

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 juin 2009

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Röthenbacher  
Greffier : M. Bichsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par le Service juridique de Procap, à Bienne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : l'OAI ou l'office), à Vevey, intimé.

---

**Art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_, née en 1964, a déposé le 3 octobre 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, invoquant de "nombreuses interventions chirurgicales sur les intestins".

Dans un questionnaire complété le 2 novembre 2005, la Clinique [...], à Lausanne, a indiqué que l'assurée avait travaillé à son service en tant que téléphoniste-réceptionniste, à plein temps, du mois d'avril 2000 à la fin du mois de mai 2004; étaient annexés les courriers des 29 mars et 3 mai 2004 par lesquels l'intéressée avait résilié son contrat de travail, suite au changement de poste - avec baisse du taux d'activité et du salaire - proposé par l'employeur.

La Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'intéressée depuis le mois d'avril 2005, a établi un rapport le 3 novembre 2005, retenant comme diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail celui de trouble de l'humeur dû à des troubles intestinaux avec complication, type: épisode d'allure de dépression majeure avec anxiété. Il était relevé, sur le plan anamnestique, que l'assurée avait subi 18 interventions chirurgicales abdominales, dont 8 avaient porté sur les intestins, notamment les 4 dernières depuis le mois de mars 2005; était apparu depuis lors un épisode dépressif majeur, avec forte composante anxieuse et idées suicidaires. La capacité de travail de l'intéressée était réputée nulle depuis le 10 octobre 2005, étant précisé ce qui suit:

"pronostic du point de vue de la capacité de travail: Nécessité d'éviter le plus possible les sources de stress au vu de la fragilité de sa sphère digestive. Il est possible qu'une activité administrative à temps partiel (50 %) dans un contexte autant que possible dépourvu de facteurs de stress soit encore réalisable sans trop de risques de dommage à sa santé."

Dans un questionnaire *ad hoc* complété le 8 novembre 2005, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % dans une activité administrative, de préférence dans un hôpital.

Interpellé par l'office, le Dr D.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, a établi un rapport le 10 novembre 2005, posant comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée celui de syndrome adhérentiel intestinal sévère, existant depuis le mois de janvier 2005. Il relevait que l'assurée avait subi une intervention chirurgicale "très compliquée" le 16 mars 2005, ayant nécessité 3 réinterventions; le pronostic était depuis lors réservé. Etaient mentionnées les incapacités de travail suivantes: 100 % du 15 mars au 28 août 2005, 50 % du 29 août au 9 octobre 2005, enfin 100 % depuis le 10 octobre 2005. Selon le Dr D.\_\_\_\_\_, une activité de secrétariat, dans un environnement harmonieux et non stressant, était encore envisageable, à raison de 3 à 4 heures par jour.

Dans un questionnaire complété le 22 novembre 2005, l'Hôpital [...], à [...], a indiqué que l'intéressée travaillait à son service, à plein temps, depuis le 1<sup>er</sup> août 2004; elle était en incapacité totale de travail depuis le 10 octobre 2005, suite à une tentative de reprise à 50 %, du 29 août au 9 octobre 2005.

Dans un certificat médical établi le 5 décembre 2005, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a relevé une lente amélioration dans l'évolution du cas, précisant qu'il était probable qu'une incapacité de travail partielle persiste, compte tenu des séquelles.

Par communication du 9 mars 2006, l'office a informé l'assurée qu'une expertise médicale était nécessaire afin de pouvoir évaluer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Mandaté à cet effet par l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a établi un rapport le 24 avril 2006, posant comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée notamment ceux de syndrome adhérentiel intestinal susceptible de se compliquer et d'état anxio-

dépressif avec importante fatigabilité sur troubles du sommeil. Ce chirurgien relevait par ailleurs ce qui suit:

"Cette femme de 42 ans a subi, depuis l'année 2000, 8 interventions digestives, dont les 4 dernières se sont déroulées entre mars et juin 2005; l'élément commun à toutes ces opérations était la présence, à chaque fois plus sévère, d'un status adhérentiel nécessitant des adhésiolyse du grêle à chaque fois plus difficiles, de plus longue durée et, pour finir, grevées de complications (perforation du grêle, péritonite nécessitant la confection d'une iléostomie provisoire de décharge)."

[...]

**"Description précise de la capacité résiduelle de travail ?**

Depuis le 16 janvier 2006, Madame O.\_\_\_\_\_ a repris son activité dans le service de réservations de l'Hôpital [...] à [...] à un taux de 50 %. Elle y travaille de 12'00 à 16'00 et s'y rend volontiers, n'y éprouve pas de stress, le climat de travail étant harmonieux et son activité intéressante. D'un point de vue chirurgical, la capacité de travail devrait pouvoir être augmentée à 80 % si le problème de la fatigabilité était résolu par un traitement antidépresseur qu'elle refuse; la seule concession qu'elle veut bien faire est de prendre un anxiolytique (Lexotanil) à dose homéopathique.

**L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Oui, à 50 % en l'état actuel des choses. Si le sommeil pouvait être amélioré, une activité à 80 % serait à mon sens exigible."

[...]

**"Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Une capacité de travail de 50 % est possible dans l'activité exercée jusqu'ici, et ceci depuis le 16.01.2006. Sur le plan chirurgical, ce taux pourrait être augmenté à 80 %. Seul l'état psychique de la patiente limite cette capacité de travail à 50 %. A mon sens, une expertise psychiatrique serait à même de préciser l'exigibilité à la lumière des troubles psychiques résiduels évalués par un expert psychiatre."

[...]

"Sur le plan chirurgical, comme mentionné ci-dessus, une activité prof. de 80 % est exigible."

Dans un avis du 26 mai 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH pratiquant pour le compte du Service médical régional AI (SMR), a retenu que le facteur limitant le plus important consistait en une fatigue, que le Dr R.\_\_\_\_\_ attribuait à des troubles du sommeil dans le cadre d'un état dépressif incomplètement traité. Il a dès lors proposé la mise en œuvre

d'une expertise psychiatrique, afin de préciser le diagnostic, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle.

Par courrier du 20 mars 2007, l'assurée a informé l'office qu'elle venait de subir 2 nouvelles interventions, successives, et que son état de santé s'était aggravé.

Sur mandat de l'office, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport le 27 avril 2007, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, existant depuis 1992. Dans son appréciation du cas, ce praticien relevait notamment ce qui suit:

[...] "s'il existe une fatigue, celle-ci est surtout physique; la fatigue psychique n'est pas à l'origine de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire) ni d'un ralentissement. Madame O.\_\_\_\_\_ présente donc un épisode dépressif actuel léger dont les éléments constitutifs sont insuffisamment marqués pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Cela étant, relevons que l'assurée est dans une lutte permanente contre l'effondrement dépressif, pour lequel le risque est élevé. Il existe un début de perte d'espoir ainsi que des idées autour de la mort très présentes (l'assurée a effectué des démarches concrètes pour adhérer à l'organisation d'assistance au suicide « *Exit* »). Ces éléments sont des signes de gravité; le risque de suicide est élevé."

Selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée était totale sur le plan strictement psychiatrique, sans limitation fonctionnelle ni diminution de rendement.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 10 mai 2007, l'Hôpital [...] a indiqué qu'un nouveau contrat de travail, en tant qu'employée de bureau à 50 %, avait été conclu avec l'intéressée, avec effet au 11 mars 2007. Etaient par ailleurs mentionnées les incapacités de travail suivantes: 100 % du 10 octobre 2005 au 15 janvier 2006, 50 % 16 janvier 2006 au 19 février 2007, enfin 100 % du 20 février au 6 mai 2007.

Dans un avis du 8 juin 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_, se référant notamment aux conclusions des Drs R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, a retenu que la capacité de travail de l'assurée s'élevait à 80 % depuis le 16 janvier

2007 dans son activité habituelle comme dans toute activité adaptée, la seule limitation fonctionnelle consistant en une "fatigabilité".

L'office a dès lors soumis à l'intéressée un projet de décision du 6 juillet 2007, dans le sens du rejet de sa demande. Il était précisé que, sur requête expresse de sa part, l'OAI pourrait intervenir afin de mettre en place une aide au retour au travail.

La Dresse L.\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur ce projet de décision par courrier adressé à l'office le 17 août 2007, relevant notamment ce qui suit:

"L'épisode dépressif actuel s'est aggravé au point où Madame O.\_\_\_\_\_ a accepté de reprendre un traitement antidépresseur, malgré les risques que cela peut représenter pour elle en raison des effets secondaires gastro-intestinaux potentiellement à même d'augmenter le risque de récurrence d'occlusion.

L'ensemble des éléments récapitulés ici me conduisent à un diagnostic d'épisode dépressif majeur avec risque suicidaire important, ce qui est un signe de gravité.

Dans l'appréciation de cette situation, il faut prendre en compte que la stabilité très précaire de l'état psychique de Madame O.\_\_\_\_\_ a été obtenue notamment grâce à la réduction de son temps de travail à 50 % et à la souplesse de ses employeurs pour moduler ses horaires et sa charge de travail.

La seule chose qui pourrait permettre à Madame O.\_\_\_\_\_ de continuer à vivre malgré les souffrances (douleurs quotidiennes et permanentes), la restriction des activités (contraintes du régime alimentaire et troubles du transit intestinal qui rendent difficiles ou impossibles nombre d'activités sociales) et les récurrences qui surviendront tôt ou tard, serait de bénéficier de l'allègement que représente une rente d'invalidité de 50 %. Cela permettrait simplement de maintenir l'équilibre précaire de son organisation de vie actuelle et une relative stabilité de son état anxio-dépressif à un niveau acceptable."

Par courrier du 19 août 2007, l'assurée a demandé à l'OAI de revoir sa position, invoquant en particulier ses douleurs permanentes, l'importance du régime alimentaire auquel elle était astreinte, sa fatigue perpétuelle - résultant en partie des nombreuses anesthésies dont elle avait fait l'objet -, ainsi que les efforts qu'elle devait faire pour éviter tout état de stress. Etaient annexés les pièces médicales suivantes:

- les comptes rendus d'hospitalisation concernant les opérations pratiquées les 20 février et 2 mars 2007, mentionnant les interventions suivantes: "Laparoscopie exploratrice: Status adhérentiel dense avec occlusion grêle complète. Adhésiolyse extensive (7 heures 40 minutes d'intervention)", respectivement "En urgence: Laparoscopie exploratrice: nouvelle occlusion sur bride au sein d'un magma adhérentiel impressionnant";

- un rapport établi le 9 août 2007 par le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel indiquait que l'état physique et psychique de l'intéressée s'était largement péjoré depuis 2005, compte tenu notamment des récives d'occlusion intestinale en février et mars 2007. Il était relevé que l'assurée présentait des douleurs abdominales chroniques, dues à un état adhérentiel intestinal sévère, que le risque certain de récive occlusif s'accompagnait d'un stress permanent, et que les nombreuses anesthésies qu'elle avait subi ces dernières années ne contribuaient pas à arranger la situation. Ce chirurgien demandait à l'office de mettre en œuvre une nouvelle expertise complète, à la lumière de ces faits nouveaux, précisant que l'assurée avait à son sens droit à une demi-rente compte tenu de ses antécédents médico-chirurgicaux.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a en substance indiqué, dans un avis du 31 août 2007, que les interventions réalisées en 2007 justifiaient certainement un arrêt de travail, mais de courte durée et sans influence sur l'exigibilité à terme; aucun élément nouveau ne venait ainsi remettre en cause les conclusions des Drs R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, sur lesquelles était fondé son précédent avis du 8 juin 2007.

Par courrier du 12 septembre 2007, l'assurée a informé l'office qu'elle avait été licenciée, avec effet au 30 septembre suivant, et qu'elle était allée s'installer auprès de sa famille, dans le canton de Fribourg; elle requerrait de l'aide afin de pouvoir retrouver un emploi dans sa nouvelle région. Cette demande restera sans réponse.

Par décision du 17 décembre 2007, l'office a confirmé son projet de décision du 6 juillet 2007, dans le sens du rejet de la demande présentée par l'assurée. Il a retenu, en se fondant sur les appréciations des Drs R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, que sa capacité de travail était de 80 % dans son activité habituelle comme dans toute autre activité adaptée à sa "fatigabilité", et ce depuis le 16 janvier 2006. Il a par ailleurs renouvelé sa proposition concernant une aide au retour au travail.

**B.** O.\_\_\_\_\_, représentée par le Service juridique de Procap, a formé recours contre cette décision devant le Tribunal des assurances par acte du 23 janvier 2008, concluant à son annulation, avec pour suite, principalement, que soit constaté son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, ou, subsidiairement, le renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a fait valoir que les rapports des Drs R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, sur lesquels la décision litigieuse était fondée, apportaient des informations contradictoires quant à l'origine de son importante fatigabilité; ainsi, le spécialiste en chirurgie avait considéré qu'une capacité de travail de 80 % pourrait être récupérée moyennant le suivi d'un traitement antidépresseur réputé propre à régler les problèmes de fatigue, alors que, selon le spécialiste en psychiatrie, la fatigue était d'origine strictement physique. En outre, l'intéressée s'était effectivement soumise à un traitement antidépresseur, lequel n'avait apporté aucune amélioration sur son état de fatigue, ainsi que l'avait attesté la Dresse L.\_\_\_\_\_, ce qui infirmait les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_ concernant une récupération hypothétique d'une capacité de travail de 80 pour-cent. Il était par ailleurs fait grief à l'OAI de n'avoir pas abordé le cas sous l'angle des interférences entre les sphères somatiques et psychiques, en ce sens que les rapports des Drs R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, trop sectoriels et comportant des contradictions, ne permettaient aucunement de prendre valablement position sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, ce d'autant moins que l'ensemble des autres médecins consultés avaient unanimement conclu à une capacité de travail résiduelle maximale de 50 %; au surplus, l'office n'avait tenu aucun compte des 2 interventions chirurgicales subies en 2007, soit postérieurement au

rapport établi par le Dr R.\_\_\_\_\_, pas plus que de l'aggravation de l'état psychique attestée par la Dresse L.\_\_\_\_\_, précisant à cet égard que les avis du SMR ne permettaient pas de suppléer à l'absence de données médicales spécialisées et récentes. Etaient annexés les avis médicaux suivants:

- une attestation établie le 9 janvier 2008 par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée depuis le mois d'octobre 2007 - suite à son déménagement dans le canton de Fribourg -, à teneur duquel sa capacité de travail s'élevait à 50 pour-cent. Dans un rapport établi le 14 janvier 2008, ce médecin indiquait que l'intéressée présentait un état anxio-dépressif lié à ses troubles physiques, savoir un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère, avec un tableau symptomatologique de tristesse, d'épuisement et de désespoir, auquel s'ajoutait un état anxieux permanent (fortes angoisses, troubles du sommeil) lié à la crainte d'une récurrence au niveau de ses troubles intestinaux. Il était relevé que l'aggravation de l'état de santé physique contribuait ainsi à l'aggravation de la symptomatologie anxieuse et dépressive; selon le Dr I.\_\_\_\_\_, il paraissait indiqué que l'assurée conserve une activité à temps partiel, à 50 % au maximum, qui tient compte de l'état physique et psychique dont, entre autres, la fatigue et le risque d'absentéisme inhérents à ses troubles;

- un certificat médical établi le 14 janvier 2008 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, lequel relevait notamment l'absence de solution médico-chirurgicale dans le cas de l'intéressée, d'une part, l'existence d'un "gros état dysthymique réactionnel", non améliorable malgré une bonne prise en charge sur le plan psychiatrique, d'autre part;

- un rapport établi le 16 janvier 2007 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, qui indiquait qu'il lui semblait illusoire d'imaginer que l'assurée puisse reprendre une activité à 100 %, compte tenu notamment de l'absentéisme irrégulier non négligeable induit par ses

atteintes. Il était ainsi relevé qu'elle avait eu de la chance de retrouver une activité à 50 % auprès d'un employeur qui acceptait cet absentéisme irrégulier, l'intéressée compensant parfois ses absences en travaillant le samedi.

Se référant à ces différentes appréciations ainsi qu'à l'ensemble du dossier médical, la recourante estimait que sa capacité de travail résiduelle s'élevait tout au plus à 50 %, très probablement réduite encore par une importante diminution de rendement.

Dans sa réponse du 10 avril 2008, l'OAI a indiqué que les arguments développés par l'intéressée, respectivement les documents produits à l'appui de son recours, n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision, et conclu au rejet du recours. Il était renvoyé à cet égard à un avis rendu le 13 mars 2008 par le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR, selon lequel le fait que la fatigabilité de l'assurée ne s'explique que partiellement par les atteintes somatiques et psychiques ne préjugait en rien de son caractère invalidant ou non. En outre, l'attestation établie le 9 janvier 2008 par le Dr I. \_\_\_\_\_, qui retenait une capacité de travail de 50 %, n'apportait aucune précision, et ne comportait en particulier ni diagnostic, ni status psychiatrique, ni indications concernant les limitations fonctionnelles et le traitement en cours. Quant aux avis des Drs P. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, ils n'infirmait à son sens aucunement les conclusions des Drs R. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_.

L'intéressée a répliqué par écriture du 6 juin 2008, maintenant intégralement les conclusions de son acte de recours. Par courrier du 19 juin 2008, elle a produit un rapport établi le 9 juin 2008 par la Dresse S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie et antalgie, mentionnant notamment une aggravation de sa perte pondérale, la présence d'une ostéoporose (comme comorbidité) et un déconditionnement musculaire important, ainsi qu'un rapport établi le 13 juin 2008 par le Dr P. \_\_\_\_\_, lequel relevait ce qui suit:

"L'estimation de l'incapacité de travail et de ses causes est difficile à estimer au vu de l'intrication des problèmes.

D'un côté la situation abdominale de Madame O.\_\_\_\_\_ semble actuellement stabilisée mais il persiste des douleurs. Nous savons que les douleurs sont à la fois cause et effet de situation de dysthymie réactionnelle. Ainsi, la fatigue peut être secondaire tant aux douleurs résiduelles et aux épisodes de coliques itératifs (qui n'influence pas son état de nutrition) que aux épisodes dépressifs larvés qui semblent ressortir des diverses expertises." [...] "Pour ma part, je pense que les douleurs chroniques abdominales, quelle que soient leur origine sont une cause d'épuisement progressif chez nos patients et que ces derniers devraient être considérés comme des handicapés dont l'évolution et le pronostic restent toujours incertains."

Par courriers des 4 et 28 juillet 2008, l'office a indiqué que les écritures de la recourante, respectivement les deux derniers rapports produits, n'apportaient aucun élément objectif susceptible de remettre en cause sa position.

L'assurée a produit, le 31 mars 2009, un rapport établi le 6 mars 2009 par le Dr I.\_\_\_\_\_ et la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, dans lequel étaient posés les diagnostics de "autres troubles anxieux mixtes" et de "personnalité anxieuse", occasionnant une incapacité de travail de 50 pour-cent. Il était notamment relevé ce qui suit:

[...] "depuis quelques mois, son état de santé s'est péjoré suite à différents événements qui ont contribué à une aggravation du niveau d'anxiété. Or, l'augmentation du stress et de l'anxiété chez cette patiente amplifie les douleurs abdominales. Cet état lui a d'ailleurs valu une hospitalisation durant le mois de janvier 2009. De plus, nous savons que les douleurs au ventre amplifient chez Mme O.\_\_\_\_\_ le niveau d'anxiété par la peur d'être hospitalisée ou d'avoir une ixième occlusion intestinale. Il s'agit là d'un cercle vicieux que seule une situation professionnelle stable et ralentie permettrait de gérer au mieux." [...]

L'OAI s'est déterminé sur ce dernier rapport par écriture du 23 avril 2009, faisant siennes les conclusions d'un avis rendu le 16 avril précédent par le Dr N.\_\_\_\_\_. Celui-ci indiquait qu'il n'était pas précisé en quoi consistait l'aggravation alléguée, ni dans quel service l'intéressée avait été hospitalisée. Au demeurant, le diagnostic posé précédemment par le Dr I.\_\_\_\_\_ de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère (rapport du 14 janvier 2008) n'était plus mentionné, seules persistant les manifestations anxieuses; il s'agissait ainsi plutôt d'une

amélioration objective que d'une péjoration, étant précisé que le diagnostic de personnalité anxieuse n'était pas en soi incapacitant. Enfin, on ne pouvait parler de dégradation de la situation, dès lors que l'évaluation de la capacité résiduelle, estimée à 50 %, était restée la même depuis le début de la prise en charge. Ce dernier rapport n'était en conséquence pas de nature à convaincre de la réalité d'une péjoration significative de l'état de santé de la recourante.

**C.** Une audience d'instruction a été tenue le 5 mai 2009.

La recourante a expliqué, à l'attention de l'intimé, que l'hospitalisation subie en 2009 tenait à une suspicion de récurrence d'occlusion intestinale. Elle a précisé que le régime alimentaire auquel elle devait se soumettre générait une ostéoporose, qui la limitait également dans certaines de ses activités en raison des risques de fractures. Enfin, elle a indiqué avoir perdu son dernier emploi, suite à un nouvel arrêt de travail, et déploré de constater l'absence d'aide de l'OAI comme le fait qu'aucun employeur n'avait donné suite aux nombreuses recherches d'emploi qu'elle avait personnellement effectuées depuis lors, précisément compte tenu du risque permanent de rechute.

La recourante a produit un rapport établi le 28 mai 2009 par le Dr I. \_\_\_\_\_ et la Dresse H. \_\_\_\_\_, à teneur duquel le contexte de travail, dans sa dernière activité de secrétaire de direction à 50 %, l'avait mise dans un état de surcharge et de stress important, avec apparition progressive de symptômes anxio-dépressifs (forte tension motrice, ruminations, trouble du sommeil, grande fatigue, isolement, notamment); or, ces situations de stress et d'anxiété engendraient une aggravation des douleurs abdominales, lesquelles, déjà continuellement présentes en temps normal, étaient devenues insupportables au point de nécessiter une hospitalisation en janvier 2009. Il était en outre indiqué qu'une médication antidépressive, tentée sur plusieurs mois, avait été interrompue d'un commun accord compte tenu de l'absence d'amélioration. Enfin, les manifestations anxieuses étaient qualifiées de "très incapacitantes" dans

le cas de la recourante, étant donné la dégradation de son état physique qui en découlait.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

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

**1. a)** Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 39 al. 4 let. c LPGA), le recours a été déposé en temps utile; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de dite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

**2.** Est litigieuse en l'espèce l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de travail de la recourante, partant son droit à l'octroi d'une rente.

**3. a)** A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de

longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Le droit à la rente prend naissance, selon l'art. 29 al. 1 LAI, au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la

différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité.

Lorsqu'il s'agit d'apprécier dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; il n'y a ainsi pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes; ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché du travail, ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à dispositions permettent de trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatiques et psychiques, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (cf. ATF

I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.3 et les références; ATF I 143/03 du 26 mai 2003, consid. 3.3).

En matière d'assurances sociales, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports en cause remplissent les exigences requises (cf. ATF I 110/06 du 9 février 2007, consid. 1.3 *in fine*). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient en effet de tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF I 205/04 du 26 octobre 2004, consid. 4; ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Cela étant, 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. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée des différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant, ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur; pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 9C\_773 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et la référence).

**4.** En l'espèce, l'intimé a retenu que la capacité de travail de la recourante s'élevait à 80 % à compter du 16 janvier 2006, en se fondant sur les appréciations respectives des Drs R.\_\_\_\_\_, sur le plan chirurgical, et Z.\_\_\_\_\_, sur le plan psychiatrique. La recourante conteste les conclusions de ces médecins, faisant valoir en substance qu'elles sont contradictoires entre elles, qu'elles ne tiennent pas compte des

interférences entre ses atteintes sur les plans somatique et psychique, qu'elles sont infirmées par les avis de l'ensemble des autres médecins consultés, enfin que son état de santé s'est dégradé depuis les rapports en cause.

**a)** Il convient tout d'abord d'observer que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, le Dr R. \_\_\_\_\_ n'atteste pas clairement d'une capacité de travail résiduelle effective de 80 % dans son rapport du 24 avril 2006. En effet, ce médecin conclut certes son rapport en indiquant qu'une activité professionnelle de 80 % est exigible sur le plan chirurgical, mais il n'en retient pas moins dans ses réponses aux questions topiques de l'OAI, et ce à plusieurs reprises, une capacité de travail 50 % en l'état, "susceptible" à son sens de pouvoir être portée à 80 % "si le problème de fatigabilité était résolu par un traitement antidépresseur". Le Dr R. \_\_\_\_\_ admet ainsi expressément une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30 % en raison de la forte fatigabilité présentée par la recourante, qu'il attribue à son état psychique. Or, dans son rapport du 27 avril 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_ indique que, s'il existe une fatigue, celle-ci est avant tout physique, et qu'elle n'a aucune répercussion, sur le plan psychique, sur la capacité de travail de l'intéressée. On comprend dès lors mal que le problème de la fatigabilité se trouve relégué, dans l'avis rendu le 8 juin 2007 par le Dr N. \_\_\_\_\_, au rang des limitations fonctionnelles, alors même que ce médecin avait retenu, dans son premier avis du 26 mai 2006, la fatigue comme facteur limitant le plus important. Ce faisant, le médecin du SMR ne pouvait pas avoir correctement apprécié la répercussion de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante, alors même que cette répercussion n'est pas remise en cause par les spécialistes mandatés par l'intimé, lesquels ont bien plutôt renoncé à rendre un avis péremptoire au motif que la fatigabilité ne relevait pas de leurs domaines de compétence respectifs. Il semble à cet égard manifeste, comme l'a notamment relevé de manière précise et convaincante le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 juin 2008, que la fatigabilité présentée par l'intéressée est secondaire, tant aux douleurs somatiques qu'aux atteintes psychiques, lesquelles sont étroitement enchevêtrées et s'entretiennent réciproquement. Or, c'est précisément en pareil cas, soit

en présence d'atteintes tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, que la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 3c) commande de se fonder sur une évaluation globale du cas, et non pas, comme l'a fait l'intimé, de simplement juxtaposer les taux d'incapacités résultant de différentes atteintes.

Ensuite, on peut s'étonner que le Dr R. \_\_\_\_\_ se borne à ne retenir qu'un syndrome adhérentiel intestinal "susceptible de se compliquer", s'agissant d'une assurée qui avait alors déjà subi 8 interventions chirurgicales concernant cette atteinte, et au sujet desquelles ce même médecin expose dans son appréciation du cas qu'elles ont en commun "la présence, à chaque fois plus sévère, d'un status adhérentiel nécessitant des adhésiolyse du grêle à chaque fois plus difficiles, de plus longue durée et, pour finir, grevées de complications (perforation du grêle, péritonite nécessitant la confection d'une iléostomie provisoire de décharge)". Compte tenu, au surplus, des deux récurrences d'occlusion intestinales en février et mars 2007 - et des interventions en urgence qu'elles ont nécessité -, le diagnostic de syndrome adhérentiel intestinal sévère, posé notamment dans le rapport établi le 10 novembre 2005 par le Dr D. \_\_\_\_\_ (dont il y a lieu de souligner qu'il a lui-même procédé à certaines des opérations en cause, en mars et juin 2005), paraît à cet égard répondre au cas de l'intéressée. On s'étonne également que le Dr Z. \_\_\_\_\_ retienne le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, en précisant que les éléments constitutifs de ce trouble sont insuffisamment marqués pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail, alors même qu'il met en évidence, dans son appréciation du cas, une lutte permanente contre l'effondrement dépressif - pour lequel le risque est élevé -, un début de perte d'espoir et des idées morbides très présentes, éléments qu'il tient expressément pour des signes de gravité.

A cela s'ajoute encore que la capacité de travail réputée résiduelle a pu être éprouvée dans le cadre d'activités professionnelles effectivement exercées, permettant ainsi aux médecins traitant consultés de se prononcer en connaissance de cause. Enfin, on ne voit pas que l'on

puisse reprocher à l'assurée un défaut de compliance aux traitements utiles, en particulier s'agissant de la prise d'antidépresseurs, l'intéressée s'y étant soumise sans succès ou y ayant temporairement renoncé sur la base d'avis médicaux autorisés.

Dans ces conditions, on ne saurait considérer que les rapports des Drs R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ sont étayés et exempts de contradictions dans une mesure telle que leurs conclusions respectives devraient se voir reconnaître pleine valeur probante, respectivement l'emporter sur les avis contraires ou divergents des autres médecins consultés. Cela s'avère d'autant plus que, comme l'ont relevé plusieurs de ces derniers, la particularité des atteintes somatiques et psychiques présentées par la recourante tient au fait qu'elles sont étroitement et inextricablement liées (l'état de stress et d'anxiété étant tout à la fois la cause et la conséquence de ses douleurs abdominales), de sorte que l'intimé ne pouvait se borner à dissocier les incapacités de travail retenues - de surcroît à un an d'intervalle - par deux spécialistes mandatés chacun dans son domaine de compétences, mais se devait bien plutôt de procéder à une évaluation globale du cas.

Cela étant, il y a lieu d'examiner s'il peut être statué au vu de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, à défaut s'il convient de procéder à un complément d'instruction.

**b)** Sur le plan somatique, il est établi que la recourante présente un syndrome adhérentiel intestinal sévère (diagnostic posé par le Dr D.\_\_\_\_\_), ayant nécessité 10 interventions depuis l'an 2000. Cette atteinte l'oblige en outre à se soumettre à un régime alimentaire draconien et durable, lequel induit une ostéoporose (mentionnée notamment dans le rapport établi le 9 juin 2008 par la Dresse S.\_\_\_\_\_), et provoque - à tout le moins contribue à provoquer - un épuisement progressif (cf. le rapport établi le 13 juin 2008 par le Dr P.\_\_\_\_\_), lequel tient également aux nombreuses anesthésies dont l'intéressée a fait l'objet (cf. le rapport établi le 9 août 2007 par le Dr D.\_\_\_\_\_).

La recourante présente en outre, sur le plan psychique, une atteinte étroitement liée à ses troubles physiques, dont la qualification en termes de diagnostic varie suivant les rapports des différents spécialistes en psychiatrie consultés: "trouble de l'humeur dû à des troubles intestinaux avec complication, type: épisode d'allure de dépression majeure avec anxiété" (rapport établi le 3 novembre 2005 par la Dresse L.\_\_\_\_\_), "trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique" (rapport établi le 27 avril 2007 par le Dr Z.\_\_\_\_\_), "épisode dépressif majeur avec risque suicidaire important" (rapport établi le 17 août 2007 par la Dresse L.\_\_\_\_\_), "trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère" auquel s'ajoute un "état anxieux permanent" (rapport établi le 9 janvier 2008 par le Dr I.\_\_\_\_\_), enfin "troubles anxieux mixtes" et "personnalité anxieuse" (rapport établi le 6 mars 2009 par le Dr I.\_\_\_\_\_ et la Dresse H.\_\_\_\_\_). On observe ainsi que, quelles que soient les qualifications retenues, tous les spécialistes consultés ont admis l'existence d'une atteinte cliniquement significative. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ n'en disconvient du reste pas, dont le diagnostic de trouble dépressif qualifié de récurrent induit, indépendamment de la gravité qualifiée d'"actuelle" de l'épisode dépressif, le caractère chronique de l'atteinte.

Partant, dès lors que le caractère durable des affections somatiques n'apparaît pas contestable, et qu'une comorbidité psychique d'une intensité significative se trouve en l'occurrence induite et entretenue par la problématique somatique, les atteintes à la santé présentées par l'assurée doivent être, dans leur globalité, qualifiées de durable.

**c)** Subsiste la question de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. A cet égard, les Drs L.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont conclu à une capacité de travail maximale de 50 %; le Dr P.\_\_\_\_\_ ne s'est pas expressément prononcé sur l'exigibilité, indiquant toutefois que l'exercice d'une activité à 100 % lui semblait illusoire, et que l'intéressée avait eu de la chance de retrouver, après son déménagement, une activité à 50 %, compte tenu de l'absentéisme irrégulier important

induit par ses atteintes. Or, ces médecins ne se sont à juste titre pas bornés à apprécier la capacité de travail eu égard à leur domaine strict de compétence, rendant bien plutôt compte de la complexité particulière du cas tenant à l'imbrication des atteintes somatiques et psychiques, respectivement du "cercle vicieux" en résultant. Dès lors, compte tenu de la concordance manifeste entre leurs avis concernant l'exigibilité - laquelle est au demeurant confirmée par le Dr R.\_\_\_\_\_, dans son appréciation globale tenant également compte de la fatigabilité -, il apparaît que ce taux de 50 % doit être retenu, au degré de vraisemblance requis, compte tenu de l'importance et de la récurrence des atteintes à la santé présentées par l'intéressée. On relèvera du reste à cet égard que l'estimation du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause le taux de 50 % retenu par l'ensemble des autres médecins consultés, dans la mesure où elle ne porte expressément que sur le plan psychiatrique, et n'est en outre, comme déjà relevé, pas totalement exempte de contradictions. On relèvera également que, concrètement, la recourante n'est jamais parvenue, depuis l'intervention réalisée en mars 2005, à reprendre une activité à un taux supérieur à 50 %, ce malgré une bonne volonté et une motivation qu'aucune pièce du dossier ne permet de remettre en cause; c'est ainsi sans le concours de l'office qu'elle a retrouvé une activité après son déménagement dans le canton de Fribourg, travaillant même occasionnellement le samedi afin de compenser au mieux d'impondérables absences. Force est dès lors de constater qu'il serait illusoire de retenir une capacité de travail supérieure à 50 %, respectivement que l'exercice d'une activité à un taux supérieur ne saurait être raisonnablement exigé, supposant de la part de l'employée comme de son employeur l'aménagement de conditions de travail irréalistes.

**d)** En définitive, il convient de retenir que la capacité de travail de la recourante n'a jamais dépassé 50 % depuis l'intervention subie le 15 mars 2005, date déterminante pour fixer le début d'une incapacité de travail réputée durable. Dès lors qu'il n'est pas contesté que son activité habituelle est réputée adaptée aux limitations résultant de ses atteintes, le degré d'invalidité en découlant équivaut au taux d'incapacité de travail

dans l'activité habituelle, soit 50 pour-cent. L'intéressée se voit donc reconnaître le droit à une demi-rente (art. 28 al. 1 LAI) avec effet dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'un an (art. 29 al. 1 let. b LAI).

**5.** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité est reconnu avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2006.

**6. a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de 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. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, directement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de dite loi (art. 117 al. 1 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 publics, comme les OAI (art 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice à la charge de l'office débouté.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu d'un double échange d'écritures, de déterminations ponctuelles sur divers avis médicaux et de la tenue d'une audience, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que O. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2006.
- III.** L'intimé versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Service juridique de Procap, à 2500 Bienne 3 (pour O. \_\_\_\_\_);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :