

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2010

Présidence de M. DIND

Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Perdrix , assesseurs

Greffière : Mme Pasche

Cause pendante entre :

T._____, à Ursins, recourante, représentée par Me Christine Raptis,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2 LAI; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 24 août 1974, séparée et mère de deux enfants mineurs, a travaillé à 90% en qualité d'agente de call center auprès de R._____ SA du 1er août 1999 au 30 avril 2006, date à laquelle elle a été licenciée. Elle percevait à ce titre un salaire mensuel de 4'632 francs 20, ce qu'a confirmé l'employeur.

Après avoir posé le diagnostic d'hernies discales L4-L5 médiane et L5-S1 droite, le Dr A.G._____, neurochirurgien, a procédé le 4 juillet 2005 à une hémilaminectomie L4-L5 droite, à une discectomie pour cure de hernie discale et à une stabilisation dynamique avec implant PDN solo (protocole opératoire du 4 juillet 2005). En raison d'une migration du PDN L4-L5 et d'une insuffisance segmentaire L4-L5, l'assurée a été réopérée le 24 août 2005 (protocole opératoire du 24 août 2005). Selon la Dresse V._____, médecin assistant, et le Dr W._____, médecin chef adjoint auprès de l'Hôpital [...], où l'assurée a séjourné du 7 au 20 septembre 2009, l'évolution était relativement favorable malgré la présence d'un important syndrome radiculaire déficitaire L5 à droite (rapport du 29 septembre 2005 au Dr Q._____, généraliste traitant).

Le 3 mai 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) pour adultes tendant à l'octroi d'une rente. Le 20 mai 2006, elle a en outre complété un formulaire de demande d'allocation pour impotent de l'AI, indiquant avoir besoin d'une aide régulière et importante pour effectuer les actes «se vêtir/se dévêtir», «se lever/s'asseoir/se coucher», «se laver» et «se déplacer» et avoir besoin d'un accompagnement régulier et durable pour faire face aux nécessités de la vie, ce depuis le 4 juillet 2005.

Dans un rapport médical du 3 juin 2006 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr J._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'hernies discales L4-L5 et L5-S1

et a indiqué que la patiente avait été opérée les 4 juillet et 24 août 2005. Il confirmait que les indications sur l'impotence correspondaient à ses constatations et que le pronostic était susceptible d'amélioration. Selon ce praticien, depuis qu'il avait cette patiente à charge, l'incapacité de travail avait été totale du 27 décembre 2005 au 30 avril 2006. Il estimait que la patiente présentait plusieurs limitations fonctionnelles (position assise 2 à 4 heures par jour, position debout 1 à 3 heures par jour, la même position pendant moins d'une heure, alternance des positions assis/debout, alternance assis/debout/marche, périmètre de marche inférieur à 500 mètres, limitation de l'utilisation des bras, pas de lever/porter/déplacement de charges de plus de 5kg). Il jugeait que la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était bonne et qualifiait de moyen l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical. Dans son annexe au rapport médical, il estimait que la diminution du rendement était de 100% pour l'instant, que la capacité de travail pouvait être améliorée au poste occupé jusqu'à maintenant moyennant des aménagements et que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité ne demandant pas de charge sur le dos.

Dans un rapport médical du 13 juin 2006 à l'OAI, les Drs B.G. _____ et D. _____, neurochirurgienne, ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 25 pour-cent. Une capacité de travail supérieure était possible dans un travail adapté à 50%, jugeant qu'une formation complémentaire ainsi qu'un examen complémentaire par le médecin-conseil de l'AI étaient nécessaires. Ils ont listé les restrictions suivantes: port de charges limité à 5 kg, changements de position fréquents souhaitables, porte-à-faux à éviter, port de charge répété limité à 10 kg, position assise continue limitée à 2 heures, position debout statique limitée à 2 heures, rotations bassin/épaules à éviter.

L'assurance perte de gain de l'assurée a mandaté le Dr B. _____, neurochirurgien, afin qu'il établisse un rapport d'expertise. Dans son rapport d'expertise médicale du 2 octobre 2006, ce praticien a constaté que la reprise d'une activité professionnelle n'était actuellement

pas possible, le traitement de l'assurée n'étant pas encore terminé. Il observait qu'après la fin du traitement correct de l'assurée, elle pourrait éventuellement travailler au moins partiellement, sinon à 100% dans une activité adaptée malgré un déficit radiculaire L5 droit qui ne récupérerait probablement jamais.

Le 10 octobre 2006, l'OAI a informé l'assurée que pour évaluer le droit à des prestations de l'AI, il était nécessaire de procéder à une expertise médicale. Il a mandaté à cet effet le Dr L._____, rhumatologue.

Dans son rapport d'expertise adressé le 10 janvier 2007 à l'OAI, l'expert L._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques (syndrome déficitaire L5 droit séquellaire, status post-hémilaminectomie L4-L5 et L5-S1 droite et discectomie pour cure de hernie discale avec implant PDN solo le 4 juillet 2005, status post-hémilaminectomie droite L4-L5 et ablation du PDN migré en intraspinal, Plif L4-L5 avec cage B-twin expansible le 24 août 2005, fistule de LCR lombaire en régression) et de polyinsertionite avec diminution du seuil de tolérance à la douleur. Dans l'appréciation du cas, il a notamment relevé ce qui suit:

«Du point de vue médical, elle n'est pas connue pour des antécédents personnels majeurs. Depuis l'âge de 16 ans, elle signale l'apparition de lombalgies basses récurrentes qui se sont exacerbés en 2002 sans facteur déclenchant traumatique. Devant l'exacerbation de la symptomatologie douloureuse en 2005 et devant la découverte d'une hernie discale L4-L5 et L5-S1, elle subit, le 04.07.2005, une hémilaminectomie L4-L5 droite et L5-S1 droite avec une discectomie et implant d'un PDN (prostic disc nucleus), puis d'une hémilaminectomie droite L4-L5, puis ablation du PDN migré en intraspinal avec PLIF L4-L5 et pose d'une cage B-twin expansible le 24.08.2005.

L'évolution est caractérisée par la persistance de la même symptomatologie douloureuse lombaire basse ainsi qu'une apparition d'une fistule de LCR. Celle-ci a été ponctionnée à plusieurs reprises. Aucune sanction chirurgicale n'a été retenue en raison d'une résorption spontanée.

Lors de l'examen de ce jour, on met en évidence d'une part, un syndrome lombo-vertébral modéré avec un signe radiculaire déficitaire L5 droit probablement séquellaire d'une migration de l'élément prostatique en juillet 2006. Le déficit se traduit par une diminution de la force de la

flexion dorsale du pied et du gros orteil droit ainsi qu'une absence de réflexe achilléen droite. Le déficit moteur reste cependant modéré. Elle présente aussi une hypoextensibilité des différents groupes musculaires de la ceinture scapulaire et pelvienne avec syndrome du pyramidal des deux côtés. D'autre part, elle présente des douleurs périarticulaires et polyinsertionnelles dont l'origine est probablement imputable à une polyinsertionite. En effet l'ensemble de la symptomatologie douloureuse s'inscrit en avant plan d'une nette diminution du seuil de tolérance à la douleur avec présence des points de fibromyalgies qui est probablement à insérer dans un contexte socio-familio-professionnel chargé.

Le bilan radiologique met en évidence des troubles dégénératifs mineurs avec discopathie L4-L5 et L5-S1, un status post-hémilaminectomie droit L4-L5 et L5-S1 et pose de cage à ces niveaux. Le contrôle CT-scan de août 2006 montre une régression de la grandeur de la fistule du LCR faisant évoquer une évolution spontanément favorable.

Ce sont essentiellement les douleurs lombaires, phénomènes subjectifs et non mesurables, propres à chaque individu, qui limitent essentiellement les activités physiques et professionnelles de l'assurée et qui l'empêchent d'envisager une quelconque reprise d'une activité professionnelle. Actuellement, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une compression radiculaire pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse. Les déficits neurologiques cités ci-dessus sont probablement séquellaires du status post-migration du PDN en intraspinal.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait pouvoir continuer à bénéficier d'une prise en charge en physiothérapie avec mobilisation douce, progressive, active et passive ainsi que d'étirements des différents groupes musculaires tant dans la ceinture scapulaire que pelvienne à sec et en piscine. Il paraît également judicieux que l'assurée puisse bénéficier d'une médication anti-dépressive et d'un soutien psychothérapeutique dans le but de rehausser le seuil de tolérance à la douleur. Par ailleurs, l'assurée a, de son propre gré, entrepris des traitements type ayurvédique et d'hypnose, confirmant le besoin d'une prise en charge autre que physique.

[...]

A mon avis, l'assurée présente certes un déficit séquellaire post-opératoire de L5 droit. Celui-ci ne semble cependant pas justifier une incapacité de travail totale. Ce sont essentiellement les douleurs lombaires qui limitent les activités physiques et professionnelles de l'assurée. Par ailleurs, elle ne présente pas d'amyotrophie des membres inférieurs.

L'ensemble de la symptomatologie douloureuse s'inscrit en avant plan d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur qui est probablement à insérer dans un contexte socio-professionnel et psychologique sous-jacent. Nous sommes actuellement 16 mois post-opératoires. L'évolution de la fistule du LCR semble favorable. Celle-ci ne devrait pas entraîner une impotence fonctionnelle significative. Dès lors, à 18 mois post-opératoires, la reprise d'une activité professionnelle paraît raisonnable.»

L'expert a en outre répondu de la façon suivante aux questions qui lui avaient été posées.

«B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

Du point de vue qualitatif:

L'assurée présente une limitation concernant les longs bras de levier, le port de charges répétitif à plus de 5 kg, les positions immobiles assises ou debout prolongées de plus d'une heure.

Du point de vue quantitatif:

Sa capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 30% actuellement et à 60% dès avril 2007, soit 20 mois post dernière opération neurochirurgicale puis augmentée de 10% par mois (soit 100% en août 2007).

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici:

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'assurée a stoppé son activité professionnelle en mai 2005, un essai à 30% en décembre 2006 s'est soldé par un échec avec exacerbation des douleurs lombaires mais sans péjoration neurologique.

A mon avis, actuellement sa capacité de travail est estimée à au moins 30% puis à 60% dès avril 2007, soit 20 mois post dernière prise en charge neurochirurgicale.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail? Cf. B1.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement?

Du point de vue rhumatologique, en estimant que son activité professionnelle de téléphoniste dans un Call Center nécessite des positions immobiles assises de plus de deux d'heures d'affilées, l'assurée présente une diminution du rendement de tout au plus de 70% et d'ici avril 2007 de 40%.

Cependant, une prise en charge physiothérapeutique et médicamenteuse, telle que décrite ci-dessus, pourrait améliorer le rendement.

2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une Incapacité de travail de 20% au moins?

Selon les rapports médicaux, on assiste à une péjoration de la symptomatologie douloureuse depuis mai 2005.

Cependant, en janvier 2007 une capacité de travail dans une activité adaptée aurait raisonnablement pu être exigible.

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

Elle est restée nulle jusqu'à ce jour. Un essai en décembre 2006 s'est soldé par un échec avec exacerbation des douleurs lombaires.

B. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Oui. Des mesures de réadaptation pourraient être envisageables dans une activité adaptée lui permettant d'alterner les positions assises ou debout et éviter les ports de charges au-dessus de 5 kg.

Une intelligence normale, le jeune âge et la bonne maîtrise du français et la capacité à s'adapter à différents postes professionnels dans différentes activités durant son cursus professionnel, constituent des facteurs de bon pronostic.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui par quelles mesures?

Cf. C1

Une activité telle que réceptionniste, accueil etc... pourrait raisonnablement être exigée.

L'assurée a cependant été licenciée en avril 2006.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Bonne, cependant. L'assurée est convaincue de la présence d'une invalidité sous-jacente et estime que, tant que les douleurs persistent, elle ne peut pas envisager une reprise d'une activité professionnelle.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Tel que décrit dans l'appréciation du cas, en évitant les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier, les ports de charges de plus 5 kg et en lui proposant une activité avec alternance de positions assises ou debout.

12 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

A 60% dès avril 2007 puis de manière progressive à raison de 10% par mois.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement?

Dans une activité professionnelle adaptée, du point de vue rhumatologique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement à moyen terme (soit en août 2007).»

Le 30 janvier 2007, l'OAI a demandé à l'ancien employeur de l'assurée de lui indiquer si le poste de travail de cette dernière pouvait être assumé en position alternée avec au moins un changement de position par heure, si son activité impliquait le transport répétitif de charges de plus de 5 kg, si l'aménagement du poste de travail avec une selle ergonomique était possible lors des périodes en position assise et si l'activité de l'assurée nécessitait qu'elle garde la position debout ou assise plus d'une heure. Le 15 février 2007, R. _____ SA a répondu en ces termes à l'OAI:

«L'activité de conseiller en télécommunications consiste à répondre par téléphone aux questions de la clientèle. Le collaborateur dispose d'une place de travail avec un ordinateur ainsi qu'un téléphone. Il est par conséquent évident que la position la plus courante est une position assise face à l'écran de l'ordinateur. Toutefois, il n'est pas interdit par notre règlement et donc tout à fait envisageable que les collaborateurs se mettent debout et effectuent quelques mouvements derrière leur bureau. Il peut par contre éventuellement s'avérer moins aisé de faire des manipulations sur le clavier de l'ordinateur en position debout, mais cela n'est pas impossible ni interdit, l'important pour nous consistant au service rendu à la clientèle davantage qu'à la position exacte du collaborateur derrière son bureau.

[...]

Les collaborateurs travaillent plusieurs heures avant d'avoir une pause, mais ils ne sont pas contraints de rester assis ou debout plus d'une heure de temps. [...]

En ce qui concerne le port de charge, nous vous informons que les collaborateurs n'ont aucune charge particulière à transporter, outre quelques feuilles de papier, mais qui dans tous les cas n'excéderaient pas le poids de 5 kg.

Quant à l'aménagement de la chaise utilisée, il est clair que nous disposons pour les collaborateurs de chaises «standard», mais qu'il serait tout à fait envisageable d'apporter une modification ou de rajouter un élément à ladite chaise, voire de mettre un tout autre type de siège si cela devait s'avérer nécessaire. Chaque collaborateur disposant de sa propre place de travail, certains aménagements sont possibles.»

Dans un avis médical du Service médical régional AI (ci-après: SMR) du 8 mars 2007, le Dr M._____, spécialiste médecine interne, a retenu que les diagnostics influençant la capacité de travail étaient des lombalgies chroniques avec syndrome déficitaire L5 droit dans un contexte d'hémilaminectomie et PLIF L4-L5 en 2005, ainsi que de la polyinsertionite. Selon ce praticien, l'incapacité de travail était de 100% du 5 mai au 31 novembre 2005, de 25% du 1er au 23 décembre 2005, de 100% du 24 décembre 2005 au 2 décembre 2006, de 70% du 3 décembre 2006 au 31 mars 2007, de 40% en avril 2007, de 30% en mai 2007, de 20% en juin 2007, de 10% en juillet 2007 et de 0% dès le 1er août 2007. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port répétitif de charge de plus de 5 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, possibilité d'alterner les positions assises et debout chaque heure. Il a enfin observé que d'après le courrier de R._____ SA du 15 décembre (recte: février) 2007, l'activité antérieure était adaptée.

Par courrier du 25 avril 2007 à l'OAI, l'assurée a indiqué que sa santé ne lui permettait toujours pas de travailler et qu'elle arrivait à peine à s'occuper de ses deux enfants.

Le 9 août 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er mai 2006 au 31 mars 2007, en fonction d'un taux d'invalidité de 100%, puis d'une rente entière en fonction d'un taux d'invalidité de 70% du 1er avril 2007 au 30

juin 2007, le droit aux prestations cessant le 30 juin 2007, soit trois mois après que l'assurée a recouvré un capacité de travail de l'ordre de 60 pour-cent. La motivation du projet de décision était en substance la suivante:

«Depuis le 11 mai 2005, vous avez été dans l'obligation de cesser totalement votre profession de conseillère en télécommunication, exercée à un taux d'activité de 90% auprès de l'entreprise R. _____ SA à Renens, en raison de votre atteinte à la santé.

Selon les renseignements en notre possession, vous présentez une incapacité de travail et de gain totale et ininterrompue dès le mois de mai 2005; c'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Les informations médicales recueillies dans le cadre de l'instruction de votre dossier ne nous ont toutefois pas permis de nous déterminer sur votre droit aux prestations. Dès lors, une expertise médicale a été mise sur pied auprès du Dr L. _____ à Vevey pour définir précisément l'évolution de votre incapacité de travail et les limitations fonctionnelles générées par votre atteinte à la santé.

Sur la base du rapport de l'expert, le médecin conseil du Service Médical Régional de l'Assurance Invalidité retient l'évolution suivante pour l'incapacité de travail:

du 11.05.2005	au	30.11.2005 = 100%
du 01.12.2005	au	25.12.2005 = 75%
du 24.12.2005	au	02.12.2006 = 100%
du 03.12.2006	au	31.03.2007 = 70%
dès avril 2007		= 40%
dès mai 2007		= 30%
dès juin 2007		= 20%
dès juillet 2007		= 10%

Dès lors, dès le mois de décembre 2006, votre capacité de travail a graduellement augmenté: selon l'appréciation de l'expert, celle-ci peut être considérée comme entière dès le mois d'août 2007, aussi bien dans votre activité antérieure de conseillère en télécommunication que dans toute activité adaptée à votre atteinte à la santé, respectant les limitations fonctionnelles suivantes:

- pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg
- pas de position en porte-à-faux
- pas de flexions-rotations répétées du tronc
- possibilité d'alterner les positions assise/debout chaque heure.»

Le 5 septembre 2007, l'assurée a contesté ce projet de décision, expliquant que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'expertise du 3 janvier 2007 du Dr L. _____. Elle a produit un rapport médical du 24 août 2007 du Dr J. _____ à la teneur suivante:

«Suivant actuellement cette patiente, conjointement avec le Dr S._____, force est de reconnaître que la gestion de l'antalgie est loin d'être résolue, et que des mesures thérapeutiques plus lourdes sont actuellement discutées.

Il ressort de cela l'idée de recourir à une indemnité AI, jusqu'à équilibre de traitement antalgique, avec pour but une reprise de travail, semble impossible à réaliser avec le calendrier que vous proposez.

Nous serions heureux que ce dossier soit réouvert et Madame T._____ se tient à disposition pour que l'on évalue les contraintes de la vie quotidienne sur son état de santé.»

L'assurée a également produit un rapport médical du 28 août 2007 du Dr S._____, anesthésiologue traitant, qui relève ce qui suit:

«Je lis parallèlement au Dr J._____ les conclusions du rapport que vous avez établi concernant les rentes d'invalidité de notre patiente commune.

Je suis surpris de vos constatations et en désaccord avec elles. Actuellement, le traitement de Madame T._____ est complexe; nous sommes loin d'avoir amélioré sa situation pour l'instant.

Nous sommes en train de discuter d'implants analgésiques complexes médullaires pour contrôler les symptômes. Il me paraît donc inimaginable que la patiente soit apte à une activité professionnelle à 60% et d'ailleurs je ne trouve pas dans mon dossier mention d'une telle activité professionnelle. Nous n'avons, ni le Dr J._____, ni moi-même, été consultés.»

Le 5 septembre 2007, le Dr X._____, psychiatre et psychothérapeute traitant, a quant à lui établi le rapport médical suivant:

«Madame T._____ présente un syndrome lombo-sciatalgique important et invalidant qui a été plutôt aggravé par une intervention chirurgicale malencontreuse. Le tout justifiant une demande de rente AI qui a été jusqu'ici refusée. Or, le syndrome douloureux est loin d'être résolu malgré le recours à des soins spécialisés de pointe comprenant une médication morphinique. Bien entendu, il existe dans de tels cas, une composante psychosomatique qui vient aggraver en cercle vicieux la situation; c'est pourquoi de mon côté, je poursuis une psychothérapie avec cette patiente courageuse et positive malgré les difficultés de la vie quotidienne et les souffrances encourues. La thérapie comprend également des séances d'hypnose médicale avec orientation vers une auto-hypnose à domicile pour soulager les tensions. Dans ces conditions, je partage l'avis de mon confrère le Dr J._____ d'Echallens, pour la réouverture du dossier de Mme T._____ concernant une rente A.I.»

Dans un avis médical du 3 mars 2008, le Dr H._____, du SMR, a relevé qu'il n'y avait pas de faits nouveaux dans les éléments

apportés par l'assurée et les Drs J._____, X._____ et S._____. Il concluait en ces termes:

«En conséquence rien ne nous éloigne de l'avis de l'expert Dr L._____ (10 janvier 2007) et du rapport d'examen SMR en date du 08.03.07.»

Par courrier du 11 mars 2008, l'OAI a informé l'assurée que sa contestation du 5 septembre 2007 ne lui apportait aucun élément susceptible de modifier sa position et qu'il confirmait son projet d'acceptation de rente limitée du 9 août 2007.

Le Dr S._____ a rédigé le rapport médical suivant le 19 septembre 2008 à l'attention du conseil de l'assurée:

- «1) L'état de santé actuel de Mme T._____ est stable.
2) Diagnostic définitif : failed back surgery syndrom.
3) Il est très difficile de répondre à cette question mais dans les cas de lombalgies, il est très difficile de séparer la symptomatologie pré-existante des nouvelles douleurs présentées par la patiente lors d'une opération chirurgicale lombaire. A mon sens, en tout cas les conséquences de la chirurgie jouent un rôle très net dans la symptomatologie actuelle.
4) La proportion, comme je viens de le dire, est très difficile à déterminer.
5) Il est probable que la patiente ait besoin d'une aide à long terme pour sa vie quotidienne.
6) Traitement médical actuel: les analgésiques mineurs sont associés actuellement avec des anti-épileptiques.
7) Le traitement médical actuel semble modérer la symptomatologie.
8) Le bénéfice actuel permet à la patiente une activité minime.
9) Il est probable qu'un dommage permanent soit envisagé chez la patiente.»

Par décision du 13 novembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 août 2007, octroyant ainsi à l'assurée une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1er mai 2006 au 31 mars 2007, puis une rente entière du 1er avril 2007 au 30 juin 2007, basée sur un degré d'invalidité de 70 pour-cent. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr L._____, en précisant que les divers rapports médicaux qu'elle lui avait fait parvenir n'étaient pas de nature à modifier sa décision.

B. L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 11 décembre 2008 auprès du Tribunal des assurances. Elle conclut à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée. Elle fait valoir en substance qu'elle demeure depuis le 1er mai 2005 dans l'impossibilité d'exercer une activité lucrative, ni de s'occuper de ses enfants, d'effectuer des tâches ménagères, de rester assise et de se baisser, consacrant la plupart de son temps aux diverses visites chez le médecin, naturopathe, physiothérapeute. Elle juge que le calendrier établi par l'OAI dans la décision attaquée est «absurde». Elle se réfère aux avis des Drs J._____ et S._____ et estime qu'au vu des conclusions et avis de ces médecins traitants, la décision de l'OAI est inacceptable, dès lors qu'elle n'a pas pris en compte ces deux avis et n'a pas indiqué pourquoi elle s'était écartée de l'avis des médecins traitants pour ne tenir compte que de l'expertise du Dr L._____. La recourante se plaint également d'une violation de l'interdiction de l'arbitraire, dans la mesure où l'OAI s'est basé uniquement sur le rapport d'expertise du Dr L._____ du 10 janvier 2007, alors que deux avis médicaux subséquents sont intervenus, que l'autorité intimée a écartés de façon non fondée alors qu'il s'agissait d'éléments pertinents à l'examen du cas.

Dans sa réponse du 13 février 2009, l'OAI relève qu'il a expliqué pour quelles raisons il s'est écarté de l'appréciation des médecins traitants de la recourante et propose le rejet du recours.

Dans ses déterminations du 20 mai 2009, l'assurée a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr L._____ comportait de nombreuses erreurs, notamment au niveau de l'anamnèse systématique en ce sens qu'il prétend que l'assurée ne souffre d'aucune raideur matinale articulaire, alors qu'elle ne peut se lever le matin qu'au prix d'énormes douleurs et seulement sur prise d'une importante médication antalgique. Elle explique en outre qu'au niveau de l'activité de la vie quotidienne, ses capacités ne sont effectives qu'après la prise d'une antalgie conséquente.

Dans ses observations du 17 juin 2009, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter à la décision ainsi qu'à son écriture du 13 février 2009, qu'il confirmait.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, 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 LPA-VD (Loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) - entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD) -, 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 (art. 60 LPGa), par T. _____ contre la décision rendue le 13 novembre 2008 par l'OAI.

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. La recourante fait valoir en substance qu'elle demeure depuis le 1er mai 2005 dans l'impossibilité d'exercer une activité lucrative, estimant que la décision attaquée est inacceptable, dès lors qu'elle n'a pas pris en compte les avis de ses médecins traitants et n'a pas indiqué pour quelle raison elle s'en était écartée pour ne tenir compte que de l'expertise du Dr L. _____ du 10 janvier 2007. La recourante se plaint également d'une violation de l'interdiction de l'arbitraire, motif pris que l'OAI s'est fondé uniquement sur le rapport d'expertise du Dr L. _____, alors que deux avis médicaux subséquents sont intervenus, que l'autorité intimée a écartés de façon non fondée alors qu'il s'agissait d'éléments pertinents à l'examen du cas.

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, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

D'après l'art. 16 LPGA, 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 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 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

c) 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).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte 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 351, consid. 3b/aa et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Par ailleurs, 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; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5; 113 V 273, consid. 1a; voir également ATF 112 V 371, consid. 2b, 387 consid. 1b).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413, consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 155, consid. 2; cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5).

3. a) En l'espèce, les Drs A.G._____ et D._____ avaient retenu dans leur rapport médical du 13 juin 2006 que la capacité de travail de l'assurée était de 25%, et de 50% dans un travail adapté, jugeant qu'un examen complémentaire par le médecin-conseil de l'AI était nécessaire. Afin d'évaluer le droit de l'assurée à des prestations de l'AI, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise médicale au Dr L._____, rhumatologue. Dans son rapport d'expertise du 10 janvier 2007, ce dernier pose les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et de polyinsertionite avec diminution du seuil de tolérance à la douleur. Il explique que ce sont essentiellement les douleurs lombaires, phénomènes subjectifs et non mesurables, propres à chaque individu, qui limitent essentiellement les activités physiques et professionnelles de l'assurée et l'empêchent d'envisager une quelconque reprise d'activité professionnelle. Or le bilan radiologique met en évidence des troubles dégénératifs mineurs. Quant au contrôle CT-scan d'août 2006, il montre une régression de la grandeur de la fistule du LCR faisant évoquer une évolution spontanément favorable. De l'avis de l'expert, il n'y a actuellement pas de signe parlant en faveur d'une compression radiculaire pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse. Il en déduit que compte tenu de certaines limitations (éviter les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier, les ports de charges de plus de 5 kg et en proposant une activité avec alternance des positions assises ou debout), la capacité de travail de l'assurée sera de 60% dès avril 2007, soit 20 mois post dernière opération neurochirurgicale, puis augmentée de 10% par mois pour atteindre 100% en août 2007. Il estime en outre que dans une activité professionnelle adaptée, du point de vue rhumatologique, l'assurée ne devrait plus présenter de diminution de rendement à moyen terme (soit en août 2007).

L'expertise rhumatologique du 10 janvier 2007 repose sur des examens complets, prend en compte les plaintes subjectives de la recourante et décrit clairement la situation médicale. Elle ne contient pas de contradictions et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif qui permettrait de remettre en cause ses conclusions bien motivées et convaincantes. Le Dr J._____, dans son rapport médical du 3 juin 2006, observe que le pronostic est susceptible d'amélioration et que l'on peut exiger de l'assurée qu'elle exerce une activité ne demandant pas de charges sur le dos. Le Dr B._____, mandaté en qualité d'expert par l'assureur perte de gain de l'assurée, conclut également dans son rapport d'expertise du 2 octobre 2006 que l'assurée pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée. L'expert L._____ expose en outre pourquoi son avis diffère de celui du Dr A.G._____. Les Drs M._____ et H._____, du SMR, confirment également l'appréciation de l'expert L._____ (rapports des 8 mars 2007 et 3 mars 2008). Force est dès lors de reconnaître à l'expertise du Dr L._____ une pleine valeur probante et de constater que la recourante présente une capacité de travail de 60% dès avril 2007 et de 100% dès août 2007 dans une activité adaptée, telle son activité antérieure, ou une autre activité adaptée.

b) Par ailleurs, les arguments soulevés par la recourante pour mettre en doute le rapport d'expertise (cf. chiffre 2 supra) ne permettent nullement d'en écarter la force probante. L'expert L._____ a longuement discuté la question de la symptomatologie douloureuse que mentionnent les Drs J._____ et S._____ dans leurs rapports des 24 et 28 août 2007. L'expert a par ailleurs mentionné que l'assurée avait notamment entrepris des traitements d'hypnose, comme le relève le Dr X._____ dans son rapport du 5 septembre 2007. L'expert a donc pris en considération ces symptômes dans son analyse globale du cas de l'assurée. Il y a encore lieu de relever que l'OAI a soumis les rapports des médecins traitants au SMR avant de confirmer son projet de décision. Le Dr H._____ du SMR a expliqué que ces éléments n'apportaient pas de faits nouveaux, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr L._____ et de celui du

SMR du 8 mars 2007. L'OAI a repris les explications de ce praticien lorsqu'il a adressé le 11 mars 2008 la motivation de sa décision à l'assurée. La recourante ne peut donc pas être suivie lorsqu'elle soutient que l'autorité intimée n'aurait pas tenu compte de ces éléments dans la décision attaquée et ce sans motiver sa décision. Il faut en outre rappeler qu'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 (cf. chiffre 2 let. c. supra). Quant à la violation de l'interdiction de l'arbitraire invoquée par la recourante, il convient de considérer qu'elle se plaint plus spécifiquement d'une appréciation arbitraire des preuves. Or on a vu que l'OAI a examiné tous les éléments pertinents figurant au dossier, en appréciant l'ensemble de preuves produites, notamment les avis médicaux des médecins traitants de l'assurée. Ces derniers ne font au demeurant pas état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise ou qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Dans ces circonstances, le grief d'appréciation arbitraire des preuves ne saurait être retenu. Quant au grief formulé par la recourante dans ses déterminations du 20 mai 2009, selon lequel l'expertise comporterait de nombreuses erreurs, notamment lorsqu'elle mentionne que l'assurée ne souffre d'aucune raideur matinale articulaire et s'agissant des constatations au niveau de l'activité quotidienne, sans mentionner la prise d'une médication antalgique, ce grief n'est pas pertinent. L'expert a en effet relevé dans son rapport quelle était la médication et noté que, selon les déclarations de l'assurée, les douleurs étaient soulagées lors de la prise d'antalgiques.

c) En définitive, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle retient que trois mois après le 1er avril 2007, la recourante a recouvré une capacité de travail de l'ordre de 60 pour-cent et que sa capacité de travail est entière depuis le mois d'août 2007, ce aussi bien dans son activité antérieure que dans toute activité adaptée à son atteinte à la santé et respectant ses limitations fonctionnelles. En effet, comme on vient de le voir, il doit être retenu, au regard de

l'expertise rhumatologique, que la recourante aurait pu dès cette date mettre à profit une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%, de sorte qu'elle présentait désormais un degré d'invalidité largement inférieur à 40%, entraînant la suppression de la rente d'invalidité trois mois après l'amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

4. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais de justice sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christine Raptis, avocate (pour T. _____),
- 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).

La greffière :