

## **VD\_GERICHTE ZD11.030994 vom 6. Dezember 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-12-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.030994](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.030994)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.030994 du 6 décembre 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD11.030994 del 6 dicembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

- 16 - b) L'art. 69 al. 1 let. a LAI déroge à l'art. 58 LPGA en ce sens qu'il prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le Tribunal cantonal vaudois est donc compétent, malgré le fait que l'assurée soit domiciliée dans le canton de Fribourg. c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD),

#### **E. 1.3**

Traitement hospitalier / cure : Nombreuses hospitalisations cf. lettres en annexes

#### **E. 1.4**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels) En 1996, première opération par crâniotomie bifrontale combinée avec un abord transfacial paranasal droit pour extirpation subtotale d'un chordome de la base très étendu occupant notamment la région en avant de la selle turcique et montant sous la dure-mère dans la région du jugum. Reconstruction du toit du nez et du naso- et rhinopharynx reconstruit par un lambeau de peau complet avec la face épidermique contre le bas. En post-opératoire, radiothérapie adjuvante par protonthérapie au Massachussets General Hospital à Boston. Par la suite, complication sous forme de méningite en raison d'une communication massive à partir de la région prépontique. Colmatage de la brèche par voie nasale par le Dr A. \_\_\_\_\_ à plusieurs reprises. Complication par pneumo-encéphale. Hospitalisation par la suite à la clinique Cécile pour nouvelle méningite avec septicémies (à ce sujet cf. lettre du 5 mai 2009 par le Prof. H. T. \_\_\_\_\_). Ré-hospitalisation en avril 2009 (cf. Lettre du Dr A. \_\_\_\_\_ du 29 avril 2009). Par la suite un bilan endocrinologique par la Dresse X. \_\_\_\_\_ a été effectué en date des 30 octobre et 17 décembre 2009 qui montre une insuffisance hypophysaire partielle post-radiothérapie. Elle relève une asthénie

probablement d'origine multi- factorielle dans les suites des deux épisodes de méningite, dans le cadre d'une hypothyroïdie secondaire actuellement substituée, d'une insuffisance somatotrope actuellement aussi substituée et en plus, ce qui n'est pas mentionné par l'endocrinologue une dépendance aux benzodiazépines qui s'est instaurée sans les suites opératoires d'avril 2009. La patiente avait alors d'importants troubles de l'endormissement et possiblement un état dépressif post- opératoire. Il s'agit là d'une reconstitution de ma part puisque je ne l'avais pas suivie à cette période (à ce sujet cf. lettre de la Dresse Brigitte X. \_\_\_\_\_ daté du 31.12.2009). Un examen neuropsychologique du 22 mars 2010 est effectué. Lors de cet entretien les plaintes spontanées sont des difficultés mnésiques, des difficultés articulatoires et une vision qui se trouble lorsqu'elle est fatiguée. Elle

- 7 - exprime aussi des difficultés de la concentration avec une endurance limitée à trois heures d'effort attentionnel, fatigue, manque de mot. Elle décrit aussi un moral fluctuant. L'examen neuropsychologique qui est réalisé le 22 mars auprès d'une patiente collaborante a mis des performances globalement dans la norme pour les fonctions cognitives investiguées. Il n'est pas mentionné de diagnostic particulier (cf. copie du rapport neuropsychologique du 22 mars 2010). Pour ma part, je relève cependant des difficultés dans la gestion de la vie quotidienne actuellement et je pense que l'examen neuropsychologique aurait probablement besoin d'être étayé par un examen psychiatrique au cas où une expertise future devait avoir lieu. Constat médical : Actuellement, je suis Madame F. \_\_\_\_\_ depuis environ 1- 2/mois. Nous avons mis en place un traitement par Rivotril (qui doit remplacer le traitement de Stilnox dont elle faisait un abus) sous forme de comprimé de 2/mg, distribué à la pharmacie, sous contrôle à raison de max. 14 cp/semaine soit 2cp/jour. La situation sociale et professionnelle dans les suites de toutes ces opérations s'est aggravée puisque la patiente qui était à son compte et qui s'occupait de l'agencement de cuisine haute gamme a fait faillite en 2009. Elle vit actuellement de l'association de sa perte de gain ainsi que d'une assurance invalidité de 53 %. Pronostic : Le pronostic est réservé quant aux capacités de la patiente à reprendre une activité professionnelle de l'ordre de 50 %, aussi en raison des altérations à mon avis cognitives et des troubles possiblement frontaux que j'ai constatés lors de mes consultations. [...]

#### **E. 1.6**

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

#### **E. 1.7**

Activité exercée Les restrictions physiques sont liées à la restriction d'un abaissement de la tête et le fait de devoir éviter de pencher la tête en avant. Charge maximale conseillée 5kg. Douleurs à l'élévation des bras suite à une déchirure complète du tendon du sus-épineux avec rétraction de sa jonction musculo-tendineuse et atrophie de degré I du muscle sus-épineux de l'épaule gauche ainsi que déchirure partielle intra-tendineuse du long-chef du biceps du côté gauche (cf. IRM du 29.08.2008). Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (cf. Rapport du HIB du 17.02.2010).

- 8 - Restriction mentale ou psychique? Difficultés de concentration, fatigabilité augmentée. Comment se manifestent-elles au travail? Manifestation par un ralentissement global nécessitant plus de temps pour effectuer les mêmes tâches. D'un point de vue médical l'activité exercée est-elle encore exigible? Actuellement non. Le rendement est-il réduit? Oui.

### **E. 1.8**

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales? Non si ce n'est la substitution des carences vitaminiques et la substitution de l'insuffisance hypophysaire.

### **E. 1.9**

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail? Oui mais ceci ne pourra être que réévalué sur la durée, d'année en année en fonction de l'évolution". Dans un rapport du 17 septembre 2010, le Dr A. \_\_\_\_\_ a notamment exposé que : "L'anamnèse intermédiaire par rapport à 2008 a été marquée surtout par un status après exérèse de lésions granulomateuses pseudo tumorales du cavum en février 2009. Par la suite, en raison de status post-radiothérapie et de la situation d'une greffe remplaçant le plancher de la fosse cérébrale antérieure, une très importante fistule de LCR s'est formée, nécessitant une hospitalisation prolongée et 2 interventions de type neurochirurgical, par voie endonasale pour la fermeture de la fistule. L'atteinte était suffisamment importante pour nécessiter de nombreux jours en soins intensifs. La lésion était jugée très grave, voire mortelle. Elle a présenté plusieurs épisodes de méningite. La patiente a eu besoin de plusieurs mois pour récupérer. L'évolution étant marquée par une asthénie importante. L'incapacité de travail a été de 100% jusqu'au 6 septembre 2009, puis à 50% dès le 7 septembre 2009. La patiente est limitée dans ses mouvements et ne peut plus faire d'efforts. Elle ne peut plus mettre la tête trop en arrière. Pendant de nombreux mois, elle n'a pas pu se pencher en avant, elle était limitée même dans ses activités ménagères. La patiente a pu retrouver un certain dynamisme, mais elle est encore fortement limitée. Elle ne peut toujours pas faire d'efforts, elle est très vite asthénique. Le status, comme jusqu'en 2008, est marqué surtout par la présence de croûtes qu'il faut nettoyer régulièrement.

- 9 - Par rapport à 2008, le pronostic est, non seulement grevé par le status de 13 ans après une résection partielle et radiothérapie d'une tumeur maligne de la base du crâne, mais est également grevé par la possibilité de la formation d'une nouvelle fistule. Celle-ci, le cas échéant, doit être considérée comme particulièrement grave". Il a ajouté que l'activité exercée était exigible à un taux de 50%, mais avec un rendement réduit en raison de l'asthénie, du ralentissement et de la diminution de la mobilité. Dans un rapport du 15 octobre 2010, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé ce qui suit : "Le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecine générale FMH, qui suit l'assurée depuis le 26.03.2010, estime la CT nulle en toute activité depuis mars 2009, en lien avec les complications infectieuses (2 méningites en 2009) et locales dans les suites des divers traitements du chordome ; les autres facteurs responsables de l'IT totale sont : état psychique fluctuant, avec dépendance aux benzodiazépines et trouble de personnalité non défini / déchirure complète du tendon du sus-épineux à l'épaule G (documentée en août 2008) et rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule D (février 2010). Il n'y a ni prise en charge psychiatrique, ni médication thymoleptique ; le Dr Y. \_\_\_\_\_ suspecte un syndrome frontal, qui n'a cependant pas pu être démontré lors de l'examen neuropsychologique daté du 22.03.2010 ; décrit comme strictement normal. La pathologie des épaules impose des limitations fonctionnelles : port de charges au-delà de 5 kg, travail au-delà de l'horizontale. Il y a l'insuffisance hypophysaire avec hypothyroïdie et hypocorticisme substitués efficacement depuis fin 2009 ; la correction des déficits hormonaux a eu un effet spectaculaire sur l'importante asthénie de l'assurée (voir rapport de consultations daté du 31.12.2009 et signé par la Dresse

X. \_\_\_\_\_, endocrinologie FMH). Le Dr A. \_\_\_\_\_, ORL FMH, estime que les complications infectieuses de 2009 et l'asthénie importante rendent compte d'une IT totale jusqu'au 06.09.2009 ; dès le 07.09.2009, la CT est de 50% ; limitations fonctionnelles : port de charges, efforts importants, tête en hyper-extension. Discussion : les éléments médicaux au dossier ne permettent pas d'envisager une amélioration de l'état de santé susceptible d'augmenter la CT au-delà de 50%. En fait il y a eu une aggravation, temporaire, en lien avec les épisodes infectieux de 2009 qui rendent compte d'une CT nulle en toute activité de mars à septembre 2009, avec reprise à 50% (voir RM du Dr A. \_\_\_\_\_ daté du 17.09.2010). On ne peut suivre entièrement le Dr Y. \_\_\_\_\_, lorsqu'il estime en août 2010 que la CT est nulle en toute activité, pour les raisons suivantes : 1) l'expérience médicale permet de certifier que les affections touchant des épaules, si elles entraînent des limitations fonctionnelles légitimes, ne diminuent pas la CT au-delà de 50%,

- 10 - que ce soit dans l'activité exercée ou en toute activité adaptée. 2) un syndrome frontal est suspecté, mais non démontré par l'examen neuropsychologique qui a été décrit comme clairement normal ; aucune limitation fonctionnelle ne peut lui être imputée. 3) un état psychique fluctuant est annoncé, recouvrant : un possible syndrome frontal que l'on ne peut prendre en compte puisque non démontré, une dépendance aux benzodiazépines qui, à moins d'être massive, ne saurait diminuer une CT de 50% et enfin un trouble de personnalité non définie dont les possibles aspects incapacitants ne sont pas démontrés. Vu ces commentaires, l'état psychique invalidant ne saurait diminuer une CT de 50%. Enfin, prenant en compte le rapport de la Dresse X. \_\_\_\_\_, attestant au 31.12.2009 du bon équilibre hormonal sous traitement de substitution avec diminution majeure de l'asthénie, il est licite d'admettre que la CT à 50% n'est retrouvée qu'au 01.01.2010. En conclusion : CT nulle en toute activité de mars 2009 à décembre 2009, puis de 50% dès janvier 2010, dans l'activité habituelle et en toute activité adaptée. Limitations fonctionnelles : port de charges, efforts moyens à lourds, tête en hyper-extension, travaux répétés avec les MS au-delà de l'horizontale, asthénie résiduelle, milieu bruyant. Remarque : l'assurée présente des séquelles de l'opération du chordome, avec des risques non négligeables de récurrence de fistule, donc de méningite dont le pronostic pourrait être dramatique. La CT à 50% est le maximum exigible". Dans un courrier adressé à la L. \_\_\_\_\_ Assurances le 21 novembre 2010, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a relevé qu'une expertise multidisciplinaire pourrait être demandée par l'OAI si nécessaire, dans la mesure où la patiente ne parvenait pas à reprendre le travail. Il a estimé l'incapacité de travail à 100 % depuis le mois de mars 2009 et a précisé que le pronostic restait incertain. Par projet de décision du 18 janvier 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière (invalidité de 100 %) du 1er mai 2009 au 31 mars 2010 et une demi-rente (invalidité de 53 %) dès le 1er avril 2010, conformément à l'avis du SMR. Par décision du 14 avril 2011, l'OAI a confirmé le préavis susmentionné. C. Par acte du 31 mai 2011, confirmé par courrier du 8 septembre 2011, F. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée, en concluant à ce qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée à partir du 1er mai 2009.

- 11 - Par décision du juge instructeur du 3 novembre 2011, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 13 décembre 2011, l'OAI a confirmé sa position et conclu au rejet du recours. Il a relevé en substance ce qui suit : "On ne peut contester l'aggravation de son état de santé en lien avec les épisodes infectieux de 2009, ayant entraîné une incapacité de travail totale de mars à septembre 2009, selon le Dr A. \_\_\_\_\_. Ensuite, la Dresse X. \_\_\_\_\_ atteste, au 31 décembre 2009, du bon équilibre

hormonal de l'assurée sous traitement de substitution avec diminution majeure de l'asthénie. Dès lors, les médecins du SMR ont pu à raison estimer qu'une exigibilité de 50% pouvait à nouveau être mise à profit dès le 1er janvier 2010. Ils expliquent qu'en outre, dans leur avis médical du 15 octobre 2010, les raisons pour lesquelles ils se sont éloignés de l'appréciation du Dr Y.\_\_\_\_\_". Dans un avis du 28 février 2012, sollicité par la recourante, le Prof. T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a exposé ce qui suit : "Ce certificat fait suite à la contestation d'une décision de l'AI de fixer l'invalidité à 53% à partir du 1.4.2010, à votre invitation à Mme F.\_\_\_\_\_ du 9.1.2012 de vous soumettre de nouveaux rapports médicaux et à ma lecture du volumineux dossier du Tribunal que vous avez fait parvenir à la patiente à la même date. Je réponds en tant qu'intervenant médical depuis 1996, notamment en tant qu'opérateur sur le plan neurochirurgical. En résumé, je soutiens pleinement le recours de Mme F.\_\_\_\_\_ contre la décision de l'AI qui ne repose pas sur une analyse médicale récente. Je propose que le Tribunal valide le point de vue de la patiente ou demande au moins à l'AI de réévaluer la situation médicale, comme elle se présente à l'heure actuelle. En effet, d'après le dossier à ma disposition, la dernière évaluation neuropsychologique, domaine dans lequel la patiente invoque ses déficits principaux, date du 22.3.2010. Les autres rapports médicaux sur lesquels l'AI se base, datent également de la même année. Sa récente décision doit donc être considérée comme de nature administrative, ce qui est inapproprié compte tenu de la situation et de son évolution. Pour récapituler, en 1996 la patiente a subi une opération crânienne tout à fait inhabituelle dans son envergure, avec passage à travers le visage et le front pour résection subtotale d'une volumineuse tumeur semi-maligne de la base du crâne, base qui a ensuite été reconstruite par une greffe de peau, placée entre le cerveau et les structures ORL du crâne. Une radiothérapie aux protons a par la suite eu lieu.

- 12 - L'évolution a été très longue, mais exceptionnellement bonne et réjouissante, malgré la persistance et l'apparition de nombreux problèmes qui ont pu être jugulés au coup par coup. En 2009, il y a eu de grosses complications, avec menace sérieuse pour la vie de Mme F.\_\_\_\_\_, étant donné que la plastie de la base s'est focalement effritée, a donné lieu à une fuite de liquide céphalo- rachidien et plusieurs épisodes de méningite grave. Plusieurs tentatives de recolmatage n'ont débouché que sur une réparation précaire, mais qui, pour le moment, semble tenir. La menace sévère, y compris vitale, persiste cependant, comme en témoigne les différents documents médicaux, notamment du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL et de moi-même. Au cours des années écoulées, la patiente a fait preuve d'un effort de réinsertion professionnelle remarquable, couronnée initialement de succès. Après l'épisode de 2009, l'évaluation optimiste de la capacité de travail ne s'est pas confirmée et une dégradation continuelle s'est précisée sur le terrain. La patiente a dû se séparer de sa propre entreprise qui a fait faillite. En tant qu'employée, elle n'arrive plus à suivre non plus. Ses plaintes au sujet de la mémoire sont énumérées dans le rapport de neuropsychologie de 2010 et dans son recours du 31.5.2011. La décision contestée de l'AI se fonde sur un rapport du Service de neuropsychologie du [...] du 22.3.2010 et que l'AI décrit comme clairement normal (Avis médical, Mme G.\_\_\_\_\_ du 28.9.2010). En reprenant ledit rapport, on constate que la patiente formulait déjà les mêmes plaintes que maintenant, mais en moins marquées, incluant difficultés de mémoire, difficultés de concentration, d'endurance, de fatigue, de parole etc. L'examen lui-même, contrairement à ce que l'AI a cru comprendre, ne peut nullement être considéré comme "clairement normal". Il s'agit d'ailleurs d'un examen basique, comme on le fait pour toute personne, indépendamment du travail et des responsabilités qu'elle exerce. Ainsi, plusieurs tests sont simplement

“réussis”, “suffisants”, “dans la norme” ou encore “limites”, rien de plus. D’autres tests sont “insuffisants”, tels que la procédure de multiplication écrite. Il y a des “difficultés” de programmation visuo-constructive, domaine crucial pour un architecte d’intérieur. Les fluences verbales en conditions littérales sont “sévèrement déficitaires”. Tout spécialiste en neuropsychologie vous confirmera que même avec des tests de cette nature parfaitement réussis, un individu peut être totalement inapte à fonctionner dans la gestion de la vie quotidienne et professionnelle. Il est évident qu’un examen d’une heure ne peut, par exemple, pas objectiver si une patiente présente une fatigabilité qui fait qu’après 3 heures “elle n’en peut plus”. Son médecin traitant, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a déjà retenu dans son rapport du 21.11.2010 qu’il relève des difficultés dans la gestion de la vie quotidienne actuellement, ainsi que des difficultés en lien avec la gestion des dossiers assécurologiques. Il pensait que l’examen

- 13 - neuropsychologique aurait probablement besoin d’être étayé par un examen psychiatrique au cas où une expertise future devrait avoir lieu. Pour ma part, les difficultés actuelles énumérées par Mme F. \_\_\_\_\_ sont tout à fait crédibles et réelles. En effet, la région où se trouvait la tumeur est intimement liée à la mémoire. Il y a ici eu une radiothérapie à haute dose dont on sait que les effets tardifs peuvent être importants et se manifester au-delà de 10 ans. L’aggravation actuelle est également explicable, voire même attendue, de ce côté. J’estime par conséquent que si la décision de l’AI se base sur l’évaluation neuropsychologique de 2010, elle devrait être complétée par un nouvel examen spécifique tenant compte aussi de la profession, majorée d’un examen psychiatrique. Je retiens en plus que cette patiente a de nombreux autres problèmes qui, individuellement, ne donnent peut-être pas lieu à une incapacité de travail, mais cumulés peuvent représenter des éléments décisifs pour diminuer la capacité de travail que je considère actuellement comme nulle et définitive. Je signale ainsi une hypoacousie bilatérale, appareillée, des troubles oculaires, des déficits hypophysaires, tous liés à la tumeur, nécessitant une substitution délicate qui influence notamment le degré d’asthénie. Plus récemment, il y a eu un by-pass intestinal pour obésité morbide et une atteinte de l’épaule droite par rupture traumatique de la coiffe des rotateurs qui est également handicapante. Pour éviter une longue procédure avec une ou plusieurs expertises judiciaires, qui n’apporteront de toute façon rien de plus, je propose au tribunal de demander plutôt à l’AI d’actualiser le dossier médical et d’organiser un nouveau bilan neuropsychologique spécifique et éventuellement psychiatrique. Peut-être modifiera-t-elle alors ses conclusions hors tribunal". Le 19 mars 2012, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport dont il ressort ce qui suit : "L’assurée fait recours contre la décision d’avril 2011 tendant à l’octroi d’une rente entière temporaire (du 01.05.2009 au 31.03.2010), avec retour à la demi-rente (inv. 53%). Dans le cadre de l’audition, nous avons motivé pour quelles raisons nous nous écartions des conclusions des médecins traitants quant à la CT nulle en toute activité ; en particulier : nous n’avons pas retenu de syndrome frontal incapacitant avec un examen neuropsychologique rendu comme normal par les spécialistes du CHUV (22.03.2010) / nous avons estimé que la pathologie des épaules (déchirure complète du tendon sus-épineux à G en 2008 et rupture de la coiffe des rotateurs à D en 2010) engendrait des limitations fonctionnelles mais ne diminuait pas la CT au-delà de 50 % / nous avons nié la présence d’une affection psychiatrique susceptible de diminuer la CT au-delà de 50% (ni élément médical relevant, ni traitement et prise

- 14 - en charge psychiatrique, ni soupçon de trouble anxieux ou dépressif à l’échelle HAD lors de l’examen neuropsychologique de mars 2010 / sur la base du RM de la Dresse

X. \_\_\_\_\_, nous avons à juste titre retenu que les troubles endocriniens secondaires à la pathologie de base et son traitement étaient bien équilibrés, avec un effet spectaculaire sur l'importante asthénie. Pour mémoire, cette assurée âgée de 51 ans, divorcée, active à 100 % est au bénéfice d'une demi-rente (inv. 53%) servie depuis le 01.03.1998, précédée de rente entière dès le 01.09.1997, en lien avec les complications du traitement d'un chordome du clivus (exérèse chirurgicale le 07.11.1996 et radiothérapie), suivi de surdité de transmission bilatérale sur fibrose de la caisse de tympan post-radique depuis 1997. Il y a l'anosmie définitive, les croûtes nasales avec mauvaises odeurs perçues par autrui. La CT était limitée à l'époque en raison de : fatigabilité post-radique / traitement constant pour sinusites et otites post-radiques / trouble visuel non corrigé malgré 8 interventions de strabisme. Dans le cadre du recours, on trouve un RM daté du 28.02.2012, adressé à la CASSO et signé par le prof. T. \_\_\_\_\_, neurochirurgie FMH, un des médecins traitant Mme F. \_\_\_\_\_. Il nous reproche : - L'ancienneté de l'examen neuropsychologique ; Commentaire : lors de la rédaction de l'avis médical du 29.10.2010 concluant à l'exigibilité de 50% en tant qu'architecte, seuls 7 mois s'étaient écoulés depuis l'examen neuropsychologique de mars 2010 ; nous avons à juste titre admis que cet examen était encore d'actualité ; en février 2012 le professeur ne donne aucun élément laissant penser que la situation se soit aggravée. - De considérer l'examen neuropsychologique comme normal, alors que lui il y relève des insuffisances et un temps de passation trop court (1h) pour vraiment juger de troubles annoncés par l'assurée. - De ne pas avoir suffisamment pris en compte les nombreux autres problèmes de santé (hypoacousie bilatérale appareillée, troubles oculaires, déficits hypophysaires, by-pass intestinal, l'atteinte de l'épaule D) : Commentaire: nous avons clairement motivé me semble-t-il dans quelle mesure ces autres problèmes n'impliquaient pas d'IT prolongée au-delà de 50% (rappelons que les IT ne sont pas cumulatives) ; quant à l'hypoacousie et les problèmes oculaires ils étaient connus déjà lors de l'octroi de la rente en 1997 et personne n'a dit qu'ils se sont aggravés ; quant au by-pass, il n'est justiciable d'IT prolongée qu'en cas de complications notoires, que personne n'a annoncées. Par ailleurs le professeur T. \_\_\_\_\_ rappelle l'importance majeure du traitement chirurgical de la pathologie cérébrale tumorale, les conséquences possibles dudit traitement et de celui de la radiothérapie, les risques de complications. Commentaire : nous n'avons jamais banalisé les graves problèmes de santé de Mme F. \_\_\_\_\_, mais avons estimé sur la base des pièces médicales au dossier qu'après l'aggravation de 2009 qui a justifié l'octroi temporaire d'une rente entière, l'assurée avait retrouvé un état de santé comparable à celui qui a précédé l'aggravation et permettait l'exercice de l'activité d'architecte à 50% ; et pour les autres affections, voire en fait le premier paragraphe de cet avis".

- 15 - D. Le 6 juin 2012, Me Jean-Michel Duc a été nommé défenseur d'office de la recourante. Dans des déterminations complémentaires du 6 juillet 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son représentant, a conclu, avec suite de dépens, principalement, à ce que la décision du 14 avril 2011 rendue par l'OAI soit annulée et à ce qu'une rente entière lui soit allouée à partir du 1er mai 2009 avec intérêts à 5 % ; subsidiairement, à ce que la décision du 14 avril 2011 rendue par l'OAI soit annulée et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire incluant un bilan neuropsychologique et psychiatrique. La recourante a notamment soulevé que l'OAI avait violé la libre appréciation des preuves et le principe inquisitoire en se fondant uniquement sur le seul avis médical du SMR sans avoir tenu compte du rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_, lui reconnaissant une incapacité de travail à 100 %. Par duplique du 9 août 2012, l'OAI a confirmé sa position. E n d r o i t :

## **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à partir du 1er mai 2009.

## **E. 3**

a) Selon le droit fédéral est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art.

## **E. 8**

a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

- 26 - à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). L'OAI succombant, des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à sa charge. c) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, comme c'est le cas en l'occurrence, elle a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), arrêtés à 2'000 fr. à la charge de l'intimé. Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, de sorte qu'il n'y pas lieu de fixer l'indemnité d'office de Me Duc.

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