu d'une bonne évolution sous antibiothérapie avec un relais pour de la Lévofoxacine® effectué jusqu'au 26 octobre 2018, l'assurée avait pu regagner son domicile le 18 octobre 2018.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- divers rapports de consultation dont la dernière en date du 18 avril 2018 transmis le 10 décembre 2018 par le Professeur G.\_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une gonarthrose droite avec syndrome de la bandelette ilio-tibiale droite. N'ayant pas revu l'assurée depuis ses derniers examens en mars 2018, il estimait qu'une reprise de l'activité d'aide-soignante était peu probable compte tenu d'une limitation du périmètre de marche et des exigences (effort et port de charge répétitifs) dans cette profession. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le Professeur G.\_\_\_\_\_ a toutefois indiqué une augmentation progressive dans une activité adaptée (sans position uniquement debout, exercée principalement en marchant [terrain irrégulier], sans position accroupi/à genoux, sans soulèvement/port de charges supérieures à cinq

kilos, sans montée d'échelle/échafaudage/escaliers, et permettant des activités dans différentes positions huit heures par jour) au mois d'avril 2018 ;

- un rapport du 13 décembre 2018 du Dr I.\_\_\_\_\_ faisant part d'une méniscopathie dégénérative interne et externe du genou droit avec arthroscopie et résection de la corne postérieure du ménisque interne et externe le 21 juin 2018 après l'échec de plusieurs infiltrations au CHUV au début 2018 et de quatre hospitalisations en Chirurgie sceptique au CHUV (du 24 au 30 août 2018 [dermohypodermite prépatellaire du genou droit avec lavage arthroscopique stérile], du 14 au 21 septembre 2018 [burssectomie prépatellaire pour bursite infectieuse *Citrobacter koseri/Klebsiella pneumoniae*], du 9 au 18 octobre 2018 [bactériémie soutenue à *bacillus cereus*] et du 1<sup>er</sup> au 14 novembre 2018 [bactériémie récidivante à *Bacillus cereus* et *Lactobacillus spp*]). En lien avec les gonalgies droites persistantes malgré les interventions (infiltrations et arthroscopie), l'intéressée présentait un important déconditionnement avec amyotrophie de la jambe droite. De plus, en lien entre autres avec des complications infectieuses pour lesquelles elle était suivie en infectiologie au CHUV, elle se déplaçait en canne anglaise avec décharge partielle du membre inférieur droit. Selon le Dr I.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée était nulle en toute activité mais devait s'améliorer en lien avec la guérison des complications infectieuses. Le médecin traitant faisait également part de la prise en compte de la problématique psychique qu'il convenait d'investiguer auprès du psychiatre traitant. Dans ce contexte, une réévaluation de la situation semblait nécessaire dans un délai de trois à quatre mois.

Le 21 décembre 2018, l'OAI a pris connaissance du dossier médical actualisé constitué par W.\_\_\_\_\_ SA, contenant notamment :

- des certificats des 19 avril, 9 et 30 mai ainsi que du 13 juin 2018 du Dr X.\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de l'assurée à 100 % du 19 avril 2018 au 22 juin 2018, ainsi que des rapports médicaux des 15 mai et 16 août 2018. Dans le dernier document, ce psychiatre a répondu

comme suit aux questions adressées dans l'intervalle par l'assureur perte de gain de l'assurée :

- “1. *Diagnostic principal et diagnostic secondaire :*  
Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 : F32.11).  
Trouble de la personnalité, sans précision (CIM-10 : F60.9).
2. *Bref résumé de l'anamnèse depuis le début de l'incapacité de travail :*  
La patiente présente depuis la fin 2017, début 2018, une problématique physique accentuée à une symptomatologie dépressive de plus en plus importante qui s'est installée. Mme T.\_\_\_\_\_ présente une accentuation de son trouble du sommeil, une tristesse, des ruminations, une anhédonie, une aboulie, une anticipation négative à l'avenir, une dévalorisation, une perte de l'appétit et une fatigabilité importante. A cela, on peut aussi ajouter une situation professionnelle compliquée. Hélas, les périodes de prolongation d'arrêt de travail font que la patiente se pose des questions par rapport à ses compétences professionnelles. Actuellement elle est convalescente des suites de son problème orthopédique.
3. *Y'a-t-il des facteurs étrangers à la maladie qui jouent un rôle ?*  
Des difficultés au poste de travail mais en lien avec son hypersensibilité et ses symptômes dépressifs.
4. *Quell[le]s sont les améliorations depuis le dernier rapport ?*  
Mme T.\_\_\_\_\_ ne présente pas une amélioration significative depuis son dernier rapport.
5. *Quelles ont été les thérapies effectuées jusqu'à ce jour ?*  
Suivie TPPI Psychiatrique, psychothérapeutique et pharmacologique intégré.
6. *Thérapie actuelle, et plan de traitement pour la suite :*  
Brintellix 20 mg par jour ainsi que de Lamotrigin 5 mg le matin et 5 mg le soir et de [Z]olpidem 10 mg le soir.
7. *Quelles sont les restrictions existantes médicalement justifiées ?*  
La capacité de concentration, adaptation et rythme au travail son[t] restreintes en raison de ses troubles psychiatriques. La capacité de compréhension (pas de restriction).
8. *Une reprise du travail entière ou partielle de son activité professionnelle ?*  
Sa reprise professionnelle progressive pourrait être prévue dans un premier temps dans un cadre plutôt adapté sur le plan psychique. Néanmoins en ce moment la patiente présente des problèmes de santé physique qui ont un impact majeur sur sa santé psychique.
9. *Quelles activités peut-on raisonnablement attendre de la personne assurée, du point de vue médical ?*  
Voir avec les médecins généraliste et orthopédiste de la patiente.

10. *Une capacité de travail de la personne assurée serait envisageable dans une activité adéquate ? Si oui, [à] combien % ?*

Cf. question 8. A voir avec les médecins généraliste et orthopédiste de la patiente.

11. *Des mesures d'ordre professionnel auprès de l'AI sont-elles indiquées ?*

Oui sur le plan psychiatrique mais à confirmer avec les autres intervenants du réseau.

12. *Avez-vous établi des certificats pour d'autres assurances ?*

Non.

11. *Remarques (motivation, pronostic)*

Nihil." ;

- un rapport du 25 octobre 2018 établi à l'intention du médecin-conseil de W. \_\_\_\_\_ SA par le Dr I. \_\_\_\_\_ en lien avec l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Joignant le rapport du 23 octobre 2018 d'hospitalisation au CHUV, le médecin traitant a fait part de gonalgies droites persistantes et d'un important déconditionnement avec amyotrophie de la jambe droite, situation médicale aggravée par des complications infectieuses existant depuis le mois d'août 2018. Du point de vue thérapeutique, il convenait de traiter ces infections et débiter ensuite un reconditionnement avec de la physiothérapie intensive et antalgie par paracétamol, AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), ainsi que Tramadol® en réserve. En l'état, l'assurée « restait en incapacité de travail complète » ; en lien avec la problématique orthopédique, la poursuite de l'activité professionnelle semblait difficile sans une adaptation, voire une reconversion. Une réévaluation de la situation devait avoir lieu dans un délai de trois à quatre mois.

- un rapport du 15 novembre 2018 relatif à une consultation de contrôle du 24 octobre 2018 dans lequel le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ayant opéré l'assurée le 21 juin 2018 par arthroscopie en raison d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et externe du genou droit, a fait part de la persistance de quelques douleurs résiduelles pour lesquelles l'intéressée bénéficiait encore de séances de physiothérapie avec une évolution dans l'ensemble favorable.

Dans un rapport à l'OAI du 31 décembre 2018, consécutif à un dernier contrôle du 19 décembre précédent, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent épisode moyen sans syndrome somatique (F32.10) et de troubles de la personnalité, sans précision (F60.9) existant depuis environ dix ans, voire depuis la jeunesse. Le psychiatre traitant a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée à 100 % dans l'activité d'aide-soignante « en alternance avec le médecin généraliste de la patiente attesté en raison d'une problématique mixte psychiatrique et orthopédique qui a péjor[é] la santé psychique de la patiente ». On extrait ce qui suit de la rubrique « 2.1 Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente » de ce rapport :

“La patiente présente depuis la fin 2017, début 2018, une problématique physique articulée à une symptomatologie dépressive de plus en plus importante qui s'est installée. Mme T.\_\_\_\_\_ présente une accentuation de son trouble du sommeil, une tristesse, des ruminations, une anhédonie, une aboulie, une anticipation négative à l'avenir, une dévalorisation, une perte de l'appétit et une fatigabilité importante. A cela, on peut aussi ajouter une situation professionnelle compliquée qui s'est fini par un licenciement. Hélas, les périodes de prolongation d'arrêt de travail font que la patiente se pose des questions par rapport à ses compétences professionnelles. Actuellement elle est convalescente des suites de son problème orthopédique (infection articulaire).”

Sur la base de ses propres examens, le Dr X.\_\_\_\_\_ décrivait alors une assurée à la tenue et l'hygiène soignées, avec une thymie triste, une péjoration de l'actualité avec des idéations de culpabilité et des ruminations. Sa thymie était légèrement triste et elle décrivait une anhédonie, une aboulie, un manque de l'élan vital ainsi qu'un épuisement quotidien. Ce médecin a confirmé que sa problématique psychique était étroitement liée aux difficultés orthopédiques et qu'actuellement elle présentait une symptomatologie dépressive marquée. Il n'existait pas de symptômes florides de la lignée psychotique, pas de symptomatologie maniaque, et l'intéressée présentait par périodes des idées suicidaires non scénarisées. La médication alliait la prise de Brintellix® mg cp (20-0-0), Lamotrigine® (50-0-50), Temesta® exp 1mg cp 1 cp le soir et Zolpidem® 10 mg le soir. Sur le plan psychiatrique, une reprise de travail progressive

était envisageable. Toutefois des « problèmes somatiques importants (infection articulaire) » faisaient obstacle à toute mesure de réadaptation pour l'instant. A la question de savoir dans quelle mesure l'assurée était limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères, le Dr X. \_\_\_\_\_ a répondu : « Limitations sur le plan physique importante[s] pour toute tâche quotidienne.. ».

Le 24 avril 2019, l'OAI s'est vu communiquer par l'assureur perte de gain de l'assurée un nouveau rapport du 11 avril 2019 adressé à son médecin-conseil par le Dr I. \_\_\_\_\_. Ce dernier a fait part d'une évolution clinique progressivement favorable sur le plan de l'infectiologie ; depuis la fin 2018, l'assurée n'avait plus eu d'infection au genou droit et avait pu reprendre activement des séances de physiothérapie avec une bonne évolution de la mobilité de son genou et une reprise de la marche ainsi que de son autonomie. Par contre, la problématique orthopédique préexistante (à l'origine de son arrêt de travail initial) demeurait incapacitante, avec des gonalgies persistantes et épanchement clinique, et n'était pas traitable selon l'avis des orthopédistes du CHUV. Le médecin traitant a indiqué qu'une reprise du travail à 100 % était envisageable « en fonction de l'activité professionnelle adaptée qui a[vait] pu être trouvée ». Il a noté des restrictions fonctionnelles (soulever et porter des charges jusqu'à 5-6 kilos, durée de conservation de la position debout une heure, marche possible jusqu'à 0,5 - 1 kilomètre, et durée de conservation de la position assise deux heures) avec une réduction du rythme de travail sans autres précisions. Du point de vue thérapeutique, la physiothérapie, l'antalgie ainsi que la prise de la médication psychotrope devaient être poursuivies.

Par rapport du 10 mai 2019 à l'OAI, la Dre R. \_\_\_\_\_, médecin assistante, du Service de Chirurgie septique du DAL au CHUV, au vu de la bonne évolution avec absence de récurrence, a confirmé une reprise de travail possible en plein dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée depuis le 25 novembre 2018.

Un avis du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 17 mai 2019 a fait le point de la situation comme suit :

"Date de la demande : 16.03.2018

1<sup>ère</sup> demande. Assurée brésilienne de 53 ans, aide-soignante, qui dépose une demande en lien avec un problème de genou depuis fin 2017.

Suite à plusieurs interventions chirurgicales en 2018, les chirurgiens indiquent une CT AH [capacité de travail dans l'activité habituelle] entière depuis novembre 2018. Le MT [médecin traitant] mentionne pour sa part la poursuite d'une IT [incapacité de travail] totale en décembre 2018. Le psychiatre fait état à la fois d'un épisode dépressif réactionnel à la situation physique et d'un état dépressif depuis 10 ans.

Discussion : Nous requestionnons le MT pour préciser l'évolution de la situation sur le plan somatique, ainsi que le psychiatre pour déterminer si l'état dépressif mentionné a déjà engendré des IT [incapacités de travail] par le passé, sans quoi nous pourrions considérer avec vraisemblance qu'une amélioration de l'état psychique peut être attendue en correspondance avec l'évolution de l'atteinte somatique."

Dans ses réponses du 16 juin 2019 au questionnaire adressé par l'OAI dans l'intervalle, le Dr I.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'une amélioration du status orthopédique de l'assurée « semblait difficile », avec un pronostic sombre sur ce plan s'agissant de la reprise de l'activité habituelle de veilleuse de nuit. Au vu de l'âge, de la volonté, ainsi que du parcours de l'intéressée, son médecin était d'avis qu'une mesure de réinsertion professionnelle dans un poste adapté au handicap orthopédique devait lui permettre de retrouver une capacité résiduelle de travail de 60 %, ce qui semblait être « un bon objectif ». Concernant la problématique psychique, le Dr I.\_\_\_\_\_ renvoyait l'OAI auprès du psychiatre traitant.

Le 15 juillet 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

*"1. Quelle a été l'évolution de son état de santé depuis votre dernier rapport ?*

La patiente présente depuis la fin 2017, début 2018, une problématique physique accentuée à une symptomatologie dépressive de plus en plus importante qui s'est installée. Mme T.\_\_\_\_\_ présente une accentuation de son trouble du sommeil,

une tristesse, des ruminations, une anhédonie, une aboulie, une anticipation négative à l'avenir, une dévalorisation, une perte de l'appétit et une fatigabilité importante. A cela, on peut aussi ajouter une situation professionnelle compliquée. Hélas, les périodes de prolongation d'arrêt de travail font que la patiente se pose des questions par rapport à ses compétences professionnelles. La patiente présente, comme nous l'avons déjà évoqué, Actuellement madame T.\_\_\_\_\_ présente un effondrement dépressif important.

2. *Quelles ont été les incapacités de travail et/ou hospitalisations antérieur[e]s à 2017 en lien avec le diagnostic F32.10 présent depuis 10 ans ?*

L'incapacité de travail a débuté avec le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la patiente. Nous avons pris le relais au mois de mars 2018 car la patiente présente actuellement une problématique mixte et elle est incapable de travailler à 100%. Depuis mars 2018 elle est incapable de travailler à 100% en lien avec son diagnostic F32.10 dans le cadre de mon cabinet."

Dans un rapport médical du 2 octobre 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu, comme atteinte principale à la santé, un status post arthroscopie sur méniscopathie du genou droit avec complications infectieuses (M23) et, comme pathologies associées non du ressort de l'AI, des traits de personnalité borderline avec décompensations dépressives épisodiques. Le médecin du SMR a estimé, sur la base des renseignements médicaux complémentaires, que l'incapacité de travail était de 100 % du 1<sup>er</sup> octobre 2017 jusqu'au 31 mars 2019, puis nulle dès le mois d'avril 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« pas de marches prolongées ou en terrain irrégulier, pas d'utilisation répétitive d'escaliers ou d'échelles, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de port de charges lourdes »).

Par projet d'acceptation de rente du 10 décembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il allait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 30 juin 2019 (basée sur un degré d'invalidité de 80 %). Ses constatations étaient les suivantes :

"Vous exerciez l'activité d'auxiliaire de santé.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 5 octobre 2017. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 5 octobre 2018, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans toute activité, ouvrant ainsi le droit à la rente entière.

Dès le 1<sup>er</sup> avril 2019, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous en respectant vos limitations fonctionnelles (*pas de marches prolongées ou en terrain irrégulier, pas d'utilisation répétitive d'escaliers ou d'échelles, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de port de charges lourdes*). Le type d'activité qui pourrait être exercée est : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement.

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 55'348.82 à 100%, en 2019.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 63'011.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 55'348.82
Perte de revenu	CHF 7'662.18
Empêchement	12.16%

Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, il convient d'une part de déterminer le préjudice économique subi dans la part professionnelle (part active) et d'autre part de prendre [en] considération les empêchements dans la tenue du ménage (part ménagère).

Le degré d'invalidité qui résulte de ces deux domaines doit ensuite être pondéré en tenant compte du taux d'occupation professionnel que vous auriez eu si vous n'aviez pas été invalide et du taux consacré à vos travaux habituels.

Toutefois, dans votre situation cela n'est pas nécessaire. En effet, la prise en compte d'empêchements ménagers dans le calcul de votre degré d'invalidité n'influence aucunement le droit à la rente.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	12.16%	9.7%
Ménagère	20%	0%	<u>9.7%</u>
Degré d'invalidité			9.7%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne plus droit à la rente.

Toutefois, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois. Le droit à la rente cesse donc au 30 juin 2019, soit trois mois après l'amélioration intervenue le 1<sup>er</sup> avril 2019.

Le montant exact de la rente AI est fixé par la caisse de compensation. Le calcul sera effectué au plus tôt au terme de la procédure de préavis. Le montant vous sera communiqué dans la décision définitive."

Dans le cadre de ses objections des 23 janvier et 26 février 2020 sur ce préavis, l'assurée, par l'entremise de Me Alexandre Lehmann, a demandé le maintien du droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019, et subsidiairement l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Plus subsidiairement, elle demandait à l'OAI de poursuivre l'instruction médicale du cas par la mise en œuvre d'une expertise externe. Estimant que l'OAI avait omis de tenir compte de ses troubles psychiques dans le cadre de l'évaluation de son invalidité, elle a transmis un rapport du 24 février 2020 rédigé à l'intention de son conseil par le Dr X.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

*"1. Diagnostic principal et diagnostic secondaire :*

Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 : F32.11).

Trouble de la personnalité, sans précision (CIM-10 : F60.9).

*2. Bref résumé de l'anamnèse depuis le début de l'incapacité de travail, capacité de travail vs capacité de travail adaptée, évolution :*

[...] La patiente présente, comme nous l'avons déjà évoqué, un effondrement dépressif important avec des symptômes typiques que nous avons déjà évoqués. La patiente se dit triste et très fatiguée. L'incapacité de travail a débuté avec le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la patiente. Nous avons pris le relais au mois de mars 2018 car la patiente présente actuellement une problématique mixte et elle est incapable de travailler à 100%. Depuis mars 2018 elle est incapable de travailler à 100% en lien avec son diagnostic F32.10 dans le cadre de mon cabinet. La patiente présente une thymie triste avec souvent une anxiété importante. Par période, elle présente un épuisement global avec une perte de l'élan vital, une péjoration de l'actualité. Il n'y a pas de symptômes florides de la lignée psychotique et pas d'idées suicidaires. Actuellement la patiente est en incapacité de travail à 100% le pronostic étant réservé aux vues de l'état clinique de la patiente. Les seules activités que l'expertisée peut effectuer, son[t] des activités sans engagement professionnel et

sans avoir à faire face aux contraintes d'un travail dans l'économie du marché libre, au vu de la péjoration et de la dégradation de la symptomatologie dépressive articulée aux traits de la personnalité de l'expertisée."

Lors d'une discussion du 11 mars 2020 entre la gestionnaire en charge du dossier à l'OAI et le médecin-conseil du SMR, ce dernier a indiqué que le dernier rapport du psychiatre traitant de l'assurée n'était pas de nature à remettre en question le bien-fondé du projet de décision contesté.

Aux termes d'un courrier 11 mars 2020 adressé à Me Lehmann, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a estimé que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute son préavis du 10 décembre 2019 qui reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales.

Par décision du 6 juillet 2020, l'OAI a entériné le projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 30 juin 2019.

**B.** T.\_\_\_\_\_, représentée par Me Alexandre Lehmann, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 7 septembre 2020 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas en se fondant sur l'appréciation du 2 octobre 2019 du SMR pour lui refuser le droit à la rente au-delà du 30 juin 2019 sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, sans prendre en compte le rapport du 24 février 2020 du Dr X.\_\_\_\_\_ confirmant qu'elle restait en incapacité de travailler à 100 % en raison de l'épuisement global, la perte de l'élan vital et la péjoration de l'actualité la contraignant à des activités sans engagement professionnel, et sans avoir à affronter les contraintes d'un emploi dans l'économie du marché libre.

Elle a produit à cet effet un certificat médical du 21 janvier 2020 ainsi qu'un courrier du 12 juillet 2020 adressé à son représentant par le Dr I.\_\_\_\_\_, dont il ressort que la recourante présentait une situation « complexe et mixte » paraissant contre-indiquer une reconversion professionnelle ou une activité adaptée, avec un pronostic « sombre » à moyen terme. A titre de mesures d'instruction, outre la production du dossier de l'intimé, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) de rang universitaire par le tribunal, son audition personnelle ainsi que la tenue de débats publics.

Dans sa réponse du 7 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Produisant un avis du 25 novembre 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_, auquel il se ralliait, l'office intimé a estimé qu'il n'y avait aucun élément, outre l'appréciation du médecin traitant, susceptible de modifier sa position. L'intimé a également produit son dossier consultable auprès du greffe du tribunal.

Le 3 février 2021, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions ainsi que ses requêtes de mesures d'instruction, la recourante a produit un rapport du 28 janvier 2021 du Dr I.\_\_\_\_\_ adressé à son représentant, et dont il ressort ce qui suit :

- “• Les diagnostics incapacitants restent les mêmes :  
Gonarthrose genou droit  
Trouble dépressif récurrent et trouble de la personnalité (cf. Dr X.\_\_\_\_\_)
- La situation de Mme T.\_\_\_\_\_ reste complexe et mixte. Sur le plan somatique, nous sommes en face d'une gonarthrose inopérable qui contre-indique la poursuite de son activité professionnelle habituelle (comme mentionnée dans le rapport du médecin SMR). Cliniquement, il existe une boiterie et un épanchement clinique permanent malgré une pris[e] en charge physiothérapeutique ciblée. Une infiltration de cortisone récente, le 1.12.2020, à niveau de ce genou n'a pas permis de modifier la mobilité de ce dernier et confirme donc notre impuissance thérapeutique actuelle. Nous sommes donc loin de l'appréciation orthopédique de 2018 du Prof G.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital [...] de [...]. Au vu des limitations évoquées par le Dr S.\_\_\_\_\_ (orthopédiste traitant) dans son rapport du 23.3.2020 en votre possession, une activité même adaptée reste probablement difficile à trouver.

- Sur le plan psychique, le stress inhérent au changement d'activité professionnelle avec l'adaptation psychique que cela sous-tend me semble actuellement ingérable pour cette patiente, qui n'arrive, par moment, même pas à gérer les besoins de base de son quotidien. Cette fragilité actuelle n'est pas qu['] en lien avec la problématique orthopédique, mais fait suite à une histoire de vie particulièrement traumatique qui l'empêche d'avoir les ressources pour une nouvelle adaptation professionnelle.
- Au vu de la durée de l'incapacité de travail de 3ans, de l'incurabilité de la problématique orthopédique et de l'importance des traumatismes psychiques subis, son pronostic à moyen et long terme est sombre. Dans cette situation complexe, une expertise bi-disciplinaire (orthopédique/psychiatrique) me semble fortement souhaitable pour apprécier au mieux cette situation."

Dans sa duplique du 22 février 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a joint un avis du 17 février 2021 du Dr J. \_\_\_\_\_ qui s'est exprimé comme suit sur le dernier rapport du médecin traitant de la recourante :

"Discussion: Une absence d'amélioration de la mobilité du genou n'amène pas d'éléments nouveaux quant à la possibilité d'exercer une activité adaptée puisque les LF [limitations fonctionnelles] complètes ont déjà été retenues en lien avec cette atteinte. Le fonctionnement psychique de l'assurée est connu de longue date et ne l'a pas empêchée d'exercer une activité d'aide-soignante. On ne retrouve pas une argumentation clinique rendant plausible une péjoration de l'état psychique à chaque RM [rapport médical] alors même que la problématique à l'origine de l'incapacité de travail est stabilisée. Bien qu'un certain nombre de critères de la dépression soient énumérés, le psychiatre traitant n'apporte pas d'éléments concrets permettant d'objectiver les troubles cognitifs et la fatigabilité psychique évoqués. Le pessimisme annoncé reste hypothétique et la capacité de l'assurée à mobiliser son potentiel d'adaptation ne pourra être objectivé qu'en situation, celui-ci étant par ailleurs entretenu par la « prolongation d'arrêt de travail qui font que la patiente se pose des questions par rapport à ses compétences professionnelles » avec un déconditionnement rapporté."

Le 30 mars 2021, maintenant sa position ainsi que les moyens de preuve offerts, la recourante a produit un rapport du 29 mars 2021 du Dr X. \_\_\_\_\_ dont il ressort ce qui suit :

"réponse à l'Avis Dr J. \_\_\_\_\_ du 28.01.21 :

**Mme T. \_\_\_\_\_, née le [...]**

Madame T. \_\_\_\_\_ présente un effondrement thymique chronique et durable depuis plusieurs années. La patiente présente depuis la fin 2017, début 2018, une symptomatologie dépressive de plus en plus importante qui s'est installée, actuellement nous évoquons le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F33.2 (CIM-10) avec une [é]valuation dans l'échelle de Hamilton [à] 28 qui n'a pas eu des modifications dans le score depuis plus de 12 mois. Mme T. \_\_\_\_\_ présente une accentuation de son trouble du sommeil, une tristesse, des ruminations, une anhédonie, une aboulie, une anticipation négative à l'avenir, une dévalorisation, une perte de l'appétit et une fatigabilité importante, une perte de poids et une dévalorisation accompagnée d'idées suicidaires. Depuis le mois de mars 2018 car la patiente est incapable de travailler à 100%. Depuis mars 2018 elle est incapable de travailler à 100 % en lien avec son diagnostic F33.2 dans le cadre de mon cabinet. La thymie est triste avec une anxiété généralisée et un manque de projection dans l'avenir. Le pronostic étant réservé aux vues de l'état clinique de la patiente. Actuellement Madame T. \_\_\_\_\_ n'est même pas capable d'effectuer, ses tâches ménagères ni d'assurer son quotidien, au vu de la péjoration et de la dégradation de la symptomatologie dépressive devenue chronique nous considérons que la capacité de travail de la patiente est nulle."

Par courrier du 6 avril 2021, la recourante a informé le tribunal renoncer finalement à la tenue d'une audience de débats publics.

Par correspondance du 19 avril 2021, l'OAI a maintenu sa position en informant avoir soumis la dernière pièce médicale émanant du psychiatre traitant de la recourante au SMR pour appréciation. Il a ainsi produit un nouvel avis du 8 avril 2021 du Dr J. \_\_\_\_\_ qui se termine comme suit :

"Discussion: Sur le plan psychique, les RM du Dr X. \_\_\_\_\_ ne peuvent être considérés comme probants quant à l'appréciation de la sévérité de l'état psychique antérieur à la [d]écision AI, réactionnel à l'atteinte somatique par la suite stabilisée. Sur le plan somatique, les éléments médicaux ne permettent pas de diverger de l'appréciation faite en avril 2019. On peine à comprendre en quoi les LF (pas de marches prolongées ou en terrain irrégulier, pas d'utilisation répétitive d'escaliers ou d'échelles, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de port de charges lourdes) ne seraient pas adéquates concernant un problème de genou, alors même qu'elles correspondent aux propres LF émises par le MT, ni en quoi les douleurs résiduelles au genou empêcheraient toutes AA épargnant spécifiquement le genou. Nous n'avons pas d'éléments permettant de s'écarter des conclusions émises jusqu'à la [d]écision AI. Par la suite, on ne peut exclure une péjoration de l'état de santé, notamment psychique, en lien, au moins en partie, avec une chronicisation du déconditionnement. Ceci, ainsi que l'adéquation de la réponse thérapeutique, pourrait être évalué dans le cadre d'une

nouvelle demande, vraisemblablement au moyen d'une expertise au vu de la situation."

Le 4 mai 2021, la recourante a contesté le point de vue de l'OAI, respectivement du SMR, voulant qu'il n'y aurait pas d'éléments médicaux susceptibles de rediscuter le bien-fondé de la décision attaquée du 6 juillet 2020. Me Lehmann a produit une liste des opérations accomplies au titre de l'assistance judiciaire.

Le 20 mai 2021, la recourante a produit un rapport du 10 mai 2021 adressé à l'OAI par le Dr X. \_\_\_\_\_ qui s'est exprimé en ces termes sur l'avis du 8 avril 2021 de son confrère du SMR :

"[...] Dans mon dernier rapport, j'ai souligné la chronicité de la symptomatologie dépressive de la patiente qui présente un effondrement thymique accompagné d'une anxiété généralisée, je n'ai pas parlé de son trouble de la personnalité car c'est la décompensation thymique qui est le facteur principal de son handicap avec les limitations fonctionnelles associées. Dans une lecture unilatérale de la situation de Madame T. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ met en avant la disparition du trouble de la personnalité, en feignant d'ignorer qu'un trouble de la personnalité ne disparaît pas comme par magie (surtout si on prend le temps de lire la totalité du dossier médical de la patiente). En outre le Dr J. \_\_\_\_\_ reste extrêmement imprécis dans ses considérations et parle d'atteintes somatiques et psychiatriques en mélangeant tous les symptômes avec une certaine obsession pour la perte de poids, perte de poids qu'il n'a jamais eu la possibilité d'objectiver étant donné qu'il n'a jamais évalué la patiente en personne.

Je réaffirme mon pronostic et mes précisions par rapport à la pathologie présentée par la patiente et précise, en plus, qu'elle présente une péjoration chronique de son trouble physique établi aussi par différents médecins avec des évaluations précises.

Je me permets enfin de m'étonner que, alors qu'il n'a en aucun cas évalué la patiente en personne, le Dr J. \_\_\_\_\_ s'autorise à donner, avec un absolu manque de rigueur, un avis médical sur ce dossier ; il se positionne expert dans l'absolu du domaine médical comme s'il était tout à la fois interniste, orthopédiste et psychiatre ! Moi-même, je ne respecterais pas mon engagement auprès de l'assurance[-]invalidité si, sur une demande de votre part, je venais à la remplir sans avoir vu le patient en question et je ne pense pas que l'assurance[-]invalidité prendrait le rapport absence du patient comme des éléments probants par rapport à la situation psychique d'un patient à un moment déterminé.

Dès lors, je sollicite votre Office afin qu'il revienne sur sa décision et accepte en tout cas une évaluation de la part d'un médecin qui se

donne le temps d'évaluer la patiente en personne en vue de comprendre sa situation clinique globale, psychique et physique. Puis-je me permettre in fine de vous adresser une dernière prière ? Celle de faire désormais en sorte que les médecins du SMR signent selon leur spécialité, ce qui n'est pas le cas du Dr. J.\_\_\_\_\_. Il importe en effet qu'on puisse connaître la spécialité du médecin qui s'adresse à nous, médecins traitants de Madame T.\_\_\_\_\_."

Dans d'ultimes déterminations du 10 juin 2021, l'OAI a maintenu sa position, insistant sur le caractère complet du dossier médical de la recourante, et sans une évaluation orthopédique et psychiatrique nécessaire. Il a joint un dernier avis SMR du 8 juin 2021 signé par le Dr J.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

"Discussion: Le Dr X.\_\_\_\_\_ confirme que l'intensité de la symptomatologie permettant selon son appréciation de retenir un trouble de la personnalité n'est dans tous les cas pas au premier plan d'une incapacité, ce qui est compatible avec une qualification de traits de personnalité pathologiques déjà retenue. Pour le reste, malgré sa longueur, le RM [rapport médical] du Dr X.\_\_\_\_\_ élude toute argumentation objective. Ce spécialiste en psychiatrie n'explique pas selon quelles réponses détaillées et quels questionnaires antérieurs un score de Hamilton est fixé à 28 depuis 12 mois, ni pourquoi une telle information ne nous a pas été communiquée auparavant. Il n'explique pas selon quelle anamnèse détaillée et circonstanciée il retient la symptomatologie générique évoquée. Il n'explique pas le traitement, ni la fréquence de la prise en charge. Il ne parvient pas à fournir des valeurs aussi élémentaires que celles d'un poids qui permettraient de conclure à une perte de poids. Il ne décrit pas les réseau ou hospitalisation mis en place autour d'une personne ne parvenant plus à assurer son quotidien. Il ne peut expliquer les éléments clinique lui permettant de retenir un diagnostic d'anxiété généralisée, ou de prise en charge s'y rapportant. Il ne peut expliquer la faible cohérence entre ces différents RM, annonçant notamment en mars 2021 que la sévérité de l'état psychique était jugée péjorée depuis 12 mois, alors qu'en décembre 2020 une péjoration depuis 2 mois était rapportée avec l'introduction d'un traitement médicamenteux non précisé. L'absence d'élément objectif apporté par le Dr X.\_\_\_\_\_ malgré ses communications ne permet pas de leur attribuer un caractère convaincant. Les précédentes conclusions restent valables. "

Le 12 juillet 2021, la recourante a produit un courriel du 9 juillet 2021 envoyé à son conseil par le Dr X.\_\_\_\_\_ aux termes duquel le psychiatre traitant s'est exprimé sur le dernier avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 8 juin 2021. On extrait ce qui suit de ce document :

"Cher Maître,

Je vous confirme la réception de votre courrier du 22 juin 2021.

Je reste toujours étonné par la position du docteur J.\_\_\_\_\_, ce dernier se positionne toujours en tant qu'expert alors qu'il n'a jamais vu la patiente.

Dans l'occurrence il ne répond à aucun de mes questionnements et surtout à ce jour je reste toujours dans l'attente de connaître l[a] spécialité médicale du Dr. J.\_\_\_\_\_.

En conclusion je reste sur la même conclusion :

Madame T.\_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif récurrent actuellement décompensé articulé à un trouble de la personnalité.

En plus après discussion avec ses médecins sa problématique orthopédique reste aussi chronique avec des périodes de décompensation de plus en plus fréquent[e]s (la patiente a toujours besoin de moyens auxiliaires pour se mobiliser).

A mon humble avis il y aurait qu'une expertise neutre qui pourrait amener à une évaluation de l'état de santé de madame T.\_\_\_\_\_."

Me Lehmann a produit une liste actualisée des opérations accomplies au titre de l'assistance judiciaire.

**C.** Par décision du 13 novembre 2020, admettant la demande de restitution de délai et annulant une décision rendue le 14 octobre 2020, T.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 juillet précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires et tenue au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> décembre 2020. Un avocat d'office en la personne de Me Alexandre Lehmann lui a été désigné.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit au maintien au-delà du 30 juin 2019 de la rente entière d'invalidité de la recourante.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne

droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (VALTERIO, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 6 *ad* art. 31 LAI et réf. cit. p. 495). Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3068 et réf. cit. p. 833 s. ; cf. également TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

**d)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**e)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**f)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4. a)** L'autorité intimée a alloué une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 30 juin 2019, au motif que la recourante présenterait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de marches prolongées ou en terrain irrégulier, pas d'utilisation répétitive d'escaliers ou d'échelles, pas de travail accroupi ou à genoux et pas de port de charges lourdes) depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019. Cette décision se base sur les avis successifs du Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR, selon lequel, sur le plan physique, l'atteinte au genou droit est stabilisée depuis le mois d'avril 2019 au moins selon l'estimation du médecin traitant et les constatations des spécialistes du CHUV. Du point de vue psychiatrique, les rapports médicaux du psychiatre traitant indiqueraient que la situation est liée à l'atteinte à la santé physique ainsi qu'à des facteurs extérieurs relevant de difficultés sur le lieu de travail, avec une reprise professionnelle adaptée possible. Le médecin du SMR réfute une péjoration de l'état psychique de l'assurée jusqu'au jour de la décision attaquée du 6 juillet 2020. Par la suite, il ne peut exclure une aggravation de l'état de santé, notamment psychique, en lien, au moins en partie, avec une chronicisation du déconditionnement s'accroissant avec la durée de l'incapacité de travail et pouvant, le cas échéant, être examinée dans le cadre d'une procédure ultérieure de révision du droit à la rente.

De son côté, la recourante considère que l'office intimé a omis de tenir compte de la problématique psychiatrique qui demeurerait totalement incapacitante, justifiant le maintien du droit à la rente entière allouée depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018 au-delà du 30 juin 2019. Elle oppose les rapports de ses médecins traitants sur la question contredisant l'opinion de l'office intimé, respectivement du SMR, estimant avoir fourni des éléments médicaux susceptibles de rediscuter le bien-fondé de la décision querellée.

**b) aa)** Sur le plan somatique, en janvier 2018, le Professeur G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de gonarthrose droite avec syndrome de la bandelette ilio-tibiale droite. Moyennant un traitement comprenant des

infiltrations intra et extra-articulaires et de la physiothérapie, il prévoyait une reprise de travail à plein temps dans une activité adaptée et décrivait des limitations fonctionnelles (en l'occurrence, « soulever et porter des charges jusqu'à dix kilos, durée de conservation de la position debout jusqu'à huit heures, marche possible jusqu'à cinq kilomètres et durée de conservation de la position assise huit heures » ; rapport du 31 janvier 2018 adressé à W.\_\_\_\_\_ SA). Après l'échec de plusieurs infiltrations au CHUV et à la suite de l'arthroscopie pour ménisectomie partielle dont elle a bénéficié le 21 juin 2018, l'assurée a été hospitalisée à quatre reprises en Chirurgie sceptique au CHUV (à savoir, du 24 au 30 août 2018 [dermohypodermite prépatellaire du genou droit avec lavage arthroscopique stérile], du 14 au 21 septembre 2018 [burssectomie prépatellaire pour bursite infectieuse *Citrobacter koseri/Klebsiella pneumoniae*], du 9 au 18 octobre 2018 [bactériémie soutenue à *Bacillus cereus*] et du 1<sup>er</sup> au 14 novembre 2018 [bactériémie récidivante à *Bacillus cereus* et *Lactobacillus spp*]). Les 25 octobre et 13 décembre 2018, le Dr I.\_\_\_\_\_ a attesté d'une péjoration en raison de gonalgies persistantes et d'un important déconditionnement avec amyotrophie de la jambe droite, situation aggravée de complications infectieuses depuis août 2018 et pour lesquelles l'assurée était suivie au CHUV, elle-même se déplaçant en canne anglaise avec décharge partielle du membre inférieur droit (rapport du 25 octobre 2018 au médecin-conseil de W.\_\_\_\_\_ SA ; rapport du 13 décembre 2018 au médecin-conseil de l'OAI). Le 11 avril 2019, le médecin traitant a noté l'absence d'infection au genou droit depuis la fin 2018, mais que la problématique orthopédique préexistante, soit des gonalgies persistantes ainsi qu'un épanchement clinique, n'était pas traitable selon les spécialistes du CHUV. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une capacité de travail de 100 % était envisageable dans une activité adaptée ; il a fixé des restrictions fonctionnelles avec une réduction du rythme de travail non chiffrée (rapport du 11 avril 2019 au médecin-conseil de W.\_\_\_\_\_ SA). Dans un rapport du 10 mai 2019 (pièce 54), la Dre R.\_\_\_\_\_ a confirmé une reprise de travail possible à 100 % dans une activité adaptée depuis le 25 novembre 2018. Le 16 juin 2019, le Dr I.\_\_\_\_\_ a qualifié une reprise de travail à un taux de 60 % dans un poste adapté à la problématique orthopédique comme un bon objectif (rapport du 16 juin

2019 au médecin-conseil de l'OAI). Aux termes de son rapport du 28 janvier 2021 rédigé à l'intention de Me Lehmann, le médecin traitant, posant les diagnostics incapacitants de gonarthrose genou droit ainsi que de trouble dépressif récurrent et trouble de la personnalité (en référence au psychiatre consulté par l'assurée, le Dr X.\_\_\_\_\_), a fait état de traumatismes psychiques, sous la forme de stress inhérent au changement d'activité professionnelle avec l'adaptation psychique que cela sous-tendait, empêchant la recourante d'avoir les ressources suffisantes pour une nouvelle adaptation professionnelle.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, lors de la tentative de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une prise en charge externalisée dans le courant 2018, qui avait dû être interrompue en raison de l'hospitalisation de l'assurée à la suite de problèmes de genou, l'intéressée a déclaré qu'elle faisait des crises d'angoisse depuis qu'elle rencontrait ses problèmes de santé et qu'elle consultait un psychiatre (« IP : Rapport MIP externalisée » du 11 octobre 2018 de la conseillère en insertion d'E.\_\_\_\_\_, p. 2). En mai et en août 2018, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé l'instauration, depuis la fin 2017 - début 2018, d'une « problématique physique accentuée à une symptomatologie dépressive de plus en plus importante » chez l'assurée, situation à laquelle s'ajoutait une situation professionnelle compliquée. Ce psychiatre a confirmé l'incidence majeure des problèmes physiques sur la santé psychique de l'intéressée en renvoyant auprès des médecins généraliste et orthopédiste sur la question de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le traitement psychiatrique, psychothérapeutique et pharmacologique intégré (TPPI) comprenait la prise de Brintellix® (20 mg par jour), de Lamotrigine® (5 mg matin et soir), et de Zolpidem® (10 mg le soir [cf. rapports des 15 mai et 16 août 2018 au médecin-conseil de W.\_\_\_\_\_ SA]). Le 31 décembre 2018, le psychiatre traitant a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.10) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), existant depuis environ dix ans, voire depuis la jeunesse de l'assurée. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé que, si sur le plan psychiatrique une reprise de travail progressive était envisageable,

l'état de santé physique empêchait l'assurée d'envisager toute mesure de réinsertion professionnelle pour le moment ; il avançait par ailleurs des « limitations sur le plan physique importante[s] pour toute tâche quotidienne.. » (rapport à l'OAI du 31 décembre 2018). Dans son rapport complémentaire du 15 juillet 2019 au médecin-conseil de l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de travail avait débuté avec son confrère le Dr I.\_\_\_\_\_ et que, dans le cadre de sa prise en charge, il avait constaté une problématique mixte chez l'assurée qu'il estimait être incapable de travailler à 100 % en lien avec son diagnostic F32.10. Le 24 février 2020, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé la totale incapacité de travail actuelle de l'assurée, avec un pronostic réservé. A son avis, l'intéressée pouvait néanmoins effectuer des activités sans engagement professionnel et sans avoir à faire face aux contraintes d'un travail dans l'économie du marché libre, au vu de dégradation de la symptomatologie dépressive ; il a motivé son avis en indiquant que l'assurée présentait, comme déjà évoqué, un effondrement dépressif important avec des symptômes typiques (une accentuation de son trouble du sommeil, une tristesse, des ruminations, une anhédonie, une aboulie, une anticipation négative à l'avenir, une dévalorisation, une perte de l'appétit et une fatigabilité importante), et que les périodes de prolongation d'arrêt de travail faisaient qu'elle se posait des questions par rapport à ses compétences professionnelles. Se disant triste et très fatiguée, l'intéressée présentait une thymie triste avec souvent une anxiété importante. Dans son rapport du 29 mars 2021 rédigé à l'intention de Me Lehmann, retenant le diagnostic d'un trouble dépressif, épisode actuel sévère (F33.2), avec un score de 28 à l'échelle de dépression de Hamilton depuis plus de douze mois, le psychiatre traitant a décrit de nouveaux symptômes ajoutés à ceux déjà évoqués (à savoir, une perte de poids ainsi qu'une dévalorisation accompagnée d'idées suicidaires) et confirmé « un effondrement thymique chronique et durable depuis plusieurs années » qui a commencé depuis la fin 2017, début 2018. Le 10 mai 2021, le Dr X.\_\_\_\_\_ a, en réponse au SMR, insisté sur la chronicité de la symptomatologie dépressive chez l'assurée qui présentait un effondrement thymique accompagné d'une anxiété généralisée, précisant que la décompensation thymique constituait le principal facteur

handicapant avec les limitations fonctionnelles associées. Le psychiatre traitant a maintenu sa position, précisant que l'intéressée présentait une péjoration de son trouble physique attesté par les divers médecins consultés. Il a émis l'avis selon lequel son appréciation « clinique globale, psychique et physique » devait l'emporter sur celle du médecin-conseil du SMR qui n'avait pas examiné l'assurée et dont la spécialité médicale restait inconnue faute d'indication de la part du Dr J.\_\_\_\_\_.

**c)** Le 19 avril 2021, l'intimé, se ralliant à l'avis du 8 avril précédent du Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR, considère que les rapports successifs du Dr X.\_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles de remettre en question le bien-fondé de « l'appréciation de la sévérité de l'état psychique antérieur à la Décision AI, réactionnel à l'atteinte somatique par la suite stabilisée », sans pouvoir exclure par la suite une péjoration de l'état de santé, notamment psychique, en lien, au moins en partie, avec une chronicisation du déconditionnement et pouvant, le cas échéant, être évaluée dans le cadre d'une demande de révision. Dans ses déterminations du 10 juin 2021, l'office intimé, insistant sur le caractère complet de l'instruction médicale du cas, a remis un ultime avis sur dossier du 8 juin 2021 signé du Dr J.\_\_\_\_\_, reprochant au psychiatre traitant de ne pas avoir étayé son point de vue par des éléments objectifs. Un tel vice ne permettrait pas de reconnaître une quelconque valeur probante aux avis successifs du Dr X.\_\_\_\_\_ de sorte que le point de vue du SMR resterait pleinement valable.

**d)** Du point de vue somatique, les éléments médicaux ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation du SMR du 2 octobre 2019 (pièce 65) à la faveur d'une stabilisation et une amélioration de l'état du genou droit depuis avril 2019, sur la base notamment du rapport du 11 avril 2019 du Dr I.\_\_\_\_\_ confirmé par celui du 10 mai 2019 de la Dre R.\_\_\_\_\_, justifiant de retenir une capacité de travail de l'assurée à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« pas de marches prolongées ou en terrain irrégulier, pas d'utilisation répétitive d'escaliers ou d'échelles, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de port de charges lourdes »).

**e)** Le SMR ne peut par contre être suivi dans son analyse du cas dès lors que, sur le versant psychiatrique, des éléments médicaux avancés par les médecins traitants attestent d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante antérieure à la décision attaquée du 6 juillet 2020. Si les premiers rapports médicaux ne permettaient pas de retenir une atteinte à la santé incapacitante sur le plan psychiatrique (affections existant depuis de nombreuses années qui n'ont pas empêché l'assurée de travailler par le passé comme aide-soignante et absence de capacité de travail restreinte attestée par le Dr X. \_\_\_\_\_ en raison des atteintes à la santé psychique), ceux des 24 février 2020 et 29 mars 2021 du psychiatre traitant font cependant état d'une péjoration et dégradation de la symptomatologie dépressive installée depuis la fin 2017 - début 2018, avec des éléments objectifs concrets et des symptômes ; même si ces éléments ne sont que peu appuyés par des mesures médicales comme le soulève le Dr J. \_\_\_\_\_ dans avis du 17 février 2021, il reste que ces pièces confirmaient la nécessité de poursuivre l'instruction du cas sur le plan médical et faisaient obstacle au prononcé d'une décision. En effet, il n'est pas invraisemblable que la recourante ait pu décompenser sur le plan psychique après avoir réalisé que son genou droit ne guérirait jamais totalement et qu'elle n'avait d'autre choix que celui de faire une reconversion professionnelle, alors qu'elle ne disposait pas des ressources suffisantes pour cela. Force est donc d'admettre avec la recourante que l'office intimé a omis de prendre en compte la problématique psychiatrique dans le cadre de son examen du cas.

**f)** Au vu des pièces au dossier, les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. L'état de santé de la recourante et les répercussions de l'aggravation annoncée sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de

compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, les experts étant libres de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, conformément à l'art. 44 LPGA et dont le volet psychiatrique devra satisfaire en particulier aux standards requis par la jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles psychiques, avant de statuer sur le droit aux prestations. L'OAI veillera ainsi à ce que l'expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

**g)** Compte tenu de l'issue du litige, les requêtes de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) de rang universitaire ainsi que son audition personnelle annoncées doivent être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c et 120 Ib 224 consid. 2b).

**5. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle le mandataire a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il

se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 4'250 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre à la charge de l'autorité intimée (cf. art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

**d)** Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante, sur la base de dix-sept heures de travail d'avocat, au lieu des vingt-deux heures indiquées dans la liste des opérations accomplies au titre de l'assistance judiciaire qui ne sont pas couvertes par la décision d'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T. \_\_\_\_\_ une indemnité de 4'250 fr. (quatre mille deux cent cinquante francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alexandre Lehmann (pour T. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :