

VD_FINDINFO AI 306/09 - 280/2011 vom 1. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_306_09_-_280_2011

FR: VD_FINDINFO AI 306/09 - 280/2011 du 1 juin 2011

IT: VD_FINDINFO AI 306/09 - 280/2011 del 1 giugno 2011

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 17
LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 01.06.2011 AI 306/09 - 280/2011

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 17
LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 306/09 - 280/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er juin 2011

Présidence de Mme Thalmann Juges : Mme Di

Ferro Demierre et M. Perdrix, assesseur Greffier : M. Rebetez ***** Cause
pendante entre : G. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Jean-Marie Agier,
avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA E n f a i t : A. G. _____, née le 17 novembre 1963,
mariée et mère de trois enfants nés en 1990, 1994 et 2002, a déposé le 19 mai 2004 une
demande de prestations AI. Elle travaillait au CHUV comme employée d'exploitation
depuis le 1 er mars 1998. Selon le questionnaire rempli par l'employeur, elle occupait ce
poste à 50 %, pour un salaire mensuel de 2'225 fr. 46 dès le 1 er janvier 2004. Dans un
rapport du 9 novembre 2004, le Dr [...] Q. _____, spécialiste en médecine générale
(médecin traitant), pose les diagnostics suivants : " Diagnostics ayant des répercussions sur
la capacité de travail : - Douleurs chroniques et invalidantes du bras gauche. - Status post
tumoréctomie desmoïde du bras gauche en juin 2003, suivi d'une neurolyse sensitive du
bras gauche, avec excision biopsie d'une lésion sous-cutanée et libération d'adhérences
cicatricielles en mai 2004. - Périarthrite scapulo-humérale droite récidivante. - Sciatalgies
gauches du territoire S1 récidivantes sur hernie discale L5-S1 gauche sub-luxée. - Troubles
de l'humeur, traités. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : - Obésité
(BMI = 32). - Petit goitre euthyroïdien. - Status après hystéro-scopie diagnostique et
curetage explorateur en juin 2004, pour métrorragie et pélvipathie. - Reflux
gastro-oesophagien épisodiquement symptomatique. - Antécédents de cervicalgie avec
brachialgie du territoire C5 à droite, sans lésion radiologique de la colonne cervicale. ". Il
estime l'incapacité de travail totale depuis fin avril 2003 et mentionne en outre ce qui suit : "
3. Anamnèse : La patiente se plaint de douleurs toniques et invalidantes du bras et de
l'épaule gauche, depuis juin 2003, à la suite de l'opération d'une tumeur desmoïde du bras
gauche. Les différents traitements médicamenteux (Paracétamol, puis AINS, puis opiacés)
n'ont amené aucun soulagement des douleurs décrites par la patiente. Suite à cela, une
deuxième intervention a été effectuée en mai 2004 (cf document ci-joint), ce qui n'a amené

aucun soulagement. Parallèlement à cela, Mme [...] a développé des scapulalgies droites de type mécanique, sur périarthrite scapulo-humérale, raison pour laquelle elle a été adressée au Dr [...] V. _____ rhumatologue à Lausanne. Actuellement, Mme [...] est également suivie à la consultation de chirurgie plastique du CHUV par le Dr [...], mais a également demandé un deuxième avis au Dr [...] spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive à Lausanne.

4. Plaintes subjectives : Douleurs constantes du bras et de l'épaule gauche, aggravées à la mobilisation et aux moindres efforts. Douleurs de type mécanique touchant également l'épaule droite. Troubles de l'humeur avec irritabilité, adynamisme, perte de confiance et crainte pour son avenir. ". Le Dr Q. _____ qualifie le pronostic de " réservé " et propose de le réévaluer en fonction de l'évolution. A son avis, si les plaintes douloureuses de la patiente persistent, il y aurait lieu de procéder à une expertise médicale.

Le 21 février 2005, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50 %. Dans un rapport du 10 mai 2005, le Dr [...] V. _____, spécialiste en rhumatologie, mentionne ce qui suit : " A. Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail : Cervicalgies ayant débuté en 1999 avec brachialgies droites de topographie C5-C6, non-déficitaires : Petites calcifications associées à un petit bec ostéophytaire antérieur en C5-C6 pouvant être d'origine arthrosique (rx du 11.04.2000) Péri-arthropathie de l'épaule droite ayant débuté durant l'été 2004 : tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps droit, syndrome sous-acromial droit. Douleurs diffuses compatibles avec un syndrome fibromyalgique. Status après opération au niveau de l'avant-bras gauche pour une tumeur en mai 2003 et révision en mai 2004 pour persistance d'un syndrome douloureux avec paresthésies dans le bras gauche. Je n'ai pas de document concernant cette dernière pathologie. B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'ici Voir avec le Docteur [...] A 50 % capacité de travail au mois d'octobre 2004. En incapacité totale à mi-janvier 2004 jusqu'à fin septembre 2004. (.....) Pronostic : Madame [...] souffre d'un syndrome douloureux cervical chronique et persistant secondaire à des troubles de la statique vertébrale ainsi qu'à des phénomènes dégénératifs radiologiquement confirmés déjà en avril 2000 puisque l'on relevait sur la colonne cervicale face/profil et oblique un bec ostéophytaire antérieur en C5-C6 pouvant être d'origine arthrosique associée à une petite calcification. Il n'y avait pas d'évidence d'uncarthrose sur cet examen. Lors de l'examen 4 ans plus tard, l'évolution est toujours caractérisée par la présence de cervicalgies cette fois-ci sans irradiation douloureuse dans l'épicondyle droit mais avec une limitation douloureuse de l'épaule droite en rapport avec un syndrome sous-acromial et une tendinopathie du long chef du biceps et du sus-épineux droit. Il y a également des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule gauche après 2 interventions chirurgicales et une 3 ème qui était prévue à la fin de l'année 2004 pour une tumeur dont je ne connais ni l'histologie précise et je n'ai pas de documents sur l'intervention précise elle-même. A cela s'ajoute un syndrome douloureux diffus compatible avec un syndrome fibromyalgique qui n'était pas présent en 2000 mais indiscutable en 2004. On relève enfin des troubles de l'humeur sous traitement caractérisé par un état anxieux et des traits dépressifs. Il s'agit donc d'une co-morbidité dont je ne peux pas apprécier la gravité ceci ne relevant pas de ma compétence. Le pronostic en ce qui concerne sa capacité professionnelle me paraît mauvais d'une part en relation avec des limitations fonctionnelles cervicales, au membre supérieur droit et au membre supérieur gauche dans son activité au CHUV au Service de maison. Il n'y a pas de mesure médicale évidente pour attendre une amélioration significative, la patiente ayant déjà bénéficié de tous les traitements habituels et dans les règles de l'art. Dans son travail comme service de maison, je pense que la patiente est en incapacité totale

et ceci à partir d'octobre 2004 totale compte tenu d'une atteinte des 2 épaules qui était indiscutablement symptomatique à droite en rapport avec la pathologie précitée et à gauche en attente d'une révision chirurgicale. ". Le Dr V._____ précise qu'il ne peut se prononcer sur la capacité de travail dans une autre activité. Le dernier rendez-vous date du 17 octobre 2004. Dans un rapport établi le 29 novembre 2005, le Dr [...] P._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, qui a vu l'assurée en consilium le 19 octobre 2005 indique notamment ce qui suit : " Diagnostics - Status après excision d'une tumeur desmoïde du muscle brachial gauche en juillet 2003 avec opération en mai 2004 pour neurolyse - Cervico-scapulo-brachialgies droites d'origine plurifactorielle Probable syndrome radiculaire C4 Arthrose acromio-claviculaire. Status après déchirure partielle du sus-épineux Tunnel carpien (.....) En conclusion, Madame [...] présente une pathologie complexe des deux membres supérieurs post-chirurgicale et tumorale du côté gauche associée à de probables multiples pathologies du côté droit peut être en partie dues à une surcharge d'utilisation. Compte-tenu du travail, il me semble que les répercussions sur sa capacité sont importantes et qu'un 25 % effectif est, somme toute, tout ce l'on peut exiger dans l'état des choses actuelles. Il me semble que Madame [...] devrait être investiguée pour le problème de son épaule gauche par le Dr [...] qui la connaît bien ou par le Dr V._____. Je pense qu'une réévaluation auprès de la Dresse [...] pour un traitement du tunnel carpien devrait également être faite. Je crois néanmoins que ces différentes interventions ne vont pas modifier profondément la capacité de travail du moins dans un avenir proche. (.....) PS : l'IRM cervical pratiqué démontre un rétrécissement du trou de conjugaison C3-C4 droite avec possible atteinte de la racine C4. Je pense qu'il serait utile de l'adresser à un neurochirurgien pour évaluation, après un avis neurologique pour confirmer ou infirmer l'atteinte C4 et le tunnel carpien. ". Le 27 janvier 2006, le Dr Q._____ a adressé au Dr [...] N._____, médecin responsable en médecine du personnel du CHUV, une lettre dont la teneur est la suivante : " Madame [...] présente les mêmes plaintes douloureuses chroniques, déclare ne pas pouvoir assumer complètement ses tâches ménagères et estime que la poursuite de son activité professionnelle, même réduite à deux heures par jour et dans un poste adapté à ses possibilités physiques, devient difficilement supportable. Par ailleurs, Madame [...] estime être traitée injustement si elle devait être forcée de poursuivre son activité professionnelle même réduite, et a le sentiment que l'on s'acharne sur elle pour la contraindre à travailler. A mon avis, les plaintes de Madame [...] sont réelles et bien expliquées par ses affections neurologiques et rhumatologiques et il m'apparaît contre productif de maintenir la patiente dans une activité professionnelle même réduite à 25 %. Pour ces raisons, j'ai donc mis Madame [...] à l'incapacité totale de travail dès le 23 janvier, de façon permanente, et ai demandé à Madame [...] de reprendre contact avec l'Al pour une demande de rente invalidité. ". Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée a été effectué le 15 février 2006 par les Drs [...] D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et [...] S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR. Il résulte de leur rapport notamment ce qui suit : " DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail :
- Douleurs du bras gauche avec troubles sensitifs du membre supérieur gauche dans le cadre d'un status après excision d'une tumeur desmoïde du muscle brachial gauche en juin 2003, après neurolyse sensitive en mai 2004 et après reprise de la cicatrice en novembre 2004. - Cervico-scapulo-brachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec PSH droite, déchirure partielle du sus-épineux et arthrose acromio-claviculaire droite. - Lombalgies dans le cadre de troubles

statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1 gauche anamnestique. - sans répercussion sur la capacité de travail : - Syndrome du tunnel carpien droit.

- Obésité. - Goitre euthyroïdien. - Dysthymie (F 34.1). -

Périarthrite de hanche gauche. APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS L'assurée se plaint essentiellement de douleurs du bras gauche s'accompagnant de troubles sensitifs ainsi que de douleurs de l'épaule droite s'accompagnant de cervicalgies, de brachialgies droites et de céphalées. Depuis deux mois, elle présente également des lombalgies avec des douleurs inguinales gauches, alors qu'elle est déjà connue pour une hernie discale L5-S1 gauche. Au status, on note de discrets troubles statiques du rachis. La flexion lombaire est bien conservée mais il existe tout de même une limitation de la mobilité lombaire dans les autres mouvements. Il existe également une limitation de la mobilité cervicale. Cependant, il n'y a pas de signe de non organicité selon Waddell, mis à part des lombalgies à la pression axiale céphalique. Au niveau du bras gauche, on note des douleurs à la palpation de ce dernier qui présente une discrète amyotrophie. Ces douleurs du bras gauche s'accompagnent d'une épicondylalgie et de troubles sensitifs de ce membre supérieur. Par ailleurs, on trouve des douleurs à la palpation de l'épaule droite. La mobilité des deux épaules est limitée en élévation et abduction active, alors que la mobilité passive lors de ces deux mouvements est conservée des deux côtés. On relève par ailleurs au status un signe de Hawkins positif à droite qui correspond à une épreuve de PSH positive signant la possibilité d'un conflit sous-acromial. Relevons encore que les distances pouce-C7 sont également élevées ddc, plus à gauche qu'à droite. Au niveau des membres inférieurs, la mobilité des articulations périphériques est normale, notamment celle des hanches. Pourtant, la mobilisation de la hanche gauche entraîne des douleurs inguinales et des douleurs de la fesse gauche. Par ailleurs, il existe des douleurs à la palpation du grand trochanter gauche avec manœuvres pour une périarthrite de hanche positives. Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale, une arthrose acromio-claviculaire droite avec une discrète sclérose du trochiter droit. Un ultrason de l'épaule droite laisse suspecter une déchirure partielle du sus-épineux. Une IRM du bras gauche du 22.01.2004 ne montre pas de récurrence locale de la tumeur desmoïde. Nous n'avons pas de radiographies de la colonne lombaire ou du bassin, ni l'IRM lombaire qui aurait été pratiquée en 2000 et qui aurait montré une hernie discale L5-S1 gauche. Ainsi, au vu de la présence d'une périarthrite de hanche gauche pouvant accompagner simplement l'hernie discale L5-S1 gauche, mais pouvant également compliquer une arthropathie de la hanche gauche que l'on peut suspecter sur la base des inguinalgies à la mobilisation de cette dernière, nous proposons au médecin-traitant de compléter le bilan radiologique par une radiographie du bassin. Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons une capacité de travail de 20 % d'un 100 % dans l'activité habituelle d'employée d'exploitation au CHUV. Par contre, dans une activité adaptée tenant strictement des nombreuses limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 80 % en raison d'une baisse de rendement. Sur le plan psychiatrique, nous sommes en présence d'une personne de 42 ans, d'origine portugaise chez qui on ne décèle pas d'événements ou de situations traumatisantes au cours du développement psychoaffectif. En particulier, elle n'a pas été victime de sévices sexuels, d'abandons, de maltraitements ou de parentification précoce. Le développement de la personnalité s'est donc fait de manière normale. Ceci se manifeste dans le fait qu'elle s'est adaptée progressivement après être venue en Suisse et qu'elle s'est intégrée dans le monde du travail. De même, sur le plan affectif, elle s'est engagée dans une relation de confiance à

long terme avec son mari et s'est montrée à même d'assumer une famille. Il n'existe donc pas de trouble de la personnalité chez cette assurée, et nous n'avons aucun indice en faveur d'une fragilité psychique particulière. Après l'opération au printemps en 2003, elle développe une symptomatologie dépressive: pleurs, préoccupations, anxiété, troubles du sommeil, baisse de l'énergie, fatigue. Néanmoins, elle continuait à effectuer les tâches du quotidien, même si cela était difficile. De même, elle continuait à avoir une vie sociale. Cette symptomatologie a été un phénomène réactionnel et d'accompagnement aux douleurs. Elle a été légère et n'a pas pu être incapacitante. En effet, l'anxiété qu'elle présentait n'était pas déstructurante et Mme [...] ne présentait qu'une diminution de l'énergie (et non pas une abolition de l'énergie; par exemple, les tâches du quotidien étaient maintenues). Enfin, sa vie sociale était maintenue. Dans le rapport médical du 09.11.2004, le Dr Q. _____, médecin généraliste, diagnostique des troubles de l'humeur et les plaintes subjectives rapportées sont une irritabilité, un adynamisme, une perte de confiance et une crainte pour l'avenir. Nous ne comprenons pas pourquoi ces éléments figurent dans la rubrique avec répercussion sur la capacité de travail, étant donné que l'irritabilité, la perte de confiance et la crainte pour l'avenir ne sont pas incapacitants per se. Quant à l'adynamisme, il contredit les dires de l'assurée car elle a toujours continué à voir des amis et à assumer les tâches du quotidien; de manière prépondérante, la diminution de l'énergie était consécutive aux douleurs. Dans ce même rapport médical, il n'y a aucune constatation objective se rapportant à l'état psychique. Il y a un an environ, elle est adressée pour un suivi psychiatrique global sur la douleur, par le médecin d'entreprise du CHUV. Elle-même n'en comprend pas bien la raison et relève que cela ne l'a pas beaucoup aidé. Pour cette raison, elle ne voit pas le sens de reconsulter un psychiatre. Elle relève une amélioration de son moral à partir du printemps 2005, avec une diminution des pleurs, de l'angoisse et des idées noires. Dans son rapport médical du 10.05.2005, le Dr V. _____ mentionne la présence d'un état anxieux et de traits dépressifs, diagnostic qui n'est pas étayé par la description d'une symptomatologie correspondante. Dans tous les cas, jusqu'au printemps 2005, l'état mental de Mme [...] n'a pas pu être incapacitant, en ce sens qu'elle a noté une amélioration avec le traitement biologique. Depuis le printemps 2005 et jusqu'à ce jour, la symptomatologie qu'elle présente est compatible avec le diagnostic de la dysthymie, selon les critères de la CIM-10. En effet, elle présente une réduction de l'énergie, une insomnie, un sentiment d'insuffisance, des pleurs, une diminution de la libido, ainsi qu'un pessimisme envers l'avenir (critères 1, 2, 3, 5, 6 et 9 de C. vérifiés). Néanmoins, ces signes et symptômes ne sont pas incapacitants dans la mesure où il s'agit d'une réduction de l'énergie, et non d'une abolition. D'ailleurs, comme mentionnée précédemment, celle-ci est imputable en majeure partie aux douleurs. L'insomnie, les sentiments d'insuffisance, les pleurs, la diminution de la libido et le pessimisme envers l'avenir ne sont pas incapacitants. Parmi les autres symptômes qu'elle relève, l'anxiété n'est pas non plus incapacitante, dans la mesure où elle n'envahit pas toute la vie psychique de l'assurée et n'est pas déstructurante. Mme [...] se plaint d'oublis, mais nous n'avons pas constaté de troubles formels de la mémoire de fixation et d'évocation pendant l'examen psychiatrique au SMR. L'irritabilité n'est pas non plus un élément incapacitant. Enfin, mentionnons qu'il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de trouble de la concentration, éléments potentiellement invalidants pour l'exercice de l'activité professionnelle. Etant donné que les douleurs sont entièrement expliquées par un processus physiologique, nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En résumé, il s'agit d'une assurée qui a présenté une symptomatologie dépressive de sévérité réduite réactionnelle aux

douleurs qu'elle présente. Elle n'a jamais justifié une diminution de la capacité de travail sur le plan strictement psychiatrique. Les limitations fonctionnelles Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas de lever de charges supérieures à 3 kg, pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 70°. Hanche gauche : pas de franchissement régulier d'escaliers, échelles ou escabeaux. Pas de marche supérieure à une demi-heure. Pas de position statique debout de plus d'une demi-heure. Aucune sur le plan psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Il y a une incapacité de travail variant entre 50 et 100 % depuis le 22.04.2003. L'examen au SMR n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail durable. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Il a été de 100 % du 22.04 au 19.11.2003, de 50% du 20.11 au 26.11.2003, de 100% du 27.11 au 14.12.2003, de 50 % du 15.12.2003 au 15.01.2004, de 100 % du 16.01 au 18.01.2004 de 50% du 19.01 au 11.02.2004, de 100% du 12.02 au 17.02.2004, de 50 % du 18.02 au 22.02.2004, de 100 % du 23.02 au 08.03.2004, de 50% du 09.03 au 18.03.2004. Dès le 19.03.2004, l'incapacité de travail a varié entre 50 et 100 % (taux exact à vérifier auprès de l'employeur). De novembre 2004 à avril 2005, la capacité de travail a été nulle. Depuis environ avril 2005 jusqu'au 23.01.2006, l'assurée a travaillé à un taux de 50 % de 50 %, soit un 25 %. Elle a eu cependant des arrêts de travail (taux exact et absences à vérifier encore auprès de l'employeur). Depuis le 23.01.2006, elle a été mise à l'arrêt de travail complet par son médecin-traitant. A notre sens, il y a une incapacité de travail de 80 % d'un 100 % et nous nous rallions ainsi à l'évaluation du Dr P. _____ du service de rhumatologie du CHUV qui a retenu une incapacité de travail de 75 % d'un 100 % dans son consilium du 19.10.2005. La petite différence d'appréciation s'explique par le fait que sont apparues actuellement également des lombalgies et des douleurs inguinales gauches. Il est toujours resté nul sur le plan psychiatrique. Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des observations pluridisciplinaires qui ont été faites lors de l'examen SMR Suisse romande du 15.02.2006, il apparaît que la capacité de travail de l'assurée est de 20 % d'un 100 % dans son activité d'employée d'exploitation au CHUV. Par contre, dans une activité strictement adaptée tenant compte des nombreuses et importantes limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 80 %. Elle est totale sur le plan psychiatrique. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE dans l'activité habituelle : 20 % d'un 100 % (l'assurée travaillant à 50 %) dans une activité adaptée : 80 % d'un 100 % depuis le: 19.10.2005, date du consilium du Dr P. _____. ". Un rapport d'enquête économique sur le ménage a été établi le 7 mars 2007. Il est mentionné que l'assurée travaille comme employée d'exploitation depuis le 1 er mars 1998 à raison d'un 50 % auprès des Hospices Cantonaux de Lausanne et que parallèlement à son travail, l'assurée s'occupait d'une conciergerie à raison d'un 50 % avec son mari, chacun pour un 25 %. L'enquêtrice propose dès lors un statut de 75 % active - 25 % ménagère, la conciergerie comptant pour un 25 %. Au niveau de sa conciergerie, l'enquêtrice indique que l'assurée ne peut plus exercer aucun travail de nettoyage. Son activité se borne à répondre à la demande des locataires et au contact téléphonique avec la gérance, ce qui représente un 5%. L'invalidité pour les tâches ménagères est fixée à 31 %. Selon le contrat de conciergerie annexé au rapport et daté du 12 décembre 2002, les époux effectuaient par moitié chacun les travaux de conciergerie à raison d'un salaire mensuel de 3'000 fr., soit 1'500 fr pour chacun des conjoints, 12 fois l'an, une gratification pouvant être

versée. Le 17 octobre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assurée que les conditions d'une orientation professionnelle étaient réunies. Une note d'entretien du 6 décembre 2007 mentionne notamment ce qui suit : " Mme [...] estime qu'elle n'est pas en bonne santé, qu'il lui est impossible de reprendre une quelconque activité professionnelle même légère. Elle signale une péjoration de son état de santé depuis le printemps 2007, notamment avec l'hernie discale qui l'handicape au niveau du membre inférieur gauche malgré les traitements (médicaments et physiothérapie). Son médecin-traitant parle d'une éventuelle intervention chirurgicale. Mme [...] mentionne des douleurs constantes au niveau du membre supérieur gauche ainsi qu'une absence de force suite à l'intervention chirurgicale. Elle mentionne également des douleurs au membre supérieur droit au niveau de l'épaule suite à une éventuelle rupture du tendon. Mme [...] mentionne également des douleurs au niveau abdominal, plusieurs examens sont en cours, mais sans résultat actuellement. Compte tenu de tous ces éléments, Mme [...] n'entre pas en matière pour un projet de reclassement voire même un stage d'évaluation. Elle estime qu'il est d'abord nécessaire d'actualiser nos informations médicales en demandant un rapport à la rhumatologue, Dresse [...], spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne à Lausanne. ". Selon un rapport du 10 décembre 2007, la Division administrative de l'OAI a classé provisoirement le dossier en attente de ces informations. Dans un rapport du 4 janvier 2008, la Dresse [...] L._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, indique ce qui suit : " Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : Cervico-brachialgies droites chroniques d'origine multi-factorielle depuis 2003 environ Brachialgies gauches chroniques - Status après excision d'une tumeur desmoïde du muscle brachial gauche en juillet 2003, avec réopération en mai 2004 et janvier 2005. Lombalgies chroniques. Lombosciatique S1 gauche chronique avec syndrome d'irritation radiculaire mais non déficitaire dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche depuis mi-avril 2007 - Status après lombosciatalgies gauches en 2000. Douleurs abdominales d'origine indéterminée. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : Status après neurolyse d'un névrome post-traumatique du bras gauche en mai 2004. ". S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, ce médecin indique n'avoir établi aucun certificat d'incapacité de travail et que l'assurée lui a déclaré ne plus travailler depuis mai 2006 environ après avoir travaillé à 25 % pendant un an. Elle estime que l'état de santé s'aggrave et conclut son rapport comme il suit : " 7. Thérapie / Pronostic Mme [...] présente donc des cervico-brachialgies droites chroniques d'origine multifactorielle et des brachialgies gauches chroniques dans le cadre d'un status postopératoire, pour lesquelles elle bénéficie de physiothérapie en piscine permettant un certain soulagement des douleurs. Actuellement, Mme [...] est surtout très gênée par une lombosciatique gauche chronique avec un syndrome d'irritation radiculaire mais non déficitaire dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 gauche luxée vers le bas, en contact avec la racine S1 gauche. Mme [...] n'a été que partiellement soulagée par les divers traitements entrepris, à savoir antalgiques, AINS, antiépileptiques, physiothérapie et péridurale de stéroïdes. En cas de persistance des douleurs, un avis neurochirurgical sera encore demandé. Vu le caractère chronique des douleurs et leur localisation à trois extrémités, le pronostic est très réservé. ". La Dresse L._____ estime que vu la lombosciatique S1 gauche, les cervico-brachialgies droites chroniques et les brachialgies gauches chroniques, une activité professionnelle ne lui paraît actuellement pas possible chez cette travailleuse de force sans aucune formation professionnelle. Elle a joint à ce document deux rapports médicaux qu'elle avait établis. Le premier, du 22 décembre 2006, adressé au Dr Q._____ mentionne notamment ce qui suit : " Appréciation Mme

[...], droitière, présente donc des cervico-brachialgies droites chroniques. L'origine des douleurs est très certainement multifactorielle. L'IRM cervicale du 02.11.2005 a mis en évidence un rétrécissement dégénératif du trou de conjugaison C3-C4 droite. L'EMG du 20.02.2006 n'a pas montré de signe en faveur d'une atteinte neurogène du myotome C4 droit. Les neurochirurgiens du CHUV qui ont examiné la patiente le 24.04.2006 ne retiennent pas d'indication opératoire. Par ailleurs, Mme [...] présente, à l'ultrason de l'épaule droite du 19.07.2005, une déchirure partielle du tendon du sus-épineux. D'autre part, Mme [...] présente une symptomatologie évocatrice d'un syndrome du tunnel carpien droit. La Dresse [...] a prévu un EMG du membre supérieur droit mi-janvier 2007. Sur le plan thérapeutique, Mme [...] étant surtout gênée par les douleurs nocturnes, je lui ai prescrit un antalgique retard au coucher qui l'a soulagée. Par ailleurs, je lui ai proposé d'essayer de la physiothérapie en piscine qu'elle effectuera à l'Hôpital orthopédique. " Le second rapport, du 12 décembre 2007, adressé également au Dr Q._____, relève notamment les éléments suivants : " Appréciation Mme [...] présente depuis mi-avril 2007 des lombopygalgies gauches de caractère mécanique, irradiant progressivement jusqu'à la cheville gauche. L'IRM lombaire du 03.07.2007 a mis en évidence en L5-S1 une hernie discale médiane luxée vers le bas, en contact avec la racine S1 gauche. Dans un premier temps, la symptomatologie s'est améliorée sous un traitement conservateur d'antalgiques, d'AINS et de physiothérapie, associé à une infiltration rétro-trochantérienne gauche par une ampoule de Diprophos le 15.11.2007. Lors de la consultation du 11 décembre 2007, Mme [...] signalait une recrudescence des douleurs de la fesse gauche, irradiant à la face postéro-latérale du membre inférieur gauche jusqu'à la cheville, accompagnée d'une impression de manque global de force de cette jambe. Il existe également une impulsivité au Valsava. Au status dirigé : rachis lombaire : importantes douleurs à la palpation lombaire basse, rétro-trochantérienne gauche et du moyen fessier gauche. Hanches : flexion 120°, rotation interne 30° et externe 60°. Status neurologique des MI : pas de déficit sensitivo-moteur ni réflexe. Hypoesthésie subjective de tout le MIG, mais épreuve toucher-piquer sp. Lasègue positif à gauche, dès 60°. Vu la recrudescence des douleurs, j'ai proposé à Mme [...] d'effectuer une péridurale de stéroïdes par le hiatus sacré dans le service de rhumatologie du CHUV (Dr G. [...]) le jeudi 20.12.2007 à 08h30. La patiente amènera son imagerie lombaire pour ce geste. Dans l'intervalle, Mme [...] poursuivra son traitement de Co-Dafalgan. D'autre part, Mme [...] est toujours gênée par des douleurs sus-pubiennes prédominant le matin et abdominales basses pour lesquelles le bilan effectué par le Dr [...] (colonoscopie et CT-scan abdominal) s'est avéré normal. ". Dans un avis médical du 31 mars 2008, le Dr [...] W._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, a estimé que le rapport de la Dresse L._____ n'apportait pas de nouveaux éléments objectifs pouvant justifier de revenir sur l'appréciation du SMR du 15 mai 2006, le status clinique décrit par ce médecin étant quasi superposable à celui existant lors de l'examen rhumatologique au SMR. Il résulte d'une note d'entretien du 16 avril 2008, que l'assurée, vu ses nombreuses douleurs, estimait qu'elle ne pouvait pas travailler à côté de sa conciergerie et a parlé de ses douleurs dorsales pour lesquelles elle avait reçu une nouvelle injection 15 jours auparavant et du fait qu'elle devait subir une opération le 27 mai en raison de kystes aux ovaires. Elle a expliqué craindre également que son cancer du bras se réactive. Elle a également déclaré qu'elle aimerait bien travailler dans un travail léger (p. ex. à la stérilisation) au CHUV et se sentait prête à faire une démarche dans ce sens auprès du CHUV (ceci d'autant plus que son mari y travaille aussi). Le 18 juillet 2008, l'OAI a adressé à l'assurée la lettre suivante : " Suite à notre entretien du 16 avril 2008, nous

demeurons dans l'attente de renseignements de votre part concernant des recherches d'emploi que vous comptiez entreprendre (notamment auprès du CHUV). Sans nouvelle de votre part depuis lors, nous vous impartissons un délai au 31 août 2008 pour nous informer de vos démarches, faute de quoi nous devons conclure en l'état de votre dossier. ". Ce courrier fait référence à l'art. 21 LPGA annexé à celui-ci. L'assurée a répondu par lettre du 13 août 2008 qu'elle était en vacances jusqu'au 11 août 2008, qu'étant donné qu'elle était toujours en traitement au CHUV, elle n'avait pu entreprendre aucune démarche quant à la recherche d'un emploi, qu'une IRM était prévue et qu'elle ignorait si elle devait se faire opérer. Elle concluait qu'en l'état, elle ne pouvait donner suite à la requête de l'OAI et que le moment venu, elle lui demanderait de lui confirmer par écrit la prise en charge par l'OAI d'une réinsertion professionnelle. A sa demande, elle a informé l'OAI par lettre du 1^{er} septembre 2008 qu'elle était suivie par le service de neurochirurgie du CHUV, la date de la dernière consultation étant le 15 août 2008 et que l'IRM avait eu lieu le même jour. Il résulte d'un rapport final du 10 septembre 2008 de l'OAI notamment ce qui suit : " Restés sans nouvelle de notre assurée depuis cet entretien, nous lui avons adressé un courrier recommandé en date du 18 juillet 2008. Par courrier du 13 août 2008, Mme [...] nous informe qu'elle n'a finalement pu entreprendre aucune démarche quant à la recherche d'un emploi, en raison de son état de santé. Pour notre part, n'ayant pas d'éléments nouveaux sur le plan médical, nous ne pouvons que confirmer les termes de notre rapport du 10 décembre 2007. Ceci étant, nous vous proposons d'établir une décision de refus de rente, en précisant à l'assurée que nous demeurons à sa disposition pour l'examen de mesure professionnelle, sur demande écrite de sa part. ". Le 8 décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente où il relève en particulier ce qui suit : " Résultat de nos constatations Depuis le 3 avril 2003 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. Selon les renseignements en notre possession, nous vous considérons comme une personne active à 75 % et ménagère à 25 %. Il ressort de l'instruction médicale de votre dossier que vous ne pouvez plus exercer vos activités habituelles d'employée d'exploitation et de concierge à plein temps et ceci depuis la date susmentionnée. Cependant, selon les renseignements médicaux en notre possession, il s'avère que vous présentez une pleine capacité de travail, depuis le 20 octobre 2005, dans une activité adaptée à votre état de santé qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de lever de charges supérieures à 3 kg, pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 70°, pas de franchissement régulier d'escaliers, échelles ou escabeaux, pas de marche supérieure à une demi-heure, pas de position statique debout de plus d'une demi-heure. 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 peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 3'893.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts

standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'048.72, ce qui donne un salaire annuel de CHF 48'584.64 pour un 100 %. Ce qui fait un revenu annuel brut de Fr. 36'438.48 pour un taux de 75%. 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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126V 80 consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'794.63. Sans atteinte à la santé, votre gain annuel brut s'élèverait, pour l'année 2004, à Fr. 46'931.00 en tant qu'employée d'exploitation et concierge. Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 46'931.00 avec invalidité CHF 32'794.65 la perte de gain s'élève à CHF 14'136.35 = invalidité de 30.12 % Au vu de ce qui précède, pour la part active, votre degré d'invalidité est de 30.12 %. Pour la part ménagère, vos empêchements ont été évalués à 31 %. Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Active 75 % 30.12 % 22.5% Ménagère 25 % 31.00 % 7.75% Degré d'invalidité 30.25 % Comme indiqué précédemment, vous avez présenté une incapacité de travail et de gains totales du 3 avril 2003 au 19 octobre 2005 Dès lors, au terme du délai de carence d'une année, soit le 3 avril 2004, votre degré d'invalidité est de 100 % pour la part active. Pour la part ménagère, vos empêchements ont été évalués à 31 %. Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Active 75% 100% 75 % Ménagère 25 % 31 % 7.75 % Degré d'invalidité 82.75 % Notre décision est par conséquent la suivante : A partir du 1 er avril 2004, soit après le délai d'attente d'une année, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 83 % est reconnu. Cette prestation est supprimée au 31 janvier 2006, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI. ". Le 28 septembre 2008, l'assurée s'est opposée à ce projet en contestant une amélioration de sa capacité de travail. Elle a notamment produit une lettre du 21 février 2006 adressée par le Dr N. _____ à la Dresse C. _____ dont la teneur est la suivante : " Comme mentionné dans notre précédente lettre, cette employée a été opérée en juillet 2003 d'une tumeur desmoïde du muscle brachial gauche par le Dr [...], orthopédiste. Par la suite, le Dr [...], chirurgien plasticien, est intervenu en mai 2004 pour une suspicion de récurrence tumorale et de persistance de douleurs. L'histopathologie de cette 2 ème intervention confirme la présence d'un petit névrome post-traumatique sans récurrence de la tumeur. Malgré l'intervention, Mme [...] continue à présenter des douleurs au niveau du bras gauche auxquelles s'ajoutent des douleurs de l'épaule droite. Selon le Dr P. _____ les répercussions des pathologies sur la capacité de travail sont importantes et 25% de capacité lui paraît le taux maximal qu'on peut exiger. Le Dr Q. _____ considère que cette employée ne peut plus travailler. Il a mis Mme [...] à l'incapacité de travail totale depuis le 23.01.2006 de façon permanente. Le Dr P. V. _____, rhumatologue, estime que sa capacité de travail est nulle. Un bilan psychiatrique a été effectué à la Consultation psychiatrique du Tunnel en date du 07.07.2005 par la Dr S. [...]. Les psychiatres retiennent un diagnostic de troubles de l'adaptation chronique avec à la fois anxiété et humeur

dépressive et trouble somatoforme indifférencié. Dans le rapport, les psychiatres mentionnent que la capacité de travail dépendrait de la réponse au traitement d'Efexor instauré. Malgré ce traitement, la situation de Mme [...] ne s'est pas améliorée et son médecin-traitant l'a mise en arrêt à 100%. Une reprise n'aura pas lieu. Bien qu'une nouvelle investigation orthopédique et neurochirurgicale soit prévue, nous ne pensons pas que celles-ci modifieront la capacité professionnelle de Mme [...]. Même à petit taux et dans une activité adaptée, sa rentabilité est par ailleurs fortement diminuée. Les douleurs limitent et ralentissent son activité et ne sont guère compatibles avec les exigences minimales du poste qu'elle occupe. Nous pensons ainsi que Mme [...] devrait bénéficier des prestations de la CPEV à raison d'une invalidité définitive à 100% dès la date que voudra bien vous communiquer l'administration. Par ailleurs, il y aurait lieu de modifier l'octroi des prestations CPEV temporaires de la manière suivante : • 50% du 21.11. au 30.11.2005 • 100% du 01.12. au 04.12.2005 • 50% du 05.12.2005 au 22.01.2006 • 100% du 23.01.2006 à la date d'entrée en vigueur de l'incapacité définitive à 100%. Les diagnostics retenus pour la demande sont : • Status après excision d'une tumeur desmoïde du muscle brachial gauche en juillet 2003 avec opération en mai 2004 par neurolyse • Cervico-scapulo-brachialgie droite d'origine plurifactorielle. Probable syndrome radiculaire C4, arthrose acromio-claviculaire • Status après déchirure partielle du sus-épineux • Syndrome du tunnel carpien • Trouble somatoforme indifférencié • Troubles de l'adaptation chronique avec anxiété et humeur dépressive. ". Par décision du 29 mai 2009, l'OAI a alloué à la recourante une rente entière du 1^{er} avril 2004 au 31 janvier 2006 pour les mêmes motifs que ceux mentionnés dans le projet de décision. B. L'assurée a recouru contre cette décision en concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens qu'une rente entière continue à lui être versée après le 31 janvier 2006. Elle soutient en substance qu'il ne résulte pas des pièces du dossier qu'il y ait eu une modification de son état de santé en octobre 2005, et dès lors que les conditions d'une révision telle que définies par l'art. 17 LPGA ne sont pas réunies. Elle allègue en outre que l'OAI n'a pas défini dans quel secteur d'activité elle pourrait avoir un travail adapté, qu'elle a cherché un tel poste au CHUV et qu'elle ne l'a pas trouvé. Elle a produit en particulier un rapport du 7 juillet 2005 établi par les Drs [...] et [...] du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), dont il résulte notamment ce qui suit : " DIAGNOSTICS PRINCIPAUX (DSM IV) Trouble de l'adaptation chronique avec à la fois anxiété et humeur dépressive. Trouble somatoforme indifférencié. DISCUSSION Vous nous adressez Mme [...] afin d'évaluer sa situation psychiatrique sur le plan du diagnostic, sur la capacité de travail et vous nous demandez de nous prononcer quant à un pronostic à moyen et long terme. Nous retenons le diagnostic de trouble de l'adaptation chronique avec à la fois anxiété et humeur dépressive car Mme [...] présente depuis plus d'une année une humeur abaissée de façon fluctuante, des ruminations sur sa situation de santé, des troubles du sommeil, une irritabilité, une anxiété face à l'avenir et face à sa situation professionnelle. Ces perturbations, qui occasionnent une souffrance marquée, sont apparues suite à l'intervention chirurgicale pratiquée au niveau de son bras gauche et aux difficultés fonctionnelles qui ont suivi. Anamnestiquement, nous n'avons pas mis en évidence de critères correspondant à un diagnostic d'épisode dépressif majeur ni de trouble anxieux spécifique. Nous retenons également le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Les plaintes douloureuses multiples présentées par la patiente sont apparues suite à l'intervention chirurgicale au niveau du bras gauche. Selon l'évaluation des médecins somaticiens, ces plaintes sont disproportionnées par rapport à ce que laisserait prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique et les examens complémentaires. Outre

les douleurs spécifiques au niveau du bras ainsi qu'un manque de force et des fourmillements au niveau de la main gauche, Mme [...] décrit des douleurs au niveau de l'épaule et du bras droit, attribuées à une surcharge de ce bras pour épargner le second. Elle décrit également des douleurs au niveau du dos, des deux épaules ainsi que des céphalées avec sensibilité au bruit et à la lumière. Un examen neurologique effectué il y a une année n'a pas mis d'étiologie spécifique en évidence pour ces symptômes. Ces deux diagnostics font donc suite à la découverte d'une tumeur au niveau du bras gauche pour laquelle plusieurs interventions chirurgicales ont été nécessaires. Mme [...] était jusque-là en bonne santé habituelle à l'exception d'un problème d'hernie discale. Elle est la mère de trois enfants, dont le dernier est âgé de seulement 3 ans. Elle s'est sentie gravement menacée dans son intégrité physique et, bien qu'elle n'ait pas présenté une tumeur très dangereuse, elle est perpétuellement inquiète d'une récurrence, inquiétude qui semble également partagée par les soignants puisque la Dresse [...] a prévu de faire un nouveau status du bras au mois d'août 2005. Depuis la mise en évidence de cette tumeur, Mme [...] a consulté de nombreux médecins, changeant fréquemment de praticien sans toujours en aviser le Dr [...], son médecin généraliste. Jusqu'à récemment, elle a espéré une disparition totale de toutes douleurs et une reprise fonctionnelle complète. Parallèlement, elle a fait preuve de ressources en essayant de négocier une adaptation de sa situation professionnelle avec un changement de poste qui lui permette d'effectuer des mouvements moins pénibles. En effet, il est à relever que Mme [...] a suivi une scolarité sommaire, n'a pas de formation professionnelle et qu'elle se sent démunie. La relative indépendance financière et personnelle que lui permet son activité professionnelle est importante à ses yeux et elle ne souhaite pas se retrouver sans emploi. Malheureusement il semble qu'il n'y ait pas d'autre poste disponible actuellement au Service d'exploitation du CHUV qui permette d'envisager une activité plus adaptée pour cette patiente. Ces deux dernières années, Mme [...] a fréquemment eu l'impression de ne pas être prise au sérieux et que ses médecins ne la croyaient pas. Pour elle, il est clair que le problème est dans son bras et non dans sa tête. Elle souhaite toutefois entreprendre tout ce qui est possible pour améliorer sa situation et se montre ouverte à un travail psychologique. Pour cette raison, nous lui avons proposé de participer à un groupe de thérapie pour les patients présentant des douleurs chroniques, ce que la patiente a accepté. Elle pourra rencontrer les thérapeutes de ce groupe dans le but de confirmer l'indication. Outre un traitement antalgique optimal, l'adjonction d'un traitement d'Efexor à raison de 75 mg à 150 mg par jour pourrait améliorer à la fois les symptômes thymiques, anxieux et les symptômes douloureux et ainsi augmenter les chances de succès d'une reprise plus importante du travail. En ce qui concerne la capacité de travail, celle-ci nous semble dépendre grandement de la pénibilité des tâches exigées. On pourrait imaginer que Mme [...] puisse effectuer plus d'heures dans une activité qui mobilise moins ses épaules et ses bras. Mme [...] a pu maintenir une activité à 25% depuis le mois de février 2005 et elle nous a informé que la Dresse [...] lui recommandait d'augmenter son travail d'1 heure quotidiennement dès la rentrée de septembre. Le pronostic à moyen et long terme nous paraît conditionné par la réponse à la fois au traitement d'Efexor et à la thérapie de groupe. En effet, jusqu'en 2003, Mme [...] a bien fonctionné et nous ne sommes donc pas devant une situation chronicisée depuis des années. Il s'agit d'une patiente jeune qui souhaite se soigner et poursuivre une activité professionnelle. Elle ne présente pas les facteurs de pronostic défavorables identifiés dans les troubles somatoformes, soit une structure de personnalité avec traits pré-morbides, des affections corporelles chroniques multiples, une perte d'intégration sociale, un profit tiré de la maladie, une chronicité sans

rémission durable, ou un échec des traitements conformes aux règles de l'art. Le traitement de Saroten instauré n'a pas pu faire ses preuves en raison d'effets secondaires mal tolérés, raison pour laquelle le traitement d'Efexor devrait être tenté avant de se prononcer plus. ". L'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport du SMR du 3 mai 2006 a valeur probante et que ses conclusions doivent être suivies, les rapports produits par la recourante n'apportant pas d'éléments nouveaux. Il relève en outre que celle-ci pourrait exercer une activité industrielle légère, telle de la manutention légère par exemple. L'OAI a produit un avis médical établi le 18 septembre 2009 par le Dr [...] qui relève ce qui suit : " 1. Consilium du Dr Jean P. _____ du 29.11.2005 : l'examen est antérieur à l'examen bidisciplinaire au SMR. Il n'est donc pas étonnant qu'il ne contienne aucun élément diagnostique nouveau ou dont les consultants du SMR n'auraient pas eu connaissance. Le Dr [...] conclut à une capacité de travail résiduelle de 25% dans l'activité exercée. Il n'y a donc aucune contradiction avec les conclusions du SMR, qui retient une capacité de travail résiduelle de 20%. 2. Rapport des Drs [...] et [...], DUPA : du 7.7.2005 : cet examen est antérieur à l'examen psychiatrique au SMR. Au terme d'un bref status nos collègues concluent à un trouble de l'adaptation chronique avec réaction mixte anxieuse et dépressive, et un trouble somatoforme indifférencié. Au sujet de la capacité de travail, ils précisent qu'"on pourrait imaginer que Mme [...] puisse effectuer plus d'heures dans une activité qui mobilise moins ses épaules et ses bras". En d'autres termes, cela signifie qu'il existe une exigibilité supérieure à 25% dans une activité adaptée. Le SMR partage entièrement cette opinion. De plus, il convient de souligner que le trouble somatoforme indifférencié ne saurait être considéré comme invalidant en l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative. A cet égard, le trouble de l'adaptation, par définition de courte durée, ne constitue pas une comorbidité significative au sens de l'AI. 3. Rapport des Drs N. _____ et [...], médecins du personnel, CHUV, du 21.2.2006 : ce rapport a été rédigé 6 jours après l'examen bidisciplinaire au SMR. Nos collègues plaident en faveur d'une invalidité définitive de 100% sans présenter aucun élément objectif. Les diagnostics évoqués sont toujours les mêmes. En conclusion, ces documents ne contiennent aucun élément nouveau de nature à modifier notre position. Il convient de relever qu'aucun d'entre eux n'aborde expressément et de façon précise de l'exigibilité dans une activité adaptée. ". Dans un avis médical du 2 novembre 2009, le Dr [...] précise dire, avec le Dr P. _____, que la capacité de travail résiduelle dans l'activité exercée était de 25 % en octobre 2005, cette estimation ne préjugant en rien de l'exigibilité dans une activité adaptée. Il ajoute que si les médecins du SMR ont retenu cette période comme point de départ de l'exigibilité, c'est qu'ils disposaient, à cette date, du consilium du Dr P. _____ décrivant une situation pratiquement identique à celle trouvée lors de l'examen clinique au SMR, de sorte que la situation était telle que décrite lors de l'examen SMR, au moins depuis octobre 2005. Il conclut que de manière plus pragmatique, on pourrait aussi soutenir que l'exigibilité remonte au mois de mars 2005, date à laquelle l'assurée a repris son activité à 25 %. Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures. E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA. L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal

des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 19 novembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La question à examiner est celle de la capacité de travail de la recourante et de la perte de gain qu'elle subit. a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 c. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 157 c. 2; cf. ATF 130 V 343 c. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 c. 3.5, 113 V 275 c. 1a; voir également ATF 112 V 372 c. 2b, 390 c. 1b). b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 c. 5.2).

Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V

376 c. 6.2, 123 V 175 c. 4b et 122 V 157 c. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4). 3. En l'espèce, le Dr Q. _____ estimait, en date du 9 novembre 2004, que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis fin avril 2003. Le Dr V. _____ retenait une incapacité de travail totale depuis octobre 2004. Il indiquait que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis 2000 avec notamment l'apparition d'une péri-arthropathie de l'épaule droite ayant débuté durant l'été 2004. Le Dr P. _____ estimait le 29 novembre 2005 que les répercussions sur la capacité de travail étaient importantes et qu'un 25 % effectif était tout ce l'on pouvait exiger dans l'état des choses actuelles. Il suggérait en outre que la recourante soit investiguée pour le problème de son épaule gauche par le Dr [...] ou par le Dr V. _____. Le 27 janvier 2006, le Dr Q. _____ indiquait que les plaintes de la recourante étaient bien réelles et bien expliquées par ses affections neurologiques et rhumatologiques de sorte qu'il n'était plus possible qu'elle exerce même à 25 % son activité habituelle. Aucun des médecins consultés ne s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Le 3 mai 2006, les Drs D. _____ et S. _____ du SMR estimaient que la capacité de travail de la recourante dans son ancienne activité était de 20 % compte tenu de l'apparition de lombalgies et de douleurs inguinales gauches depuis le consilium du 19 octobre 2005. Ces praticiens retenaient toutefois une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée dès le consilium. Ils n'expliquent toutefois pas les raisons pour lesquelles ils retiennent une telle capacité de travail à partir de cette date. Le rapport des médecins du SMR n'est dès lors pas suffisamment motivé sur ce point. En outre, l'état de santé de la recourante semble s'être aggravé par la suite. La Dresse L. _____ indiquait en effet le 14 janvier 2008 que cette dernière, connue pour des lombalgies chroniques, présentait depuis mi-avril 2007 des lombopygialgies gauches de caractère mécanique, irradiant progressivement jusqu'à la cheville gauche, l'IRM lombaire du 3 janvier 2007 ayant mis en évidence en L5/S1 une hernie discale médiane luxée vers le bas, en contact avec la racine S1 gauche. Elle précisait que dans un premier temps, la symptomatologie s'était améliorée sous traitement, mais que les douleurs avaient à nouveau augmenté en décembre 2007 et qu'une périurale de stéroïdes était restée sans effet sur les douleurs. Elle estimait la capacité de travail de impossible dans toute profession chez cette travailleuse de force sans aucune formation professionnelle. En conséquence, il n'est pas possible à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail de la recourante. La constatation des faits pertinents étant incomplète, la cause doit être renvoyée à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise pluridisciplinaire portant tant sur les troubles somatiques que psychiques de la recourante, notamment sur leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail. Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3 et les références). En l'occurrence, la solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis qu'il rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation médicale globale (troubles somatiques et psychiatriques) et actualisée de l'état de santé, respectivement du degré d'invalidité de la recourante. 4. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à

des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure. b) Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 1'500 fr., compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS; RSV 173.36.5.2]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 29 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G._____ la somme de 1'500 fr. à titre de dépens. IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Marie Agier (pour G._____), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.