

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juin 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Perdrix et Mme Feusi, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Alain Vuithier,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA et 28a al. 2 LAI**

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

**A. a)** T. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 1<sup>er</sup> mai 1964, est mariée et mère de trois enfants nés respectivement en 1986, 1989 et 1991. Originnaire du Kosovo, elle est en Suisse depuis 1991. Le 9 mai 2003, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

**b)** Après avoir recueilli divers rapports médicaux auprès des Dresses U. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, médecins traitants de l'assurée, l'OAI, suivant un avis médical établi le 6 juillet 2004 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, a convoqué l'assurée pour un examen clinique bidisciplinaire au SMR, qui a été effectué le 21 janvier 2005 par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour le volet orthopédique, et par la Dresse O. \_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique. Du rapport d'examen clinique bidisciplinaire établi le 3 février 2005 par ces praticiens, il résulte en particulier ce qui suit:

### **« DIAGNOSTICS**

#### **- avec répercussion sur la capacité de travail:**

- LOMBOSCIATALGIES À G LE LONG DU TERRITOIRE S1 CHRONIQUES ET RÉSISTANTES À TOUS LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX, PHYSIQUES ET CHIRURGICAUX EFFECTUÉS JUSQU'À PRÉSENT. M54.4 CODE AI 938.
- STATUS UNE ANNÉE APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE L5-S1 À G.
- SCOLIOSE IDIOPATHIQUE DORSOLOMBAIRE.

#### **- sans répercussion sur la capacité de travail:**

- DIFFICULTÉ D'ADAPTATION À UNE NOUVELLE ÉTAPE DE LA VIE Z80.0.

### **APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS**

Il s'agit d'une assurée de 39 ans, albanaise du Kosovo, mariée, mère de trois enfants qui fait une demande de rente le 15 mai 2003 en raison des douleurs chroniques. Elle séjourne en Suisse depuis 1991, mère au foyer avec une formation de laborantine en chimie dans son pays où elle aurait travaillé pendant une année. L'assurée a présenté des lombopalgies gauches depuis 1996, migraine depuis

l'adolescence, surcharge pondérale, une cholécystectomie pour lithiase biliaire en 1995.

Dans le rapport médical du 24.06.03, le médecin-traitant le Dr U.\_\_\_\_\_ signale la persistance de douleurs lombaires qui invalident de plus en plus l'assurée et ce malgré un suivi à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ de D.\_\_\_\_\_. Le médecin ne retient aucun diagnostic psychiatrique et elle évalue l'incapacité de travail à 100% depuis une date inconnue.

Selon le Dr S.\_\_\_\_\_ médecin associé à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, dans le rapport médical du 23 juin 2003, l'assurée souffre de lombopalgies gauches chroniques persistantes dans un contexte de troubles statiques, protrusions discales L4-L5, L5-S1 gauche et discopathies au même niveau et elle retient également un état dépressif réactionnel d'intensité légère, et évalue une incapacité de travail à 50% depuis 2001. Le médecin-traitant, dans le rapport du 3 octobre 2004, évalue également une incapacité à 50% et atteste une évolution stationnaire.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique.

Les traits dépressifs et anxieux présents lorsque l'assurée est confrontée à son bilan existentiel actuel sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme douloureux persistant nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assurée est démonstrative et dans un discours logorrhéique elle met en avant ses plaintes somatiques sans attirer notre empathie. Par ailleurs, les douleurs ont une explication organique, le 3 février 2004, l'assurée aurait bénéficié d'une intervention chirurgicale à l'Hôpital G.\_\_\_\_\_.

Le diagnostic d'état dépressif réactionnel d'intensité légère posé par le médecin rhumatologue n'a pas été objectivé pendant l'entretien. Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive ou simplement une humeur dépressive de courte durée, actuellement elle est [en] rémission complète.

Sur la base de notre observation clinique, l'assurée ne souffre d'aucune maladie psychiatrique chronique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière. Le diagnostic de difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de la vie n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Sur le plan somatique, l'assurée souffre de lombalgies à répétition depuis 1991, des lombosciatalgies à G depuis 1994. Les examens initiaux montraient des protrusions discales L4-L5 et L5-S1. Toute sorte de traitements médicamenteux et physiques ont été effectués. Au début 2004, un CT-scan lombaire montre une hernie discale L5-

S1 à G raison pour laquelle elle bénéficie le 03.02.2004 d'une cure de hernie discale L5-S1 G à l'Hôpital G.\_\_\_\_\_. Malgré cette intervention, l'assurée continue à se plaindre de lombalgies et de sciatalgies à G le long du territoire S1.

**Les limitations fonctionnelles psychiatriques:** pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

**Les limitations fonctionnelles somatiques:** en raison des troubles vertébraux, cette assurée doit avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout. Ne doit pas porter des objets d'un poids supérieur à 5 kg. Doit éviter les travaux en porte-à-faux et en antéflexion du tronc. A noter que depuis son intervention chirurgicale de février 2004, l'assurée bénéficie de l'aide d'une femme de ménage pendant 3h00/semaine, avant cette intervention c'était sa fille qui faisait le repassage et la lessive.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?** Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?** Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, il est difficile de répondre à cette question, En effet, l'assurée a bénéficié d'une formation comme laborantine en chimie au Kosovo où elle n'a travaillé qu'une année. En Suisse, elle a travaillé 2 mois au noir en 1993 comme femme de ménage et 5 semaines en 2001 comme nettoyeuse auxiliaire. Comme ménagère, la capacité de cette assurée n'est pas complète car depuis environ 2001, elle devait se faire aider par sa fille pour certains travaux ménagers et depuis février 2004 elle a une femme de ménage qui fait les travaux lourds.

#### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: EN TANT QUE MÉNAGÈRE: 70% DEPUIS 2001,  
EN TANT QUE NETTOYEUSE: 50% DEPUIS 2001.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% DEPUIS LE 01.08.2004 (6 MOIS POST-OP) »

**c)** Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 7 février 2007. Sur la base des indications données par l'assurée et des constatations opérées par la personne chargée de l'enquête, c'est un statut de 50% active et 50% ménagère qui a été retenu dans le rapport d'enquête ménagère du 21 février 2007. Il résulte de ce rapport que l'assurée présente les empêchements dus à l'invalidité suivants:

Champ d'activité

Pondération

Empêchement

Invalidité

Conduite du ménage	4%	0%	0%
Alimentation	40%	60%	24%
Entretien du logement	16%	70%	11.2%
Emplettes et courses diverses	7%	80%	5.6%
Lessive et entretien des vêtements	15%	60%	9%
Soins aux enfants	16%	0%	0%
Divers	2%	10%	0.2%
Total	100%	---	50%

**B. a)** Par décision du 7 décembre 2007, confirmant un projet de décision du 12 septembre 2007, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Se fondant en particulier sur le rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR établi le 3 février 2005 par le Dr X. \_\_\_\_\_ (pour le volet orthopédique) et par la Dresse O. \_\_\_\_\_ (pour le volet psychiatrique), il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (épargne du dos), et ce depuis 2001. Par ailleurs, il résultait du rapport d'enquête ménagère du 7 février 2007 (cf. lettre A.c supra) que l'assurée devait être considérée comme 50% active et 50% ménagère. L'empêchement dans la part active, résultant de la comparaison des revenus sans invalidité (25'720 fr. 20, selon les indications données par l'ex-employeur de l'assurée) et avec invalidité (21'504 fr. 69, selon les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires pour des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, après un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles), s'élevait à 16.38%, tandis que l'empêchement dans la tenue du ménage s'élevait selon l'enquête ménagère à 50%. Il en résultait un degré d'invalidité total de 33.19% (soit 8.19% [16.38% : 2] + 25% [50% : 2]), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**c)** L'assurée, représentée par l'avocat Christophe Maillard, a recouru auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud contre cette décision, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'administration pour qu'elle fasse procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

Statuant par jugement du 23 avril 2008 (AI 55/08), le Président du Tribunal des assurances a considéré que l'évaluation de la Dresse O.\_\_\_\_\_ (cf. lettre A.b supra) était entachée d'irrégularités d'ordre formel qui en affaiblissaient la valeur probante (cf. TFA I 65/07 du 31 août 2007), de sorte que l'OAI ne pouvait pas valablement statuer sur la capacité de travail et le taux d'invalidité de la recourante en se fondant sur l'évaluation psychiatrique faite par la Dresse O.\_\_\_\_\_. Il a par conséquent admis le recours, annulé la décision du 7 décembre 2007 et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il mette en oeuvre une expertise psychiatrique, confiée à un expert neutre muni des titres nécessaires, puis apprécie le taux d'invalidité de la recourante et rende telle nouvelle décision que de droit.

**d)** L'OAI a alors mandaté le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à [...], pour une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 14 février 2009, ce spécialiste a indiqué dans ses conclusions qu'il ne retenait sur le plan diagnostique psychiatrique aucun diagnostic actuellement, les réactions dysthymiques constatées n'atteignant pas un niveau clinique significatif et ne justifiant pas d'incapacité de travail ou diminution de rendement.

**e)** Le 3 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité, au motif que les conclusions de l'expertise psychiatrique confiée au Dr M.\_\_\_\_\_, qui avaient pleine valeur probante, rejoignaient entièrement les constatations faites en 2005 lors de l'examen clinique au SMR (cf. lettre A.b supra), si bien qu'il n'y avait pas lieu de rendre une décision différente de celle prise le 7 décembre 2007 (cf. lettre B.a supra).

Invitée à présenter ses observations sur ce projet de décision, l'assurée a estimé qu'il était nécessaire de compléter le dossier sur le plan médical en demandant des rapports médicaux à la Dresse J.\_\_\_\_\_, psychiatre, au Dr P.\_\_\_\_\_, anesthésiologue, et au Dr K.\_\_\_\_\_,

neurochirurgien, ainsi qu'un nouveau certificat médical actualisé à la Dresse U.\_\_\_\_\_.

**f)** Par décision du 24 février 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 mars 2009. Dans une lettre d'accompagnement également datée du 24 février 2010, il a exposé que les renseignements recueillis ensuite de la procédure d'audition auprès du Prof. H.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 8 juillet 2009), ainsi qu'auprès du Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 9 septembre 2009), de la Dresse J.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 28 octobre 2009) et de la Dresse U.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 23 novembre 2009), mettaient en évidence que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était entière, hormis une incapacité de travail totale du 7 avril au 8 juillet 2009 consécutive à une opération pour une hernie discale, de sorte que la demande de prestations devait être rejetée.

**C. a)** L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 25 mars 2010. Elle a catégoriquement contesté être en mesure de travailler et a dès lors estimé avoir droit à une rente entière d'invalidité. Elle a indiqué devoir encore s'entretenir prochainement avec ses médecins traitants et a par conséquent sollicité un délai pour réunir des éléments médicaux complémentaires et développer plus amplement son argumentation.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

**b)** Dans sa réponse du 17 juin 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a exposé que suite au jugement rendu le 23 avril 2008 par le Président du Tribunal des assurances et conformément au dispositif de ce jugement, il avait mis en place une expertise psychiatrique et complété le dossier au moyen de renseignements recueillis auprès des médecins consultés par la recourante. Or au vu de ces nouveaux renseignements, il était parvenu aux mêmes conclusions que lors de sa décision du 7 décembre 2007, à

savoir que tout droit à une rente devait être nié. En effet, active à 50% et occupée aux tâches ménagères à 50%, la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité de nettoyeuse, et cela depuis le moment où était apparue l'atteinte à la santé (2001), étant précisé que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Les empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches ménagères étant quant à eux évalués à 50%, le degré d'invalidité était de 0% pour la part active et de 50% pour la part ménagère, ce qui aboutissait à retenir un degré d'invalidité total de 25%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par décision du 17 août 2010, le Secrétariat de l'assistance judiciaire a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 juillet 2010, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de l'avocat Christophe Maillard.

**c)** Dans sa réplique du 8 septembre 2010, la recourante, représentée par l'avocat Christophe Maillard, a observé que la dernière évaluation de ses limitations fonctionnelles somatiques remontait au 3 février 2005; or depuis lors, elle avait été réopérée le 7 avril 2009 pour une récurrence de hernie discale et était prise en charge par le Centre d'antalgie N. \_\_\_\_\_ ainsi que par le Centre W. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, dans un rapport médical faxé le 7 septembre 2010 à son conseil, le Professeur H. \_\_\_\_\_, chef de service au Centre W. \_\_\_\_\_, s'était exprimé comme suit sur la question des limitations fonctionnelles dues à son état de santé:

« Le tableau algique que présente Mme T. \_\_\_\_\_ peut entraîner une impotence fonctionnelle importante dont il faudrait tenir compte par rapport à la limitation de ses activités. Il pourrait s'agir d'un syndrome de type « failed back surgery ». Madame T. \_\_\_\_\_ pourrait également présenter un tableau douloureux de type neuropathique (lésions résiduelles du nerf suite à la compression répétée de la racine nerveuse par deux épisodes de hernie discale) qui pourrait également être source d'un tableau douloureux avec impotence fonctionnelle... »

Estimant ainsi que la question de ses limitations fonctionnelles somatiques n'avait pas été suffisamment instruite par l'OAI, la recourante a requis la mise en oeuvre d'une expertise neurologique aux fins de

déterminer avec précision la nature des troubles somatiques dont elle souffrait ainsi que leurs conséquences sur sa capacité de travail. Pour le surplus, elle a confirmé qu'elle concluait, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à l'annulation de cette décision, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour qu'il procède à une expertise neurologique.

**d)** Dans sa duplique du 30 septembre 2010, l'OAI a estimé qu'une expertise rhumatologique était nécessaire, se ralliant en cela à un avis médical SMR établi le 22 septembre 2009 par le Dr F.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante:

« Dans le cadre d'un recours, nous pourrions difficilement soutenir que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis que nous l'avons vue en 2005, alors qu'elle a été opérée d'une hernie discale en 2009.

Alors que l'évolution post-opératoire était initialement considérée comme favorable (rapport du Prof. H.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_ du 8.7.2009), il est actuellement fait mention d'un « failed back surgery syndrome » et d'éventuelles douleurs neuropathiques persistantes (Prof. H.\_\_\_\_\_, non daté). Des limitations fonctionnelles importantes sont évoquées, mais jamais précisément décrites, de même que l'incapacité de travail n'est pas définie.

Dans ces conditions, je propose un complément d'instruction sous forme d'une expertise rhumatologique. »

Le 22 novembre 2010, l'avocat Alain Vuithier a été désigné comme conseil d'office de la recourante en remplacement de l'avocat Christophe Maillard, auquel une indemnité de 2'040 fr. 75, TVA comprise, a été versée le 23 décembre 2010.

**e)** Une expertise pluridisciplinaire a été ordonnée et confiée au Centre d'expertises médicales Z.\_\_\_\_\_, à D.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise du 5 avril 2011, signé par la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, par la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, contient un résumé des pièces du dossier (p. 2-5), l'anamnèse (p. 5-9), le status clinique et les résultats des examens

hématologiques et chimiques (p. 9-10), le rapport de consultation spécialisée de neurologie du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie (p. 10-14), le rapport de consultation spécialisée de rhumatologie du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne (p. 14-17), le rapport de consultation spécialisée de psychiatrie du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (p. 17-19), les diagnostics (p. 19), l'appréciation consensuelle du cas (p. 19-22) et les réponses aux questions (p. 22-23). Il en ressort en particulier ce qui suit:

#### « **DIAGNOSTICS**

##### **Diagnosics avec influence essentielle sur la capacité de travail**

- Lombosciatalgies gauches avec failed back surgery syndrom M51.1
  - Status après cure de hernie discale L5-S1 à deux reprises, en février 2004 et le 07.04.2009 pour récurrence
  - Discopathie L5-S1 gauche
- Episode dépressif d'intensité légère à moyenne F32.0

##### **APPRECIATION DU CAS**

Madame T.\_\_\_\_\_ est âgée de 47 ans, d'origine albanaise du Kosovo, mariée, mère de trois enfants nés respectivement en 1986, 1989 et 1991, au bénéfice d'une formation de laborantine en chimie dans son pays, arrivée en Suisse en 1991 en tant que requérante d'asile. Elle a travaillé par la suite à temps partiel comme nettoyeuse-femme de ménage entre 1996 et 1997, puis à raison de deux heures par jour pendant 2 mois en 2001 dans un collège pour la commune de D.\_\_\_\_\_.

Elle dépose une demande de prestations AI en mai 2003 dans le sens d'une rente, en raison de lombosciatalgies persistantes, chroniques apparues progressivement dans les suites de la naissance de son dernier enfant. Elle a un statut de ménagère 50%, active 50% défini par l'OAI qui, après examen SMR en janvier 2005, retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de nettoyeuse et de 100% dans une activité adaptée; les calculs de comparaison de revenu sans invalidité et avec invalidité donnaient une invalidité de 8.19% dans la part active et de 25% dans la part ménagère (suite à une enquête économique sur le ménage en février 2007), donnant un degré d'invalidité de 33.19% au total, n'ouvrant pas le droit à une rente. Cette décision est contestée par Madame T.\_\_\_\_\_, par le biais de son avocat qui a fait recours auprès du Tribunal cantonal des Assurances, qui nous demande la présente expertise afin d'instruire plus avant les limitations fonctionnelles essentiellement somatiques de Madame T.\_\_\_\_\_ (rhumatologique et neurologique), étant donné qu'il n'y a plus eu d'examen médical AI depuis 2005.

L'anamnèse actuelle montre que Madame T.\_\_\_\_\_ présente depuis de nombreuses années, des lombosciatalgies gauches d'intensité fluctuante mais devenues chroniques et invalidantes au quotidien. Etant donné l'échec des traitements conservateurs habituels et l'IRM lombaire ayant mis en évidence une hernie discale L5-S1 gauche, Madame T.\_\_\_\_\_ est opérée une première fois de sa hernie discale le 03.02.2004. Le 07.04.2009, Madame T.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'une deuxième intervention neurochirurgicale en raison d'une exacerbation aiguë des lombosciatalgies gauches avec apparemment déficit moteur de la fonction plantaire et après que l'IRM lombaire de contrôle eut démontré une récurrence herniaire L5-S1. Après chaque opération il y a peut-être eu une amélioration des troubles douloureux, essentiellement des irradiations dans le MI gauche, mais on constate globalement que la symptomatologie s'est chronifiée malgré toute une série de traitements, comportant entre autre des AINS, des antalgiques, de la physiothérapie et des infiltrations épidurales dans différents centres d'antalgie.

L'examen clinique montre des limitations fonctionnelles fluctuantes au cours de l'examen et un seul signe d'atteinte radiculaire certain avec une hyporéflexie achilléenne gauche. Toutefois, les troubles sensitivo-moteurs sont relativement mal systématisés et l'EMG n'a pas montré d'anomalie, en tout les cas active certaine d'atteinte neurogène. Les examens radiologiques ont montré une discopathie L5-S1 et L4-L5, ainsi qu'une fibrose postopératoire au niveau L5-S1 où il y a une protrusion discale médiane résiduelle.

Tant d'un point de vue rhumatologique que neurologique, nous notons que les constatations objectives cliniques et radiologiques peuvent expliquer une partie de la symptomatologie douloureuse, mais pas sa persistance ni son intensité, voire son aggravation et sa généralisation au MI droit au cours des années. Comme noté précédemment par le Professeur H.\_\_\_\_\_, il s'agit d'un syndrome de failed back surgery sur la base d'une anamnèse de cure de hernie discale à deux reprises, sans effet significatif persistant sur la symptomatologie douloureuse, avec même une exacerbation de celle-ci par rapport à l'état pré-opératoire. Cela ne remet pas en question ni en doute, l'authenticité des plaintes de Madame T.\_\_\_\_\_, étant donné que les douleurs sont un phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, non explicable de manière satisfaisante selon un modèle biomédical seul dans ce cas, pouvant être aussi l'expression d'une souffrance autre que d'une pathologie organique spécifique.

Sur le plan thérapeutique, nous pensons qu'il est indiqué de poursuivre les traitements antalgiques en évitant les mesures invasives et plusieurs avis concordent pour dire qu'il n'y a tout particulièrement pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale au vu de l'évolution défavorable des douleurs et des examens radiologiques à disposition.

Aux plans rhumatologique et neurologique, on peut admettre une limitation fonctionnelle pour les mouvements ou les activités professionnelles nécessitant une flexion antérieure du tronc de manière répétitive, le levage régulier et répétitif de charges, les mouvements en porte-à-faux répétitifs, les activités monotones et l'exposition à des vibrations corporelles. Après 2 cures de hernie

discale et avec les anomalies intrarachidiennes mises en évidence à l'IRM de contrôle de mars 2010, il nous paraît clair que Madame T.\_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail complète et définitive dans l'activité de femme de ménage/nettoyeuse, ainsi que dans toute autre activité similaire. Dans les activités professionnelles qui respecteraient les limitations fonctionnelles qui viennent d'être énoncées, la capacité de travail reste médico-théorique mais nous avons estimé que Madame T.\_\_\_\_\_ pourrait théoriquement travailler au moins à 50% ou alors à plein temps avec un rendement diminué de 50% dans une activité légère qui ne nécessiterait pas le port régulier de charge de plus de 10 kg et qui autoriserait des changements fréquents de position assise/debout. Cette limitation partielle vient surtout du fait des images IRM avec possible irritation des racines L5 ddc, de la protrusion discale médiane résiduelle en L5-S1 et du status fibrosique postopératoire, mais à un moindre degré des plaintes formulées par Madame T.\_\_\_\_\_. Dans les activités ménagères, nous pensons que l'évaluation effectuée en février 2007 reste valable, en reconnaissant un 50% d'invalidité et en tenant compte d'un empêchement déjà important de 60% dans les activités concernant l'alimentation, de 70% dans les activités d'entretien du logement et de 80% dans les emplettes et courses diverses avec 60% d'empêchement en ce qui concerne la lessive et l'entretien des vêtements.

Ainsi, à distance de l'évaluation SMR de 2005 et après une nouvelle intervention neurochirurgicale en 2009 et tout ce qui a été mentionnés ci-dessus, nous pensons que les limitations dans une activité adaptée sont plus importantes qu'auparavant (elles avaient été jugées possibles à 100%).

Dans le contexte des recours et en tenant compte de la symptomatologie douloureuse chronique qui semble avoir pris toute la place dans la vie de Madame T.\_\_\_\_\_ (les syndromes douloureux étant fréquemment associés à des troubles psychiques), nous avons exploré le status psychiatrique.

L'entretien, l'anamnèse et la lecture de tous les rapports médicaux à disposition permettent de poser le diagnostic d'état dépressif d'intensité légère. Madame T.\_\_\_\_\_ a la conviction intime de ne pas se sentir bien depuis son troisième accouchement, évoquant aussi bien les lombalgies qui ont directement suivi, que des tensions psychiques et des peurs. Elle reste régulièrement la proie de cauchemars ou d'angoisses, avec oppression respiratoire, notamment quand elle est confrontée à des situations stressantes. C'est ainsi, par exemple, que le réveil de sa dernière intervention chirurgicale a été marqué par des visions oniroïdes, angoissantes, suivies de cauchemars nocturnes envahissants. Cela nous conduit à faire l'hypothèse d'un vécu traumatique important lors de son troisième accouchement, suivi d'un départ rapide du Kosovo. Ce vécu traumatique semble avoir été relativement bien supporté, mais persiste encore sous une forme non entièrement métabolisée, alimentant en partie l'état dépressif chronique et se manifestant par des bouffées d'angoisse lors de stress plus important. Globalement, cette altération de l'état psychique reste néanmoins légère, sans idée suicidaire et avec une thymie dépressive et anxieuse améliorée depuis qu'elle est sous traitement de Zyprexa.

Dans l'ensemble, ces symptômes anxieux fluctuants et de baisse de thymie légère à modérée restent compatibles avec une activité professionnelle théorique adaptée à 50%.

## **REPONSES AUX QUESTIONS**

- 1. Anamnèse**
- 2. Données subjectives de l'assurée**
- 3. Status clinique**
- 4. Diagnostic**
- 5. Appréciation du cas et pronostic :**

- Cf rubriques précédentes.

### **6. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, soit:**

*- Comment les troubles diagnostiqués se répercutent-ils sur l'activité exercée jusqu'alors?*

L'activité de nettoyeuse n'est plus possible. Il y a une incapacité de travail totale en raison des lombosciatalgies décrites dans la discussion.

L'activité exercée jusqu'ici n'est donc plus exigible. Le début de cette incapacité de travail remonte à 2001 (année où une incapacité de travail a été médicalement attestée pour la première fois).

*- Y a-t-il une diminution de rendement? et si oui laquelle?*

La diminution de rendement est totale dans l'activité de nettoyeuse.

### **7. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?**

*- Si oui depuis quand?*

Dans les suites opératoires d'hernie discale, c'est à dire en février 2004 et avril 2009, il y a eu une incapacité de travail totale durant 6 mois environ au moins.

A distance de la dernière intervention chirurgicale, soit depuis notre expertise, voire le début de l'année 2011 nous pensons qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée reste exigible et de 50% dans une activité ménagère (pas de changement depuis la dernière évaluation dans les activités ménagères faite en 2007).

*- De quelles limitations faut-il tenir compte?*

Les limitations sont décrites dans la discussion, c'est à dire: les mouvements nécessitant une flexion antérieure du tronc de manière répétée, le levage régulier et répétitif de charges égal ou supérieur à 10 kg, les mouvements en porte-à-faux répétitifs, les activités monotones et l'exposition à des vibrations corporelles.

*- A quel taux cette activité adaptée pourrait-elle être exercée?*

A 100% avec un rendement diminué de 50% ou à 50% avec un rendement normal.

- Y aurait-il une diminution de rendement ? et si oui laquelle?

Cf réponse à la question précédente.

**8. L'expert a-t-il encore des remarques ou des observations plus générales à formuler?**

A relever que le pronostic global quant à une reprise d'activité professionnelle quelconque dans le circuit économique, même adaptée, reste très réservé en tenant compte de tous les facteurs de risque non médicaux présentés par l'expertisée, à savoir la longue période d'incapacité de travail durant presque 10 ans, la chronification des douleurs, l'absence d'effet de toutes les thérapies entreprises et le fait que son mari soit au bénéfice d'une rente invalidité complète. »

f) Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 5 avril 2011, l'OAI a proposé le 4 mai 2011 de demander aux experts de se prononcer dans un rapport d'expertise complémentaire sur les points soulevés par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans un avis médical SMR établi le 26 avril 2011. Dans cet avis médical, le Dr F. \_\_\_\_\_ estime que l'expertise judiciaire n'est pas totalement probante, dans la mesure où elle ne répond pas avec précision aux questions que l'on se pose, et que les experts devraient être invités à répondre aux questions complémentaires suivantes:

- « L'examen psychiatrique fait état d'un épisode dépressif d'intensité légère à moyenne justifiant une incapacité de travail de 50%. Sachant que les Drs O. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ne reconnaissent pas de pathologie psychiatrique en 2005 et 2009 respectivement, quels sont les éléments objectifs permettant de retenir ce diagnostic ?
- A quelle date peut-on situer cette aggravation?
- Le cas échéant, quelles sont les raisons permettant de contester l'examen psychiatrique au SMR de 2005 et l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ en 2009?
- Au plan somatique, doit-on situer l'aggravation justifiant une incapacité de travail totale comme nettoyeuse à la dernière opération neurochirurgicale en 2009?
- Ou doit-on admettre une incapacité de travail totale comme nettoyeuse depuis 2001?
- Si oui, quelles sont les raisons permettant de vous écarter de l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ ? »

**g)** Egalement invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 5 avril 2011, la recourante expose que sur le plan psychiatrique, les experts - qui ont relevé dans leur rapport (p. 18) que la recourante était suivie depuis environ un an par le cabinet de la Dresse L.\_\_\_\_\_ (et non [...]), psychiatre à D.\_\_\_\_\_, mais n'ont même pas approché cette praticienne pour notamment connaître la médication prescrite - ont retenu un état dépressif d'intensité légère. Or la Dresse L.\_\_\_\_\_ estime que l'état dépressif de la recourante est moyen et non léger; en outre, elle souligne que la recourante est sous neuroleptique, fait important aucunement relevé par les experts. Les constatations des experts seraient donc faussées dans la mesure où ils voient un tableau sous antidépresseurs, et l'expertise psychiatrique ne pourrait dès lors pas être considérée comme complète et pertinente.

**h)** Le 8 juin 2011, le juge instructeur a adressé aux parties la liste des questions auxquelles il se proposait de demander aux experts de répondre dans un rapport d'expertise complémentaire et a imparti aux parties un délai pour faire part de leurs éventuelles suggestions ou questions supplémentaires en vue du complément d'expertise.

Le 22 juin 2011, l'OAI a indiqué qu'il n'avait ni suggestions, ni questions complémentaires à formuler. Le 23 juin 2011, la recourante a sollicité une prolongation de délai, qui lui a été accordée au 12 juillet 2011, puis, sur nouvelle requête de la recourante, au 25 août 2011, date à laquelle elle a fait savoir qu'elle n'avait pas de questions complémentaires à poser.

**i)** Le 11 octobre 2011, les experts du Centre d'expertises médicales Z.\_\_\_\_\_ ont déposé leur rapport complémentaire dont il ressort ce qui suit:

- « 1. *Vous posez le diagnostic d'état dépressif d'intensité légère (p.21) et vous écrivez que les « symptômes anxieux fluctuants et de baisse de la thymie légère à modérée restent compatibles avec une activité professionnelle théorique adaptée à 50% » (p.22). Veuillez préciser si, d'après vous,*

*l'atteinte sur le plan psychiatrique justifie en tant que telle une incapacité de travail à 50%.*

*Le cas échéant, quels sont les éléments objectifs permettant de retenir un tel diagnostic et une telle incapacité de travail, alors que dans son rapport du 14.02.2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ (expert désigné par l'OAI) ne retenait aucun diagnostic sur le plan psychiatrique et qu'auparavant, le psychiatre du SMR avait exposé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (cf. rapport d'examen clinique du 03.02.2005)?*

Notre appréciation quant à la capacité de travail globale de Madame T. \_\_\_\_\_ résulte d'un ensemble d'atteintes à la santé, mêlant les problèmes somatiques et psychiques. Prise isolément, l'atteinte à la santé psychique, à savoir un état dépressif d'intensité légère à modérée, ne justifierait pas à elle seule une incapacité de travail de 50%. C'est pour cela que nous avons noté que, lors du bilan de janvier 2011, les symptômes psychiques restaient compatibles avec une activité professionnelle théorique adaptée à 50%. Ainsi, les problèmes psychiques participent aux limitations, mais dans une moindre mesure, rendant possible à notre avis, un travail à 50%.

Les constatations notées dans le rapport du 14.02.2009 appartiennent au Dr M. \_\_\_\_\_, qui ne retenait aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Plus antérieurement encore, le psychiatre du SMR n'avait pas relevé d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique mais il s'agit d'un examen d'il y a 6 ans, soit de 2005. Notre observation montre une tristesse, une diminution de l'énergie, du plaisir au quotidien, une diminution globale de l'humeur, une perception négative par rapport à elle-même, par rapport à l'environnement, par rapport au futur ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire, des troubles du sommeil avec ruminations et cauchemars, soit des symptômes négatifs de la dépression et des symptômes somatiques qui dépassent à notre avis, le cadre d'une dysthymie, diagnostic qui avait été retenu par le Dr M. \_\_\_\_\_ en 2009. Il ne s'agit plus seulement d'une réaction dysthymique en lien seulement et directement avec les douleurs. Ce sont donc actuellement des critères CIM-10 qui nous permettent de retenir le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne, avec répercussion dans la vie quotidienne de Madame T. \_\_\_\_\_, qui décrit aussi une dépendance de plus en plus importante vis-à-vis de son entourage, sa famille, ses enfants.

2. *A partir de quelle date, le cas échéant, une incapacité de travail sur le plan psychiatrique peut-elle être retenue, selon votre avis d'experts? Si cette date est antérieure à celle des examens effectués par le Dr M. \_\_\_\_\_ (février 2009), voire par le psychiatre du SMR (janvier 2005), quels sont les éléments objectifs permettant de déterminer le début de l'incapacité de travail?*

Nous n'avons pas conclu qu'il y a une incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique seul. En janvier-mars 2011, nous avons noté le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne dont les répercussions sur la capacité de travail n'atteignaient pas 50%. Au début de l'année 2011, nous notions une amélioration des

angoisses sous traitement de Zyprexa et avec un suivi psychothérapeutique en cours depuis quelques mois. Nous n'avons pas d'élément psychique déterminant à notre avis, tel qu'il aurait représenté une limitation quant à une activité professionnelle.

3. *Vous n'indiquez pas l'avis du psychiatre qui suit actuellement l'expertisée, à savoir la Dresse L. \_\_\_\_\_ ([...] à D. \_\_\_\_\_). Veuillez prendre contact avec elle pour vous renseigner notamment sur le traitement médicamenteux qu'elle a prescrit et pour recueillir son appréciation au sujet de l'état de santé ainsi que de la capacité de travail sur le plan psychiatrique.*

*Sur la base de ces renseignements, y a-t-il lieu de modifier votre diagnostic d'experts et votre appréciation de la capacité de travail de l'expertisée, sur le plan psychiatrique?*

En date du 03.10.2011, Madame L. \_\_\_\_\_ a été contactée par téléphone. Sur la base du dossier médical, la psychiatre nous a dit suivre Madame T. \_\_\_\_\_ environ 1x par mois. Madame T. \_\_\_\_\_ a également été vue par Madame [...], psychologue travaillant avec la Dresse L. \_\_\_\_\_, à trois reprises en avril 2011, à 4 reprises en mai puis il y a eu plusieurs rendez-vous manqués.

Les traitements ont consisté en Zyprexa, qui a diminué les angoisses et qui est, selon Madame L. \_\_\_\_\_, le seul médicament que Madame T. \_\_\_\_\_ prend régulièrement. D'autres traitements ont été tentés, comme le Cipralex ou le Remeron, mais que l'expertisée a arrêtés d'elle-même en raison d'effets secondaires. Le Millepertuis n'a pas non plus eu d'effet positif et a été interrompu. Actuellement, le traitement devrait consister en 45 mg de Remeron par jour et 10 mg de Zyprexa. Le diagnostic de Madame L. \_\_\_\_\_ est celui d'un épisode dépressif moyen avec fatigue, trouble de la concentration, culpabilité et retrait social. Dans ce contexte, elle décrit une difficulté concernant la prise en charge. En effet, elle souhaitait stimuler Madame T. \_\_\_\_\_ dans un cadre thérapeutique une fois par mois, souhaitait également lui proposer de l'ergothérapie à raison de 3x par semaine, lui proposer la participation à un groupe thérapeutique pour femmes migrantes à [...], mais elle a observé que « quoi qu'on fasse, c'est pire après ». Ainsi, elle conclut que les capacités de mobilisation de Madame T. \_\_\_\_\_ sont faibles. Elle souligne la chronicité du trouble psychique et juge la capacité de travail nulle. Elle propose une activité plutôt de type occupationnel.

Nous soulignons que nous avons vu Madame T. \_\_\_\_\_ en expertise 9 mois avant la réponse aux présentes questions. Nos constatations notées dans notre rapport restent valables, si l'on considère la situation à janvier-mars 2011. On pouvait rester optimiste quant au suivi psychothérapeutique.

Force est de constater, presque 9 mois après notre évaluation et selon la description faite par le Dr L. \_\_\_\_\_, que l'évolution psychique de Madame T. \_\_\_\_\_ est défavorable. Sur la base de ces éléments, on peut retenir une aggravation de l'état psychique de Madame T. \_\_\_\_\_ entre janvier-mars 2011 et octobre, l'état dépressif passant de léger à moyen d'après Madame L. \_\_\_\_\_. Ces éléments vont dans le sens d'engendrer des limitations quant à la capacité de travail. Néanmoins, en l'absence d'idée suicidaire comme nous le soulignons dans notre expertise, avec une anxiété

globalement améliorée sous Zyprexa, qui est le seul médicament que Madame T. \_\_\_\_\_ prend régulièrement, comme souligné par Madame L. \_\_\_\_\_, nous n'avons à notre avis, pas les éléments pour retenir une incapacité de travail totale et définitive pour raison psychique. Il est vrai que le retrait social, la difficulté de l'accessibilité thérapeutique rend le pronostic global quant à la reprise d'activité professionnelle quelconque dans le circuit économique réservé (comme noté à la dernière page de notre expertise), mais une activité adaptée à 40-50% nous paraît encore exigible.

4. *Sur le plan somatique, doit-on situer l'aggravation justifiant une incapacité de travail totale comme nettoyeuse à la dernière opération neurochirurgicale en 2009? Ou faut-il plutôt retenir une incapacité de travail totale comme nettoyeuse depuis 2001?*

Comme noté à la réponse 7, page 22 de notre expertise, dans les 6 mois qui ont suivi les opérations d'hernie discale, au moins, il y a eu une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit. Si l'on tient compte que la profession de nettoyeuse nécessite des mouvements en porte-à-faux, des mouvements en flexion antérieure du tronc (aspirateur, etc) avec nécessité d'un certain rendement, cette profession ne nous paraît pas adaptée, au moins depuis l'opération de hernie discale du 03.02.2004. Entre 2001 et 2004, il est difficile de préciser exactement le taux d'incapacité de travail. Il a probablement été fluctuant mais le Dr S. \_\_\_\_\_ notait une incapacité de travail à 50% depuis 2001 dans un rapport du 23.06.2003. Il appartient au Dr X. \_\_\_\_\_ de juger cette capacité de travail en tant que nettoyeuse à 50% depuis 2001 et ce dans son examen SMR du 21.01.2005.

5. *Dans cette dernière hypothèse, quelles sont les raisons vous permettant de vous écarter de l'avis exprimé en février 2005 par le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR (à savoir: capacité de travail exigible de 50% en tant que nettoyeuse depuis 2001)?*

L'évolution au cours des années a montré une aggravation évidente puisque cela a conduit à une deuxième intervention chirurgicale en avril 2009 pour nouvelle hernie discale. Cela était le fait que les limitations fonctionnelles citées ci-dessus sont bien présentes et l'activité de nettoyeuse, comme souligné également par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans sa consultation spécialisée, n'est pas du tout indiquée et ceci de manière définitive.

6. *Avez-vous d'autres remarques ou observations complémentaires à formuler?*

Non. »

Dans ses déterminations du 15 novembre 2011, auquel était joint un avis médical du SMR du 2 novembre 2011, l'OAI a fait savoir que, sur le plan psychiatrique, il ne retenait pas d'incapacité de travail dans une activité exercée à 50%. Sur le plan rhumatologique, la capacité de

travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse exercée à 50% devait être considérée comme entière de 2001 jusqu'au 7 avril 2009, date à laquelle cette activité n'était plus exigible. En revanche, un travail adapté aux limitations fonctionnelles était envisageable dès le 8 juillet 2009. Le degré d'invalidité pour la part d'activité, qui serait celle de la recourante sans atteinte à la santé, n'atteignait pas 10% dans une telle situation selon l'OAI. Quant à la part d'activité de 50% dévolue aux tâches ménagères, se posait la question de savoir si les empêchements rencontrés étaient devenus plus importants à partir de juillet 2009, l'OAI rappelant qu'ils atteignaient 50% en février 2007, date de l'enquête ménagère, soit 25% compte tenu de la part consacrée aux activités domestiques.

A ses déterminations du 15 novembre 2011, la recourante a joint un rapport de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 11 novembre précédent, laquelle maintenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1). Elle estimait par ailleurs que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité, y compris de caractère occupationnel. Enfin, à l'instar des experts du Centre d'expertises médicales Z.\_\_\_\_\_, la recourante soulignait que son état de santé s'était récemment péjoré.

**D.** Le 28 novembre 2011, Me Vuithier a déposé la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par T. \_\_\_\_\_ contre la décision de l'OAI du 24 février 2010 lui refusant le droit à une rente d'invalidité.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui est déterminante pour l'évaluation du degré d'invalidité relatif à la part active. En revanche, ni le statut de 50% active et 50% ménagère retenu par l'OAI, ni les empêchements de 50% retenus pour la part active, ne sont contestés.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (cf. art. 28 al. 1 aLAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348), méthode spécifique (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1 p. 99) et méthode mixte (cf. ATF 130 V 393; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI), assuré

sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI) et assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI); est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 130 V 396 consid. 3.3; 117 V 194 consid. 3b et les arrêts cités; RCC 1989 p. 125).

Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; il dispose que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3; 125 V 146).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la

disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**4.** Dans ses déterminations du 15 novembre 2011, l'OAI considère, sur la base du complément d'expertise du 11 octobre 2011, que l'activité habituelle de nettoyeuse n'est plus exigible dès le 7 avril 2009, date à laquelle la recourante a bénéficié d'une deuxième intervention neurochirurgicale. En revanche, la capacité de travail en tant que nettoyeuse à 50% est entière depuis 2001 à tout le moins, ce qui correspond au demeurant à la décision rendue par l'intimé le 7 décembre 2007. Or, cette capacité n'existe plus depuis le 7 avril 2009. Il s'ensuit que la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'intimé dans cette décision ne saurait être suivie, si bien qu'il se justifie de procéder à une comparaison des revenus en tenant compte d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, après six mois d'incapacité totale de travail (cf. réponses complémentaires des experts du 11 octobre 2011 aux questions 4 et 5). Il y a lieu par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sur ce point.

Cela étant, l'OAI se demande, dans ses observations du 15 novembre 2011, si les empêchements rencontrés par la recourante dans l'accomplissement des tâches ménagères sont devenus plus importants à partir du mois de juillet 2009. A cet égard, l'intimé rappelle que ces empêchements atteignaient 50% lors de l'enquête économique sur le

ménage du 7 février 2007. Certes, les experts retiennent une incapacité de travail totale dans toute activité, dans les six mois ayant suivi l'opération du 7 avril 2009. Or, cet avis ne suffit pas à lui seul pour évaluer ces empêchements. Bien plutôt, seul un spécialiste des questions économiques oeuvrant au sein de l'OAI dispose des compétences requises pour procéder à une telle enquête et déterminer l'aggravation éventuelle des empêchements de la recourante dans les différentes tâches ménagères en fonction des limitations fonctionnelles retenues. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'enquête économique sur le ménage. On précisera enfin qu'un tel renvoi ne contrevient pas à la jurisprudence (cf. ATF 137 V 210 consid. 4 et 5) dès lors qu'il n'a pas pour objectif la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Au vrai, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée sur la base des pièces médicales versées au dossier constitué, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction médicale. En effet, l'instruction est complète sur le plan médical tant pour la période antérieure au 7 avril 2009 que pour la période postérieure à cette date. En ordonnant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le juge instructeur a d'ailleurs fait droit à la requête formée par la recourante, dans son écriture du 8 septembre 2010. Par ailleurs, les avis des experts sont probants au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3c supra), à propos des causes d'incapacité de travail somatiques et psychiatriques. Leurs conclusions peuvent donc être suivies, le rapport de la Dresse L. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2011 produit par la recourante n'étant pas de nature à jeter un doute sur ces dernières.

Compte tenu de ce qui précède, il convient donc d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à un complément d'instruction, conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA, sur l'aptitude de la recourante à tenir son ménage. Il lui appartiendra de préciser les empêchements ménagers, dans les différentes activités de la tenue d'un ménage, en fonction des limitations fonctionnelles désormais bien décrites, et d'effectuer une nouvelle comparaison des revenus (art.

16 LPGA) pour trois périodes: avant avril 2009; pendant les six mois d'incapacité totale dès avril 2009; après la fin de cette incapacité totale.

**5.** Il se justifie de ne pas percevoir de frais de justice, vu les circonstances de l'affaire.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr. Ce montant correspond, au moins, à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, selon le tarif. Il n'y a donc pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Vuithier.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 24 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à payer à T.\_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alain Vuithier, avocat (pour T. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :