

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 mars 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs  
Greffier : M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI; 7, 8 et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** G.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 22 février 1958, mariée et mère de deux enfants majeurs, a déposé le 24 juin 1998 une demande de prestations AI pour adultes. Elle a travaillé comme employée de bureau puis, depuis 1994, comme aide-soignante dans un EMS, activité qu'elle a cessée définitivement en mars 1998. Elle a déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait entre 80% et 100%, de sorte qu'elle a été considérée comme active à 100%.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a demandé des rapports médicaux au Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant, qui a estimé que le taux actuel d'incapacité de travail comme aide-soignante (dernière profession exercée) était de 100% et qu'il n'excédait pas 50% comme employée de bureau, l'estimation étant difficile en raison d'un état fluctuant et des polyopathologies (rapports du 25 juillet 1998 et du 20 novembre 1999).

**b)** Dans un rapport médical du 23 mai 2000 adressé à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic d'instabilité postéro-externe et postérieure du genou droit et a estimé l'incapacité de travail de l'assurée dans la profession d'aide-soignante à 100% depuis le 22 octobre 1999.

Dans un rapport médical du 29 juillet 2002 adressé à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'outre l'instabilité postéro-externe et postérieure du genou droit déjà précisée dans le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2000, l'assurée présentait des lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 avec exacerbations épisodiques, soulagées par physiothérapie et traitement antalgique (AINS), qui limitaient sa capacité de travail de 50% depuis le 11 octobre 2001, date de la première consultation; par ailleurs, il existait une cohorte de diagnostics non orthopédiques (status après mélanome de l'oeil droit, troubles digestifs multiples jouant certainement un rôle sur le plan général). Sur le plan purement orthopédique, compte

tenu de l'atteinte du genou ainsi que de l'atteinte rachidienne – qui requéraient qu'un travail semi-sédentaire, limitant le port de charges à une dizaine de kilos, soit envisagé –, une capacité de travail en qualité d'employée de bureau à 50% était exigible. Toutefois, compte tenu des nombreux autres diagnostics non orthopédiques, il semblait souhaitable que la patiente soit convoquée par le médecin-conseil de l'AI pour un examen, voire pour la demande d'une expertise dans le cadre du COMAI.

**c)** L'OAI a confié un mandat d'expertise COMAI à la Policlinique médicale universitaire [...]. Dans leur rapport du 13 avril 2004, les experts (Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne; Dr T.\_\_\_\_\_, neurologue; Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), ont retenu en substance, sur la base notamment d'un examen clinique du 24 novembre 2003, d'un consilium de psychiatrie du 3 décembre 2003 et d'un consilium de rhumatologie du 5 décembre 2003 (Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie), que l'assurée avait, pour des raisons plus rhumatologiques que psychiques, une capacité résiduelle de travail dans une activité d'employée de bureau de l'ordre de 50%. Du rapport d'expertise, il ressort notamment ce qui suit:

## **"DIAGNOSTICS**

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

- Trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. F60
- Somatisation. F45
- Dysthymie. F34.2
- Gonarthrose interne droite avec ostéotomie tibiale de valgisation en septembre 2000, instabilité du compartiment interne persistante.
- Rachialgies sur spondylarthrose multi-étagée.

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

- Probable syndrome des jambes sans repos.
- Fibro-adénome au niveau du sein gauche.
- Status post-mélanome choroïdien de l'oeil droit traité en 1997.
- Cholécystectomie en décembre 1993.
- Status post opération du ménisque interne du genou droit en 1976.
- Status post laparotomie et hernie ombilicale opérée en 1996 et 1998.

## **APPRECIATION DU CAS**

G.\_\_\_\_\_ est âgée de 45 ans, suisse, employée de bureau avec CFC de formation, qui a travaillé en tant qu'aide-soignante dans un EMS jusqu'au 08.05.1998, date à laquelle elle interrompt toute activité lucrative à cause

d'une acutisation de ses lombalgies et gonalgies chroniques, associées à un état de fatigue. Une expertise multidisciplinaire est demandée suite à un échec d'un stage dans le Centre AFIRO en novembre 2002, qui a dû être interrompu après 3 jours pour une symptomatologie douloureuse et l'appréciation du médecin-conseil du SMR Léman, qui considère une capacité de travail exigible avoisinant 100%.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée présente des cervico-lombalgies non spécifiques, avec mise en évidence d'une spondylarthrose sans limitation fonctionnelle significative des mouvements de la colonne cervicale et lombaire. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une neurocompression. Elle présente également des gonalgies droites suite à de multiples interventions chirurgicales au niveau du genou droit entraînant une gonarthrose interne droite et une légère instabilité du compartiment interne, qui entraîne des limitations fonctionnelles concernant les mouvements de flexion-extension répétitifs du genou droit, les positions accroupies et empêchant les positions à genoux. D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail en tant qu'aide soignante est de 30%. En tant qu'employée de bureau, la capacité de travail est de 80%.

La patiente a toujours refusé toute évaluation psychiatrique, ce qui explique l'absence de données concernant cette sphère. Le consilium psychiatrique permet de mettre en évidence un trouble de la personnalité émotionnelle labile de type borderline qui s'est développé dans le contexte d'un passé infantile fortement carencé, marqué par des violences familiales ayant entraîné une mise sous tutelle et une séparation précoce avec les parents et la fratrie. Malgré l'acquisition d'une formation professionnelle, dès son adolescence, une certaine instabilité est manifeste tant sur les plans affectif que professionnel. La situation s'est dégradée avec l'apparition de nombreux troubles somatiques dans les années 90, qui ont conduit à une décompensation progressive, s'exprimant notamment par des vraisemblables somatisations au niveau abdominal (aucune cause mise en évidence en dépit de nombreux bilans cliniques et para-cliniques), ainsi qu'au travers de l'installation de troubles thymiques, qui justifient un diagnostic séparé de dysthymie. Cette situation a conduit, dans ce contexte d'une personnalité pathologique, à un épuisement progressif à la faveur de la répétition et de la persistance de facteurs de stress psychosociaux. Cet épuisement se traduit par son incapacité progressive à s'investir dans une activité professionnelle et son incapacité à s'investir plus que quelques jours dans le stage AFIRO. A noter toutefois l'absence de toute prise en charge spécifique, qu'elle soit clinique ou par une médication antidépressive qui pourrait être tentée, bien qu'il faille rester très prudent dans l'attente d'efficacité d'un tel traitement dans cette situation (trouble de la personnalité).

(...)

En résumé, nous estimons que, pour des raisons plus rhumatologiques que psychiatriques, G.\_\_\_\_\_ n'est plus capable de travailler en tant qu'aide-soignante avec un rendement significatif. Dans un emploi adapté, par exemple comme employée de bureau, en tenant compte des limitations rhumatologiques décrites ci-dessus, nous estimons qu'un travail serait exigible avec un temps de présence de l'ordre de 70%, et une diminution de rendement, notamment liée à son affection psychiatrique, conduisant à un taux global de capacité de travail de l'ordre de 50%. Le risque de chronification est majeur et la situation devrait être réévaluée, notamment sur le plan psychiatrique.

Notre appréciation est concordante sur le plan rhumatologique avec les avis du médecin traitant. La diminution significative de la capacité de travail attestée se base sur des diagnostics psychiatriques non posé auparavant. Ces lacunes diagnostiques sont probablement liées à la réticence de l'expertisée d'envisager une quelconque dimension psychiatrique dans sa problématique actuelle. Ce comportement s'inscrit bien dans le cadre des troubles de la personnalité, qui rendent souvent difficile l'accès à une prise en charge psychiatrique. La symptomatologie thymique, qui semble déjà améliorée par rapport à des phases plus aiguës, notamment dans le contexte de son affection tumorale, pourrait, éventuellement, bénéficier d'une prise en charge combinée médicamenteuse et psychothérapique.

#### REPONSES AUX QUESTIONS

- Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé?

Moins de 20% comme aide-soignante. De l'ordre globalement de 50% comme employée de bureau.

- A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins? 08.05.1998, probablement diminuée depuis 1993 déjà."

**B. a)** Par décision du 30 mars 2005, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 52%, dès le 1<sup>er</sup> mai 1999.

L'assurée a fait opposition à cette décision par acte du 12 avril 2005, en faisant valoir que son état de santé s'était nettement dégradé, sur le plan psychique notamment, et en invitant l'OAI à se renseigner auprès des Dresses R.\_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital psychiatrique [...], et C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecins traitants. L'OAI a demandé des rapports au médecin-rhumatologue traitant et au médecin-psychiatre traitant, qui ont attesté d'une incapacité de travail de 100%.

**b)** Ainsi, dans un rapport médical du 12 avril 2006 adressé à l'OAI, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de rachialgies diffuses sur spondylarthrose, de gonarthrose droite (status après ostéotomie de valgisation), de vertiges et de troubles de la personnalité avec dysthymie (type borderline) et a estimé

l'incapacité de travail de l'assurée dans l'activité d'aide-soignante à 100% dès 1998, en motivant cette appréciation comme suit:

"Au plan objectif, à chaque visite médicale, j'ai pu constater une limitation de la mobilité du rachis avec une boiterie d'appui à droite. Il m'a paru que les problèmes psychiatriques devenaient de plus en plus au premier plan mais il ne s'agit à proprement parler d'un trouble somatoforme car les constatations objectives sont évidentes (limitation fonctionnelle et douloureuse du rachis, mobilité douloureuse du genou droit). Sur la base de mon observation de février 2004 à août 2005, j'estime que cette patiente est inapte à une activité professionnelle exigeant une attention soutenue et des responsabilités mais surtout pour des raisons psychiatriques. Le problème rachidien et la gonalgie droite limitent notablement une activité d'aide-soignante. Je doute que cette assurée soit accessible à une reconversion professionnelle, d'autant plus que les limitations datent de 1998.

En conclusion, la capacité de travail est nulle dans toute activité, ceci sur la base d'une observation de février 2004 à août 2005."

Dans un rapport médical du 23 mai R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1), de lombalgies chroniques invalidantes sur discopathie sévère, de difficultés avec le partenaire (Z63.0) et d'autres événements liés à la famille (Z63.7). Elle a précisé que la symptomatologie anxieuse et dépressive fluctuait en relation avec le contexte social et somatique, notamment en raison de lombalgies chroniques, malgré un traitement adapté, et qu'en raison de la symptomatologie dépressive, la capacité de travail exigible actuellement était nulle.

**c)** Dans un avis SMR du 7 juillet 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a estimé que l'examen clinique relaté dans le rapport d'expertise de la PMU du 13 avril 2004 n'objectivait que peu d'anomalies au niveau ostéoarticulaire et neurologique; sur un plan somatique, la capacité de travail devrait être entière dans une profession adaptée avec les limitations fonctionnelles d'usage de protection du dos; sur le plan de la santé psychique, les critères de la CIM-10 nécessaires au diagnostic de trouble de la personnalité labile de type borderline F60.31 n'étaient pas réunis; la somatisation et la dysthymie ne pouvaient à eux seuls justifier une incapacité de travail durable;

l'expertise de la PMU n'était pas convaincante et le diagnostic de trouble de la personnalité borderline n'était pas justifié; l'estimation de la capacité de travail de la PMU dans le cadre de la LAI était erronée; afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assuré, de leurs évolutions, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique et/ou psychique, il convenait d'organiser un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR.

**d)** Le 2 août 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique. De leur rapport du 28 août 2006, il ressort notamment ce qui suit:

#### **"DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail:
  - cervicocapulalgies et lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis
  - gonalgies bilatérales dans le cadre d'une gonarthrose fémorotibiale interne bilatérale et d'un status après ostéotomie de valgisation du genou droit
  - douleurs de la cheville droite dans le cadre d'un talus valgus
- sans répercussion sur la capacité de travail:
  - obésité
  - dysthymie (F34.1)
  - majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)
  - traits de personnalité passive-agressive (F60.8, traits)

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

##### **Du point de vue somatique (...)**

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide-hospitalière. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail est de 80% comme l'a d'ailleurs relevé le Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a examiné l'assurée dans le cadre de l'expertise du COMAI.

**Du point de vue psychiatrique**, nous nous trouvons face à une assurée qui, parallèlement à son anamnèse somatique (voir celle-ci), développe un état dépressif de gravité fluctuante, bien décrit et qualifié par l'expertise de la Polyclinique Médicale Universitaire du 13.04.2004, de 'dysthymie'. Il s'agit d'un trouble du spectre

dépressif, avec la présence plus ou moins continue de plusieurs symptômes de la lignée dépressive, mais sans que les critères de base pour une maladie dépressive majeure (de gravité légère, moyenne, sévère) soient réunis. Ceci est un trouble qui peut occasionner une souffrance psychique importante, mais qui n'occasionne pas de limites à la santé psychique incapacitantes de façon durable.

Les médecins traitants de la clinique [...] posent par contre le diagnostic d'un 'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique' (F32.1). La lecture attentive du rapport médical du 23.05.2006 montre que les critères de la CIM-10 (critères diagnostiques pour la recherche) pour le 'syndrome somatique dans le cadre d'une dépression majeure' n'étaient pas remplis (cf. pages 76 et 77). On a même l'impression que les auteurs de ce rapport ont confondu le 'syndrome somatique' dans la dépression majeure avec la 'somatisation' (F 45.0), qui sont deux catégories bien distinctes.

De toute façon, l'assurée elle-même parle de deux 'dépressions' qu'elle a eues, et pour lesquelles elle a été hospitalisée pendant quelques semaines à [...] en juillet 2004 et en février 2006, et ne met pas en doute que, depuis lors, il y a eu une rémission de cette dépression. Ainsi, il n'y a pas de limites psychiatriques fonctionnelles qui justifieraient une incapacité de travail durable.

Par contre, il y a des traits caractériels qui amènent l'assurée à des attitudes et des réflexions qui lui procurent beaucoup de souffrance psychique (cf. Anamnèse psychiatrique récente' et 'Status psychiatrique'), mais qui ne sont pas des limites fonctionnelles psychiatriques et n'occasionnent pas une incapacité de travail durable.

La description psychopathologique et psychologique coïncide d'ailleurs largement avec l'expertise du 13.04.2004. A la différence de cette expertise, nous ne voyons, par contre, pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

L'assurée elle-même évoque une péjoration sur le plan somatique, au cours des deux dernières années (bas du dos). Du point de vue psychiatrique, nous n'observons pas d'amélioration ni de péjoration dans les dernières années. Au moment de l'examen psychiatrique du 02.08.2006, nous n'observons pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

(...)

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

Depuis le 08.05.1998.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Il est resté stationnaire à 100% depuis le 08.05.1998 en tant qu'aide-hospitalière.

Du point de vue somatique, l'expertise du 13.04.2004 conclut à une incapacité de travail à 20% dans une activité adaptée, alors que l'incapacité globale de 50% doit être attribuée à la composante psychiatrique, ce qui ne se justifie pas d'après nous.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable à 20% au moins.

**Concernant la capacité de travail exigible**, sur la base de l'observation bidisciplinaire effectuée lors de l'examen SMR Suisse romande du 02.08.2006, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide-soignante. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 80% en raison d'une baisse du rendement. Par ailleurs, il faut relever que l'assurée a un CFC d'employée de bureau, que cette activité tient bien compte des limitations fonctionnelles et qu'elle représente ainsi une activité bien adaptée à ses problèmes ostéoarticulaires. Ainsi, dans une activité d'employée de bureau, la capacité de travail est également de 80%."

**e)** Dans un avis SMR du 4 septembre 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu, sur la base du rapport d'examen SMR du 28 août 2006, que la capacité de travail résiduelle de l'assurée était, depuis mai 1998, de 0% comme aide hospitalière et de 80% (hormis les incapacités de travail liées aux opérations) dans une activité adaptée telle qu'employée de bureau, profession dans laquelle l'assurée était formée.

Le 13 octobre 2006, l'OAI a indiqué à l'assurée que sur la base du rapport d'examen du SMR, il convenait de retenir qu'elle pouvait travailler comme employée de bureau à 80%, et non à 50% comme retenu dans la décision du 30 mars 2005 sur la base de l'expertise de la PMU, qui n'était pas convaincante. Dès lors, le revenu d'invalidé devait être porté à 38'176 fr., si bien que le degré d'invalidité n'était en fait que de 23% (au lieu de 52%) et n'ouvrait pas le droit à une rente. Comme la décision sur opposition serait moins favorable que la décision initiale, l'assurée avait l'occasion de retirer son opposition.

**f)** Par lettre du 5 décembre 2006, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle maintenait son opposition. Le 30 mai 2007, elle a produit une lettre du 21 mai 2007 de la Dresse R.\_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit:

"J'ai suivi G.\_\_\_\_\_ régulièrement depuis 14 avril 2004 à ce jour, hormis une période de juin à décembre 2004, où elle a été suivie par mes collègues.

Fin 2003, l'expertise de la policlinique médicale universitaire à [...] évoque les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, somatisation et dysthymie. Il faisait état d'un risque de chronification majeur, principalement du point de vue psychique. Quelques diagnostics somatiques ont également été évoqués.

Depuis, l'état de santé psychique de la patiente s'est aggravé. Tout au long de notre suivi, du point de vue psychiatrique, nous avons observé une symptomatologie fluctuante, ayant nécessité 2 hospitalisations à l'Hôpital Psychiatrique [...], du 1<sup>er</sup> au 27.07.2004 et du 3.02 au 02.03.2006. Lors de ces deux hospitalisations, les critères pour un épisode dépressif moyen ont été mis en évidence (humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir et augmentation de la fatigabilité voire épuisement, associés à une diminution de l'estime de soi, des sentiments de dévalorisation, un pessimisme, des perturbations du sommeil et des idées de mort, voire de suicide).

Entre les épisodes, la symptomatologie ne s'est pas amendée complètement. Nous avons observé des difficultés de sommeil, une fatigue, un sentiment de désespoir et une hyperphagie, des symptômes complétant les critères pour un trouble dysthymique. Nous pourrions alors parler de ce que certains auteurs appellent la dépression double: c'est à dire la survenue des épisodes dépressifs voire un trouble dépressif récurrent (F33.1), chez une personne souffrant d'un trouble dysthymique (F34.1).

Nous avons observé également des facteurs aggravants et de maintien des troubles affectifs, tel qu'un trouble mixte de la personnalité avec des traits émotionnellement labiles de type borderline et des traits paranoïaques (F61.0). Ainsi qu'une situation familiale difficile (difficultés de couple, difficultés d'autonomisation de ses enfants et difficultés psychiques de ses enfants), et des difficultés économiques. Les difficultés rhumatologiques jouent également un rôle important dans les facteurs de maintien.

La capacité de travail actuelle nous semble mineure à 20%, voire nulle, en raison des troubles affectifs et de personnalité mentionnés. Le pronostic psychiatrique est réservé au vu de l'évolution insatisfaisante des dernières années malgré un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré adapté."

Dans un avis SMR du 20 août 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé que le courrier du 21 mai 2007 n'apportait aucun fait nouveau par rapport à l'examen SMR du 2 août 2006, en précisant que le terme "traits" est employé lorsque les examens médicaux relevés lors de l'anamnèse et/ou de l'examen ne sont pas suffisants (intensité, nombre, etc.) pour poser un diagnostic au sens de la CIM-10.

**g)** Par décision sur opposition du 12 octobre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition et réformé la décision du 30 mars 2005 en ce sens que le droit à la demi-rente était supprimé avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision sur opposition, soit au 1<sup>er</sup> décembre 2007.

Dans sa décision sur opposition, l'OAI a exposé les raisons pour lesquelles il considérait que les conclusions du rapport d'examen rhumatopsychiatrique du SMR – selon lesquelles la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans une activité adaptée à ses limitations somatiques – devaient être suivies et celles de la PMU et des médecins traitants écartées.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité selon l'art. 16 LPGA, l'OAI a retenu que d'après l'ancien employeur de l'assurée, celle-ci aurait pu toucher en 2004, à 100%, dans son activité d'aide soignante, un revenu annuel sans invalidité de 49'400 fr.; quant au revenu d'invalidé, l'assurée aurait pu toucher dans l'activité d'employée de bureau (pour laquelle elle était au bénéfice d'un CFC et qui était adaptée à ses limitations fonctionnelles), exercée à 80%, un revenu annuel de 38'176 fr. La perte de gain se montait donc à 11'224 fr., ce qui donnait un taux d'invalidité de 23% (11'224 fr. x 100 : 49'400 fr.), excluant selon le barème de l'art. 28 al. 1 aLAI le droit à une rente.

**C. a)** L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 13 novembre 2007. Elle a fait valoir en substance que l'OAI ne pouvait pas se baser sur le rapport d'examen SMR du 28 août 2006 pour écarter les conclusions de l'expertise du COMAI. En outre, le rapport du médecin de l'AI devait être mis sur le même pied que celui du médecin traitant. Dès lors, pour départager les avis médicaux contradictoires, il fallait une expertise psychiatrique judiciaire. Sur le fond, la recourante a conclu à la réforme de la décision sur opposition attaquée principalement en ce sens que la rente à laquelle la recourante a droit est une rente entière, et subsidiairement en ce sens que la décision du 30 mars 2005 est confirmée. La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire.

**b)** Le 19 décembre 2007, l'OAI a indiqué qu'il ne souhaitait pas se déterminer dans cette affaire.

**c)** Le 11 décembre 2008, le juge instructeur a ordonné une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, qui a été confiée au Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rendu leur rapport le 12 octobre 2009. Ce rapport contient une anamnèse complète selon les éléments du dossier et selon l'expertisée, y compris les plaintes et données subjectives, tant sur le plan rhumatologique que sur le plan psychiatrique; il relate l'examen clinique rhumatologique, le status psychiatrique, l'examen du dossier radiographique et les examens complémentaires psychiatriques et psychologiques. Il contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées sur le plan rhumatologique et sur le plan psychiatrique ainsi que les réponses aux questions du Tribunal et des parties. Il en résulte en substance que depuis 2004, le taux d'incapacité de travail n'a jamais dépassé globalement un 50%, avec une évolution défavorable allant dans le sens d'une incapacité de travail totale dès janvier 2009 en tout cas; sur le plan rhumatologique strict, l'assurée pourrait effectuer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles douloureuses, ce au taux de 60%, depuis janvier 2006. Les experts exposent plus précisément ce qui suit:

**"Diagnostics somatiques et psychiatriques (V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_)**

**Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail:**

- o Lombalgies récidivantes sur discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 et arthrose inter-apophysaire aux mêmes niveaux.
- o Gonalgies droites sur gonarthrose fémoro-tibiale interne et status après ostéotomie de valgisation de ce genou avec instabilité clinique et à la marche.
- o Douleurs de la cheville droite sur troubles statiques du pied et du membre inférieur droit.
- o Trouble mixte de la personnalité, à composante émotionnellement labile type borderline et paranoïaque (F61.0)
- o Episode dépressif actuellement sévère, sans symptômes psychotiques F32.2
- o Agoraphobie sans trouble panique F40.00
- o Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4

### **Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail:**

- o Excès pondéral.
- o Hyperphagie boulimique F50.3.
- o Utilisation de cannabis nocive pour la santé F12.1.
- o Status post-opération d'un mélanome choroidien.
- o Syndrome des jambes sans repos.
- o Syndrome des apnées du sommeil anamnestique.
- o Discrète cervico-scapulalgie sur atteinte dégénérative discrète de C4 à C6.
- o Vertiges récidivants d'origine indéterminée et discrète surdité de perception.

### **Appréciation du cas et pronostic (V. \_\_\_\_\_)**

(...) Depuis 1998, la patiente est donc incapable de travailler partiellement ou totalement par périodes, ce essentiellement en raison de ses problèmes de genou, probablement de son état dépressif réactionnel, et également en raison des douleurs lombaires. L'orthopédiste consulté en juillet 2002 estimait qu'une capacité de travail en tant qu'employée de bureau était exigible à 50% (travail semi-sédentaire et limitation du port des charges); cette limitation concernait tant l'affection résiduelle du genou que les lombalgies sur troubles dégénératifs. Dans le rapport du stage AFIRO de la fin de la même année, stage prématurément arrêté en raison de douleurs, ce sont les 'douleurs dorsales' qui sont au premier plan. C'est celles-ci qui ont été mises en doute par un médecin de l'AI et reconnues également comme partiellement invalidantes par le rhumatologue lors de l'expertise du COMAI d'avril 2004.

(...)

Comme fréquemment dans ces douleurs chroniques ou lombalgies chroniques, l'appréciation de l'incapacité de travail (et de l'invalidité) en relation avec des signes cliniques objectifs ainsi que des signes radiologiques décrits, n'est pas toujours chose aisée et source d'opinions médicales parfois différentes voire contradictoires.

Sur la base de cette évaluation, je puis confirmer que G. \_\_\_\_\_ présente depuis 1995 environ des lombalgies, qui auraient débuté lorsqu'elle travaillait comme aide-soignante. Comme développé en page 12, l'expertisée n'a jamais 'accepté' ses lombalgies, s'estimant trop jeune pour être bloquée, selon ses dires. Cette affirmation contraste un peu avec les observations cliniques multiples puisque l'assurée a fait preuve d'une certaine résilience; malgré ces lombalgies, elle a pu fonctionner pendant 14 ans avec des plaintes similaires. Actuellement, comme également expliqué, les lombalgies sont bel et bien présentes sous forme de douleurs mécaniques de la région lombaire basse, en barre, irradiant dans les membres inférieurs, selon un trajet facettaire et s'exacerbant aux mouvements, ports de charges légers, position statique assise ou debout prolongée. Cette observation, d'ailleurs en corrélation partielle avec l'examen clinique mais nette avec l'étude des radiographies, nous permet de poser un diagnostic de lombalgies, essentiellement sur troubles dégénératifs (discopathies) et arthrose

interapophysaire postérieure significative et symptomatique. Sur l'IRM de janvier 2005, on retrouve les modifications dégénératives des plateaux vertébraux type MODIC 2 en L3-L4 et L5-S1, érosions dégénératives de L4 et également signes d'arthrose postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1, hypertrophie des ligaments jaunes des trois derniers espaces sans rétrécissement significatif du canal lombaire ou signes de compression radiculaire. Ces modifications mises en corrélation avec des douleurs au relevé de la position antéfléchie, d'une hypomobilité lombaire et surtout d'une limitation douloureuse des inclinaisons lombaires, corroborent le diagnostic de lombalgies sur arthrose postérieure avec discopathies des trois derniers segments.

Concernant le genou droit, j'ai personnellement été frappé par le trouble de la statique et de la marche en varus de ce genou qui paraît instable latéralement; il y a cliniquement un battement interne d'ailleurs douloureux au testing. Alors que la correction radiographique était satisfaisante en post-opératoire immédiat (de 2000 à 2004), les radiographies effectuées en 2009 dans le cadre de cette expertise montrent malgré tout un début d'atteinte dégénérative fémoro-tibiale du compartiment interne avec irrégularité des dits plateaux et pincement interne. Les douleurs énoncées et la gêne à la marche sont donc crédibles en relation nette avec une instabilité et atteinte dégénérative de ce genou, même si elle est heureusement encore modérée.

L'intensité de la symptomatologie décrite comme incapacitante n'étant toutefois pas suffisamment expliquée par l'examen clinique et les examens complémentaires, mon impression clinique de trouble douloureux somatoforme a été corroborée par le Dr H.\_\_\_\_\_.

En reprenant les avis des divers experts et autres spécialistes consultés, concernant les deux problèmes rhumatologiques suscités, nous observons que le Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue, avait déjà observé une instabilité interne à la marche ainsi que des douleurs lombaires lors des mouvements d'inclinaison du rachis lors de l'expertise COMAI de 2004; à l'époque, ce confrère avait estimé que dans une activité adaptée, type employée de bureau, la capacité de travail sur le plan strictement rhumatologique était de 80% (ramenée à 50% après appréciation consensuelle du cas). La Dresse C.\_\_\_\_\_, qui avait pris en charge la patiente de février 2004 à août 2005, a également relevé les limitations sus décrites, tant lombaires que du membre inférieur droit, selon les mêmes critères que susmentionnés; elle affirmait en 2006 que son activité d'aide-soignante n'était plus possible et qu'elle mettait en doute une reconversion professionnelle pour des raisons probablement non seulement rhumatologiques, mais psychologiques.

(...)

L'évaluation du Dr N.\_\_\_\_\_ (SMR Léman) du 2.8.06 est assez complète. Sur le plan de l'examen clinique, il observe que l'expertisée a de grosses difficultés à la mobilisation de son dos et à l'antéflexion du tronc avec distance doigt-sol de 62 cm avec énoncé de douleurs lombaires; il remarque que la rétroflexion du tronc de 3° (...) entraîne des douleurs de la charnière dorso lombaire et lombo-

sacrée et relève également des limitations nettes de la latéro-flexion du tronc entraînant des douleurs de fesse gauche. Ce qui m'étonne dans son appréciation est le fait qu'il décrit des genoux normo-axés (en mentionnant le fait que le genou droit serait quand même en valgus), ce qui est quelque peu antinomique; il décrit ces genoux comme stables, donc le droit également, alors qu'il (ce genou) était déjà décrit comme instable par le Dr B. \_\_\_\_\_ à l'examen du COMAI en 2004. Concernant cette appréciation, je m'étonne de deux choses, d'une part le fait que des lombalgies décrites dès 3 degrés de rétroflexion entraînant des douleurs, limitées à 62 cm de distance doigt-sol en antéflexion et associées à une nette limitation douloureuse des inclinaisons latérales, soient autant minimisées dans les conclusions; d'autre part, il m'apparaît que l'examen du membre inférieur droit de l'expertisée n'a pas été rapporté à sa juste valeur puisque d'autres avis (cf. ci-dessus) ainsi que mon appréciation, mettent en évidence une instabilité interne douloureuse, certes de degré moyen mais totalement objectivable par les examens cliniques.

(...)

Toujours sur le plan rhumatologique, je pense que l'appréciation de ce confrère, dont l'examen clinique est complet mais hélas inexact partiellement, a entraîné, à mon avis, une sous-estimation des limitations strictement mécaniques de l'expertisée. Les signes cliniques tels douleurs lombaires des charnières à la rétroflexion, limitation douloureuse des inclinaisons de l'antéflexion (distance doigt-sol 62 cm), permettent à eux seuls de prouver l'existence d'une souffrance des articulaires postérieures lombaires et indirectement des segments L3 à S1. Ce n'est pas parce que l'expertisée, en position assise sur le lit d'examen, est capable d'étendre les bras jusqu'à une distance doigt-orteil plus courte, que sa souffrance est non crédible voire factice. Ce test, décrit par Waddell comme un des signes de non-organicité, est totalement discutable sur le plan biomécanique puisque, bassin fixé, charnière lombo-sacrée également fixée, la mobilité articulaire postérieure est obligatoirement meilleure, ne recrutant, par ailleurs, pas les muscles sous-pelviens et leur hypo-extensibilité réactionnelle. Je pense également que ce confrère a dû observer la boiterie de la patiente et, une fois de plus, m'étonne malgré tout de l'absence de description d'instabilité interne du genou droit. Sans polémiquer, je m'étonne pour finir que les souffrances lombaires soient ainsi minimisées puisque notre confrère a excellemment décrit les radiographies et qu'il estime que les discopathies et que l'arthrose postérieure sont réellement significatives.

En conclusion, je maintiens les diagnostics de lombalgies mécaniques avec irradiation facettaire sur arthrose postérieure essentielle sans signes neurologiques associés et gonalgie interne droite sur troubles dégénératifs et instabilité avec status post-ostéotomie. Ces deux affections entraînent des limitations fonctionnelles mécaniques sur le plan rhumatologique, contre-indiquant formellement une activité nécessitant de fréquents ports de charge, station statique assise ou debout (comme aide-soignante par exemple), et ce à 100%.

Par contre, dans une activité adaptée, un travail de secrétariat, en insistant sur la possibilité d'alterner les positions assise et debout, de ne pas excéder une heure de position statique assise ou debout d'affilée, la capacité de travail, sur le plan strictement rhumatologique, est de 60%, depuis janvier 2006 (p. 6, échec traitements antalgiques à [...]). Cette appréciation ne tient bien sûr pas compte d'éléments psychosociaux, du marché du travail et, bien sûr, de l'appréciation psychiatrique du cas.

### **Discussion de la situation expertale sur le plan psychiatrique (H. \_\_\_\_\_):**

(...)

Mon avis concernant les diagnostics dont souffre l'expertisée est le suivant. A mon point de vue, il est tout à fait justifié de retenir la présence d'un trouble mixte de la personnalité et non pas des traits de personnalité comme indiqué à la fois à certaines périodes par les soignants de [...], ainsi que dans l'examen SMR. En effet, selon la CIM-10 (p. 180), ces troubles 'comprennent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont en général stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement des performances sociales d'intensité variable'. Il est également mentionné que ces troubles 'apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte'.

Dans le cas qui nous intéresse, on peut mentionner que l'expertisée a vécu ses premières années dans un climat familial fortement pathogène, ce qui est reconnu par ailleurs par tous les évaluateurs, que ce soit dans l'expertise psychiatrique de 2004 de la PMU, par les soignants de [...], mais également dans l'anamnèse recueillie par les évaluateurs du SMR en 2006. Il est difficile de relever clairement chez l'expertisée la présence de signes de souffrance de la petite enfance (par ex. somnambulisme, énurésie, terreurs nocturnes ou cauchemars, onychophagie), l'expertisée présentant une amnésie partielle de cette période. Il est toutefois possible que l'expertisée ait présenté de tels signes, notamment la présence d'une énurésie (l'expertisée mentionne 'des cystites à répétition', où sa mère l'aurait laissée fréquemment sans la changer dans son urine). Il est possible qu'il s'agissait plutôt d'une énurésie. G. \_\_\_\_\_ conserve par contre des souvenirs de la violence dont elle a été victime et témoin. Ensuite, on peut relever que l'expertisée a souffert d'un traumatisme de nature sexuelle, dont la nature exacte reste difficile à préciser. Les éléments sont contradictoires à ce sujet. Ils doivent toutefois être pris en compte comme facteurs de fragilisation précoce de la personnalité. Ensuite, on note chez l'expertisée dès l'adolescence l'apparition d'une impulsivité, qui s'est manifestée notamment par des passages à l'acte de nature hétéro-agressive envers son beau-père. L'expertisée a également présenté des

difficultés à gérer son impulsivité dans sa première phase d'apprentissage, où les rapports avec son patron sont décrits comme conflictuels, l'expertisée n'hésitant pas à entrer ouvertement en conflit avec son patron qu'elle aurait même insulté.

Je considère dès lors que les éléments précédemment cités peuvent être considérés comme des signes précurseurs dans l'enfance et adolescence du trouble de la personnalité qui se fixera à l'âge adulte sous la forme d'un trouble mixte de la personnalité à composante à la fois émotionnellement labile type borderline et paranoïaque.

(...)

Dès lors, il m'apparaît que le fonctionnement général de l'expertisée depuis 2004 permet de mettre clairement en évidence la composante borderline de ce trouble de la personnalité. Toutefois, selon mon analyse, la composante borderline n'est pas suffisante pour décrire de façon exhaustive la psychopathologie liée au trouble de la personnalité. (...)

A ce sujet, parallèlement à ces critères CIM-10, il me semble pertinent de décrire à ce stade le fonctionnement sous-jacent de personnalité de l'expertisée. Sur le plan des tests projectifs, on peut confirmer que l'expertisée présente une organisation psychotique de la personnalité. Il est possible de mettre en évidence des troubles relatifs à la représentation de l'image inconsciente du corps. Il est également fait mention dans les tests projectifs de troubles des limites, avec difficultés à distinguer 'être un' d'"être deux", avec un rapprochement vécu sur un mode persécutoire, ce qui est congruent avec l'observation clinique directe. Pour se défendre de ces angoisses et de ce vécu persécutoire, l'expertisée utilise des éléments défensifs du registre limite, qui se manifestent par les aspects caractériels. Dans les tests, il ressort également des carences de la mentalisation avec une tendance à l'agir, ce qui peut à la fois colorer et mettre en lumière le trouble de la personnalité avec ses acting, mais également la présence du trouble somatoforme sur lequel je reviendrai plus en détails dans le paragraphe concerné. Enfin, il faut relever des éléments de distorsion relationnelle, qui s'observent à la fois dans les tests mais comme dit précédemment dans l'impression clinique directe, où l'expertisée se montre fermée, très rapidement persécutée, ayant tendance à inverser les rôles pour garder le contrôle de la situation. Ceci a notamment été relevé lors de la dernière hospitalisation de l'expertisée à [...], où il est décrit que celle-ci s'est montrée 'peu collaborante, oppositionnelle, (...) avec une banalisation de son acte', l'expertisée se montrant également 'ambivalente, incapable de s'engager dans la prise en charge'. Les ressources intellectuelles de leur côté se situent dans la zone dite 'normale-faible', mais ne sont à mon sens pas réellement exploitables par l'expertisée en ce moment au vu de l'importance de sa décompensation psychiatrique.

En conclusion de ce qui précède, il n'y a selon moi aucun doute pour retenir la présence d'un trouble de la personnalité, celui-ci ayant valeur de maladie. Ce trouble se manifeste par ailleurs cliniquement par une progressive désorganisation depuis 2004, avec présence d'un acting suicidaire récent, démontrant l'épuisement des ressources adaptatives de l'expertisée.

Un autre point de discussion concerne la présence et la caractérisation de l'atteinte thymique chez l'expertisée. Dans le rapport SMR de 2006, il est retenu uniquement un diagnostic de dysthymie, n'ayant selon les rédacteurs du rapport aucune répercussion sur la capacité de travail. Dans l'argumentation, les évaluateurs citent uniquement le rapport AI du 23 mai 2006 rédigé par les thérapeutes de [...], en mettant en évidence une imprécision par rapport au syndrome somatique et à la somatisation. (...)

De son côté, la dysthymie est définie par (CIM-10 page 115) 'une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen'. On peut lire plus loin qu'en général dans ce type de trouble les patients 'ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne'. On peut constater qu'en 2004, l'état de l'expertisée a déjà nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique, ce qui n'est pas banal, les troubles dysthymiques n'ayant la plupart du temps jamais besoin d'hospitalisation. De plus, lors de l'hospitalisation ultérieure du 3 février 2006 au 2 mars 2006, il est indiqué dans l'anamnèse qu'en raison d'un épuisement physique et psychique, ne lui permettant plus de gérer son quotidien à domicile elle demande une hospitalisation à [...] ...'. Au vu de ces éléments, après lecture du dossier et notamment de l'examen rhumatologique et psychiatrique du 2 août 2006, réalisé après cette hospitalisation, il semble que les rédacteurs du rapport n'ont pas pris en compte ces données. En effet, au vu de ce qui précède, un diagnostic de dysthymie pouvait déjà à ce moment être écarté, l'atteinte thymique de l'expertisée présentant de toute évidence des signes de gravité nécessitant de modifier le diagnostic pour celui d'un trouble dépressif récurrent ou d'un épisode dépressif unique, d'intensité variable dans le temps.

(...) Dès lors, chez l'expertisée, je conclus à la présence d'un épisode dépressif unique, présent dès 2004, cet épisode étant probablement au début d'intensité légère à moyenne, ce qui a pu faire évoquer au Dr S.\_\_\_\_\_ un éventuel diagnostic de dysthymie. Cette symptomatologie dépressive initiale s'est ensuite organisée dès la première hospitalisation de l'expertisée à [...] en 2004 en un épisode dépressif tout à fait complet et classique selon les classifications internationales. Par la suite, cet état dépressif unique a certainement fluctué en intensité, avec des périodes de relative amélioration et des rechutes claires nécessitant de nouvelles hospitalisations. On peut également relever qu'il est souvent difficile de caractériser avec plus de précision l'atteinte thymique des personnes présentant un trouble de la personnalité, avec notamment cette composante borderline. En effet, dans la nature même de ce trouble, une instabilité de l'humeur y figure (CIM-10 page 183).

Je me rallie de mon côté à l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_, qui évoquait déjà en 2004 qu'il sera probablement beaucoup plus difficile de soigner l'atteinte thymique étant donné l'intrication de cette pathologie de

l'humeur avec un trouble de la personnalité. L'évolution depuis 2004 va en effet dans ce sens.

Si l'on considère maintenant la symptomatologie actuelle de l'expertisée sur le plan dépressif, on peut noter une nette péjoration par rapport à l'observation effectuée lors de l'examen SMR en 2006. En effet, lors de cette évaluation, il est décrit que 'la pensée est précise, orientée vers son but (...) la rapidité de la pensée est dans les limites de la norme'. J'ai pu constater qu'à l'heure actuelle, notamment lors du deuxième entretien, l'expertisée s'est montrée ralentie sur le plan psychomoteur, avec un discours pauvre et peu informatif. Dans le rapport SMR de 2006, il est indiqué que 'l'humeur est dans les limites de la norme'. De façon invariable, lors de mes deux observations, l'expertisée s'est montrée triste, avec un sentiment d'abattement, une mimique figée, verbalisant la plupart du temps des idées noires et suicidaires. Toujours dans le rapport de 2006, il est indiqué 'qu'il est facile de provoquer chez elle une réaction adéquate, un sourire ou un rire' alors qu'actuellement ceci n'apparaît pas à l'observation clinique. Il était également indiqué en 2006 'que la mémoire ancienne est précise, sans trouble de la mémoire de fixation'. Or, au status actuel, G. \_\_\_\_\_ présente des difficultés marquées à évoquer les dates de son anamnèse et présente des altérations cognitives de nature dépressive, avec des troubles de la mémoire de fixation (cf. status psychiatrique).

Il faut donc conclure que le status actuel est très certainement différent de celui observé en 2006. Dans les signes cardinaux de dépression, l'expertisée rapporte actuellement une tristesse majeure présente tous les jours, sans aucune fluctuation. L'humeur n'est pas influencée par les circonstances extérieures. L'expertisée présente une anhédonie jugée complète, une restriction de ses activités et de ses contacts sociaux. La présence de la fatigabilité au moindre effort est également très nette, avec perte importante de l'estime de soi, idées de dévalorisation, idées de suicide manifestes. Le syndrome somatique sous forme de troubles marqués du sommeil, avec troubles de l'appétit, manque de réactivité émotionnelle aux choses agréables, ralentissement psychomoteur et thymie péjorée le matin peut être considéré actuellement comme étant présent. Dans les autres signes CIM-10, on peut noter une diminution de la concentration et de l'attention (perturbation lors de la lecture, oublis, trouble de la mémoire de fixation au status), une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des actes auto-agressifs. En ce moment, les critères diagnostiques d'un épisode dépressif sévère sont donc réunis.

(...)

Enfin, une discussion doit être faite sur la présence ou non d'un trouble somatoforme chez l'expertisée, que l'on parle de trouble somatisation, ou de syndrome douloureux somatoforme persistant, ou d'une autre forme de trouble somatoforme. Après discussion commune avec le Dr V. \_\_\_\_\_, nous avons finalement retenu la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, dans le tableau clinique actuel, les plaintes principales et répétitives concernent une douleur intense et persistante, accompagnée d'un sentiment de détresse marqué, l'entier du tableau clinique avec les répercussions subjectives des douleurs

n'étant selon notre analyse pas expliqué entièrement par le substrat somatique sous-jacent, et ceci même si ce substrat peut de son côté être mis en évidence, ce qui est décrit dans la partie traitée par mon confrère V. \_\_\_\_\_ (p. 28). (...) On peut donc constater chez l'expertisée que les plaintes douloureuses occupent vraiment le devant de la scène, écartant d'autres possibles phénomènes de somatisation (des somatisations dans la sphère abdominale, voire dans la sphère urogénitale avec des pubalgies pourraient être également évoquées). Quoi qu'il en soit, j'estime qu'il faut de toute façon considérer que l'expertisée présente un trouble somatoforme, son fonctionnement psychique caractérisé par des carences de la mentalisation et des aspects de persécution pouvant privilégier l'expression corporelle comme signe de tout mal être qui ne peut que difficilement être exprimé autrement, il est en effet fréquent, chez les personnalités psychotiques, déjà rigides et peu adaptées à la réalité, d'observer de graves décompensations psychosomatiques dans le cadre d'atteintes physiques multiples. En effet, chez l'expertisée, l'apparition de son mélanome de la choroïde, de son nodule des cordes vocales, mais surtout de son atteinte ostéo-articulaire, peut avoir activé des fantasmes de mort et des angoisses de morcèlement, amenant progressivement une grave désorganisation de la personnalité.

De mon côté, sur le plan psychiatrique, j'estime que l'expertisée présente donc bel et bien depuis 2004 une atteinte psychiatrique significative, l'appréciation du 50% de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée m'apparaissant correcte à cette époque. Par la suite, le degré d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique a évolué progressivement défavorablement, avec des périodes où l'état psychique était décompensé (nécessitant des hospitalisations donc entraînant des périodes d'incapacité de travail totales), et avec d'autres moments où l'état psychique était relativement meilleur, sans se normaliser cependant. J'estime de mon côté que le degré de capacité de travail pour des raisons psychiatriques n'a jamais dépassé les 50% depuis 2004, avec une nette péjoration depuis le début de l'année 2009, aboutissant progressivement à une incapacité de travail complète dans tout type d'activité depuis lors.

### **Questionnaire du Tribunal aux experts**

(...)

S'AGISSANT DES TROUBLES PHYSIQUES (V. \_\_\_\_\_):

4. Quels sont les troubles présentés par la recourante:

*L'expertisée présente d'une part, des lombalgies depuis plus de 14 ans, d'autre part, des gonalgies D depuis environ 12 ans (cf. texte). Elle présente également des douleurs mécaniques de sa cheville D; ces 3 affections sont partiellement incapacitantes. Sur le plan ophtalmologique, l'affection oncologique est en rémission complète. Les syndromes des jambes sans repos et des apnées du sommeil ainsi que les cervico-scapulalgies observées sont de gravité modérée.*

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant:

*Les lombalgies chroniques sont en partie dues à des troubles dégénératifs (arthrose) des segments L3 à S1, ces lésions entraînent une usure des articulations postérieures du rachis lombaire qui engendrent, à elles seules, des projections douloureuses, tant dans la région incriminée que des douleurs projetées dans le bassin et les cuisses. Toute sur-sollicitation de ce segment décompense cette affection et entraîne des douleurs similaires à celles que l'expertisée énonce. Tant les atteintes visibles sur l'IRM de 2005 que les lésions dégénératives observées sur les dernières radiographies vont dans le sens de la confirmation du diagnostic. L'examen de l'expertisée révèle des dysfonctions tant dorso-lombaires que lombaires inférieures reproduisant les gênes douloureuses énoncées. Ces observations contre-indiquent toute activité sur-sollicitant de manière aiguë et prolongée le rachis dorsolombaire. L'instabilité douloureuse de son genou D est également un facteur mécaniquement limitant; les gênes énoncées au niveau de la cheville D sont certes gênantes, mais ne représentent pas un facteur limitant.*

6. Sont-elles de nature à empêcher l'activité d'employée de bureau de la recourante totalement ou partiellement:

*Une activité d'employée de bureau à temps partiel, permettant d'éviter toute position statique (assise ou debout) de plus d'une heure d'affilée, avec possibilité d'alterner fréquemment les dites positions et d'éviter à tout prix les ports de charges de plus de 10 kg transitoirement ou les ports de charge répétés est compatible, mais à temps partiel, le temps résiduel étant dévolu à la récupération et/ou au traitement.*

7. En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand:

*Comme précédemment énoncé, capacité de travail de 60%, depuis janvier 2006, en raison des lombalgies chroniques, des douleurs du genou D et des douleurs chroniques.*

(...)

S'AGISSANT DES TROUBLES PSYCHIQUES (H. \_\_\_\_\_):

10. Quels sont les troubles présentés par la recourante:

*Comme mentionné dans d'autres rubriques, sur le plan psychique, l'expertisée présente un trouble mixte de la personnalité (à composante émotionnellement labile type borderline et paranoïaque), une agoraphobie sans trouble panique, un trouble alimentaire de type hyperphagie boulimique, une utilisation de cannabis nocive pour la santé et un épisode dépressif actuellement d'intensité sévère sans symptômes psychotiques, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant.*

11. Dans la mesure où il s'agit d'un trouble somatoforme douloureux, ou une affection présentant le même tableau clinique, comment évaluez-vous le caractère exigible par la recourante d'un effet de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique,

au regard des critères suivants: la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, de quelle acuité et de quelle durée (en cas de trouble dépressif, veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme), d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble.

*Concernant les facteurs de gravité de ce trouble somatoforme, il est possible d'en relever plusieurs. En effet, il faut considérer que l'expertisée présente comme décrit plus amplement dans la discussion une comorbidité psychiatrique majeure (trouble de la personnalité, épisode dépressif sévère, agoraphobie). Actuellement, cette pathologie psychiatrique peut être considérée comme étant fortement décompensée, un risque suicidaire devant même être envisagé. De son côté le trouble dépressif sous sa forme organisée (en épisode dépressif) est apparu postérieurement à l'atteinte somatique, et peut comporter une composante réactionnelle à l'atteinte physique sous jacente et aux douleurs 'au sens large' ce qui n'enlève en rien actuellement sa gravité. L'acuité des symptômes dépressifs est actuellement sévère et justifie que l'on retienne cette atteinte de façon séparée en plus des autres pathologies citées. Ensuite, il faut considérer que l'expertisée présente une comorbidité somatique significative décrite par mon confrère rhumatologue. Il est également possible de constater que l'évolution depuis 2004 est défavorable, chez une expertisée se décompensant progressivement sur le plan psychiatrique, avec une absence de résolution des symptômes tant psychiques que physiques malgré des traitements dispensés. De plus, il est possible de dire que ces traitements ont été menés selon les règles de l'art, avec notamment des doses importantes d'antidépresseurs et un traitement psychiatrique intégré. Il est par ailleurs possible de constater chez l'expertisée (ceci étant certainement facilité par son trouble de la personnalité et par son sous-bassement psychotique) que l'état psychique peut effectivement être considéré comme étant actuellement cristallisé et fixé sur les plaintes douloureuses, ce qui signe certainement l'échec et la libération du processus de résolution de tout conflit psychique. Cet état paraît de toute évidence peu mobilisable par les différentes approches psychiatriques effectuées à ce jour. La description de la vie quotidienne et sociale met enfin en évidence une nette diminution d'intégration sociale 'dans toutes les manifestations de la vie', ceci semblant particulièrement frappant depuis le début 2009. Il est encore difficile de dire 'stricto sensu' que l'expertisée présente une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. L'expertisée entretient encore quelques contact via Internet et a parlé à mon confrère V.\_\_\_\_\_ de son intérêt pour certaines activités bénévoles (Ligue contre le Cancer) et pour le théâtre. Notre anamnèse diffère quelque peu à ce sujet, et étant donné cette divergence, il paraît raisonnable de conclure que cette perte*

*d'intégration sociale 'dans toutes les manifestations de la vie' n'est pas encore atteinte. L'évolution semble toutefois aller progressivement dans ce sens. Ceci n'enlève rien à la gravité des autres critères discutés plus haut, notamment la gravité de la comorbidité psychiatrique qui rend le pronostic particulièrement défavorable. Au vu de tous ces éléments, un effort unique de la volonté afin de surmonter l'atteinte douloureuse et reprendre une activité adaptée ne paraît plus exigible.*

12. Quel est l'environnement psychosocial de la recourante (veuillez le décrire) et comment l'appréciez-vous?

*Actuellement, l'environnement psychosocial de la recourante est décrit en terme d'appauvrissement progressif, l'expertisée passant la majeure partie de son temps chez elle, entretenant quelques contacts par Internet avec des amis, et (...) n'ayant selon ses dires plus rencontré d'amis proches depuis son déménagement d'avril passé. De plus, les contacts avec le fils aîné sont décrits comme difficiles et source de déstabilisation. L'expertisée a par contre des contacts jugés plus positifs avec son deuxième fils. L'activité de loisirs paraît également en nette diminution depuis 2004, l'expertisée ayant de la difficulté à soutenir son attention sur quelque activité que ce soit, G.\_\_\_\_\_ ayant notamment interrompu son activité de gravure sur verre. Comme mentionné plus haut, l'expertisée garde toutefois encore certains contacts via Internet, notamment selon ses dires avec des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité type borderline et souhaiterait (...) participer voire organiser une association à ce sujet. L'expertisée a également fait part à mon confrère V.\_\_\_\_\_ de son intérêt pour des activités bénévoles (Ligue contre le cancer) et pour les activités théâtrales. Comme mentionné au point précédent, l'évolution semble aller dans le sens d'un appauvrissement progressif de la vie et de l'intégration sociale.*

13. Les troubles dont est atteinte la recourante ont-ils valeur de maladie au plan médical?

*Oui, comme indiqué de façon exhaustive dans la discussion.*

14. Sont-ils de nature à empêcher l'activité professionnelle de la recourante totalement ou partiellement?

*Oui, actuellement le status psychiatrique n'est pas compatible, même partiellement, avec une activité professionnelle.*

15. Quelles sont les activités adaptées à l'état psychique?

*En ce moment, il semble difficile d'envisager une quelconque activité au vu de l'état psychique décompensé.*

S'AGISSANT DES TROUBLES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES (H.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_)

16. a) Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'elle pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand?

*H.\_\_\_\_\_ : Depuis 2004, le taux d'incapacité de travail n'a jamais dépassé globalement un 50%, avec une évolution défavorable allant dans le sens d'une incapacité de travail totale dès janvier 2009 en tout cas.*

*V.\_\_\_\_\_ : Sur le plan rhumatologique strict, l'expertisée pourrait effectuer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles douloureuses, ce au taux de 60%, depuis janvier 2006.*

b) L'ensemble des troubles présentés par la recourante sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail?

*H.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ : L'ensemble des troubles est de nature à engendrer une incapacité de travail totale et à empêcher toute activité professionnelle.*

17. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative?

*H.\_\_\_\_\_ : Sur le plan médical, un traitement psychiatrique intégré est toujours nécessaire, mais doit être considéré comme visant plus à améliorer la qualité de vie que la capacité de travail.*

*V.\_\_\_\_\_ : Une rééducation intensive à visée de tonification rachidienne (unité rachis du DAL, p. ex.), ainsi que des mesures pour stabiliser son genou pourraient être envisagées; l'expertisée a déjà subi nombre d'infiltrations rachidiennes dans des centres renommés, ainsi que des mesures de réadaptation, ce sans effet, même à court terme. Compte tenu de l'ensemble des troubles observés, ces mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec, il n'y aurait aucune influence positive sur la capacité de travail.*

Quel genre d'activité et à quel taux?

*H.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ : Pour le moment, l'état psychiatrique décompensé ajouté à l'atteinte somatique ne rend plus aucune activité exigible.*

18. Peut-on raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail?

*H.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ : Nous estimons qu'à l'heure actuelle il n'est pas exigible de la part de l'assurée qu'elle se soumette à des mesures d'ordre professionnel.*

Dans la négative pour quelle raison?

*H.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ : En raison de la décompensation grave de son trouble dépressif et de son trouble de la personnalité en plus de l'atteinte somatique.*

19. Quel est votre pronostic?

*H.\_\_\_\_\_ : Sur le plan psychiatrique, on assiste à une évolution défavorable, avec chronification, mais également péjoration de la symptomatologie de 2004 à ce jour.*

*V.\_\_\_\_\_ : Sur le plan rhumatologique (lombalgies et gonalgie), l'évolution est également défavorable, mais dans une moindre mesure. Le trouble somatoforme douloureux persistant est, dans ce cas, un facteur de mauvais pronostic."*

**d)** Par courrier du 3 novembre 2009, la recourante a déclaré se demander si, au vu des conclusions du rapport d'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, l'OAI pourrait s'engager à rendre une décision qui dise qu'elle continue après le 30 novembre 2007 d'avoir droit à une demi-rente et qu'elle a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2009. Elle a proposé au juge instructeur de demander à l'OAI s'il pouvait prendre un tel engagement.

**e)** Se déterminant le 25 novembre 2009 sur les expertises des Drs V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ainsi que sur l'écriture de la recourante du 3 novembre 2009, l'OAI a exposé que du point de vue médical, les expertises précitées devaient être considérées comme probantes, de telle sorte qu'il se ralliait à leurs conclusions et admettait qu'il avait supprimé à tort, par décision sur opposition du 12 octobre 2007, le droit à la demi-rente avec effet au 30 novembre 2007. Relevant que selon les art. 53 al. 3 LPGA et 58 al. 1 PA, il ne lui était pas possible, à ce stade de la procédure, de rendre une nouvelle décision, l'OAI a proposé l'admission partielle du recours dans le sens du maintien de la demi-rente (taux d'invalidité de 52%), à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2007. Il a précisé que comme l'aggravation survenue en janvier 2009 était postérieure à la décision attaquée, elle échappait au pouvoir d'examen de la Cour; au vu de l'effet dévolutif du recours, elle ne pourrait faire l'objet d'une décision de l'OAI qu'une fois le jugement concernant la présente cause rendu.

L'OAI a joint à son écriture du 25 novembre 2009 un avis médical SMR du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 novembre 2009, dont la teneur est la suivante:

"Expertise bidisciplinaire Dr V.\_\_\_\_\_ et Dr H.\_\_\_\_\_

Diagnostic influençant la capacité de travail

- Lombalgies récidivantes sur discopathies lombaires étagées
- Gonalgies droites sur gonarthrose et status post ostéotomie de valgisation
- Douleurs de la cheville droite sur troubles statiques du pied et du membre inférieur droit
- Trouble mixte de la personnalité à composante émotionnellement labile type borderline et paranoïaque F61.0
- Episode dépressif actuellement sévère, sans symptômes psychotiques F32.2
- Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4

Incapacité de travail:

100% dans la profession habituelle depuis 1998

Du point de vue somatique dans une activité adaptée de type travail de secrétariat avec possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure, charges limitées à 10 kg l'exigibilité est de:

80% dès 1998

60% dès janvier 2006

L'expert rhumatologue expose les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation de l'examen SMR de 2006. Ces arguments sont recevables.

Du point de vue psychiatrique l'exigibilité est de 50% dès 2004 et de 0% dès janvier 2009. L'aggravation de janvier 2009 consiste dans l'établissement d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Le trouble de l'humeur est traité. Actuellement sous traitement les empêchements persistent.

Exigibilité dans une activité adaptée:

80% dès 1998

50% dès janvier 2004

0% dès janvier 2009".

**f)** Invitée à se déterminer sur l'écriture de l'OAI du 25 novembre 2009, la recourante a demandé au juge instructeur de lui faire savoir s'il allait, comme le préconisait l'intimé, "ne pas examiner l'aggravation de l'état de santé survenue en janvier 2009".

Le juge instructeur a répondu qu'il ne saurait préjuger de la décision de la cour et qu'il mettrait le dossier en circulation auprès de celle-ci dès que possible.

**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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit 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), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

**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; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après

l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b, 116 V 246, consid. 1a, et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2).

**b)** En l'espèce, il est constant que la recourante présente depuis le mois de mai 1998 une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-hospitalière qu'elle exerçait avant la survenance des atteintes à sa santé. Le revenu sans invalidité retenu par l'OAI sur la base des déclarations du dernier employeur n'est pas contesté, pas davantage que les chiffres sur la base desquels l'OAI a déterminé le revenu d'invalidé que pourrait réaliser la recourante dans l'activité d'employée de bureau (pour laquelle elle possède les qualifications nécessaires), sous réserve de l'exigibilité. Est ainsi seule litigieuse la question de la capacité de travail de la recourante dans l'activité d'employée de bureau, en tant qu'en dépend la détermination du degré d'invalidité de la recourante et donc le taux de la rente d'invalidité à laquelle ce degré d'invalidité donne droit. A cet égard, la Cour de céans doit, conformément aux principes rappelés ci-dessus (cf. consid. 2a supra), examiner la légalité de la décision de la décision sur opposition du 12 octobre 2007 présentement attaquée d'après l'état de santé qui était celui de la recourante au moment où cette décision a été rendue. La question de savoir s'il y a eu postérieurement à cette décision une aggravation de l'état de santé de la recourante dans le sens d'une incapacité totale de travail dans toute activité, qui entraînerait une révision du droit à la rente dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA; art. 87 al. 2, 88a al. 2 et 88bis al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]),

échappe au pouvoir d'examen de la Cour de céans et devra faire l'objet d'une nouvelle décision de l'OAI.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 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 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 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. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 $\frac{2}{3}$ % au moins. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), 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.

**b)** 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 261, 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1).

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).

En outre, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

**c)** En l'espèce, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, qui constitue l'examen à la fois le plus détaillé, le plus complet et le plus récent de la situation médicale de la recourante. Le rapport d'expertise du 12 octobre 2009 contient une anamnèse complète selon les éléments du dossier et selon l'expertisée, y compris les plaintes et données subjectives, tant sur le plan rhumatologique que sur le plan psychiatrique; il relate l'examen clinique rhumatologique, le status psychiatrique, l'examen du dossier radiographique et les examens complémentaires psychiatriques et psychologiques. Ce rapport se fonde

ainsi sur des examens complets, prend dûment en considération les plaintes de la personne examinée et a été établi en pleine connaissance du dossier. Il contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées sur le plan rhumatologique et sur le plan psychiatrique, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions des experts - qui expliquent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils se rallient ou s'écartent le cas échéant des conclusions des autres experts et spécialistes qui se sont précédemment exprimés sur les atteintes à la santé de la recourante et sur les répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail - sont bien motivées. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée, comme l'a admis l'OAI à la suite de l'analyse du rapport d'expertise effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. lettre C.e supra), et il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts judiciaires.

**d)** La recourante elle-même ne paraît à juste titre plus soutenir, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, qu'elle aurait présenté avant la date de la décision litigieuse un taux d'incapacité de travail global (sur le plan rhumatologique et psychiatrique) supérieur au taux d'incapacité de travail de 50% retenu par les experts judiciaires dès 2004 (cf. lettre C.d supra). Les médecins de la PMU, dans leur rapport d'expertise du 13 avril 2004 (cf. lettre A.c supra), renaient d'ailleurs eux aussi déjà une capacité résiduelle de travail, dans une activité d'employée de bureau, de l'ordre de 50% (cf. lettre A.c supra), tout comme le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant, dans ses rapports médicaux du 25 juillet 1998 et du 20 novembre 1999 (cf. lettre A.a supra) et le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 29 juillet 2002 (cf. lettre A.b supra). Les seuls avis médicaux au dossier qui évaluaient l'incapacité de travail de la recourante à 100% dans toute activité émanent des médecins traitants de la recourante, soit des Dresses R.\_\_\_\_\_, psychiatre (rapports médicaux du 23 mai 2006 et du 21 mai 2007; cf. lettres B.b et B.f supra), et C.\_\_\_\_\_, rhumatologue (rapport médical du 12 avril 2006; cf. lettre B.b supra).

Outre le fait que ces conclusions doivent être appréciées avec la réserve qu'impose le fait qu'elles émanent de médecins traitants qui sont liés à l'assurée par un mandat thérapeutique et ont ainsi tendance à se prononcer en faveur de leur patiente de par la nature même de ce mandat et de leur position de confidents privilégiés, elles sont nettement moins motivées - en particulier s'agissant de la répercussion des atteintes constatées sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée - et reposent sur une analyse nettement moins approfondie et convaincante que celles des experts judiciaires, auxquelles la cour de céans ne peut que se rallier.

Il y a ainsi lieu de retenir, sur la base des conclusions parfaitement motivées des experts judiciaires, que la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations somatiques, telle celle d'employée de bureau, était de 50% au moment déterminant où la décision attaquée a été rendue. Il n'y a pas lieu d'examiner si, par le passé et en particulier avant 2004, cette capacité de travail a pu être supérieure à 50% (cf. l'avis SMR du Dr F. \_\_\_\_\_ du 9 novembre 2009, lettre C.e supra), puisqu'au regard de la décision attaquée, qui a prononcé la suppression de la demi-rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007, le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité jusqu'au 30 novembre 2007 est de toute façon acquis.

**e)** Les bases de calcul du revenu sans invalidité ainsi que du revenu d'invalidité n'étant pas contestées (cf. consid. 2b supra), il y a lieu de constater que la recourante présentait toujours, au moment où la décision litigieuse a été rendue, un taux d'invalidité de 52% lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. La question de savoir si la recourante a subi postérieurement à cette décision une aggravation de son état de santé dans le sens d'une incapacité totale de travail dans toute activité, qui entraînerait une révision du droit à la rente dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA; art. 87 al. 2, 88a al. 2 et 88bis al. 1 RAI), devra faire l'objet d'une nouvelle décision de l'OAI (cf. consid. 2b supra).

**7. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis, comme l'OAI l'a lui-même proposé sur la base des résultats de l'expertise judiciaire (cf. lettre C.e supra), dans la mesure où la demi-rente d'invalidité octroyée à la recourante sur la base d'un degré d'invalidité de 52% doit être maintenue au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 2007.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Dès lors, seul un émolument judiciaire réduit, qu'il y a lieu d'arrêter à 250 fr., sera mis à la charge de la recourante, dans la mesure où celle-ci succombe partiellement (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit de la part de l'OAI à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 750 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 octobre par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la demi-rente d'invalidité octroyée à la recourante

G.\_\_\_\_\_ sur la base d'un degré d'invalidité de 52% est maintenue au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 2007.

**III.** Un émolument judiciaire réduit de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante G.\_\_\_\_\_.

**IV.** Une indemnité de 750 fr. (sept cent cinquante francs), à verser à la recourante G.\_\_\_\_\_ à titre de dépens réduits, 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:

- Intégration Handicap, service juridique (pour G.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: