

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2012

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Merz  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à Russy, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 28, 29 LAI; art. 88a, 88bis RAI; art. 6,7,8,16 LPGA**

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

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1952, sans formation, a travaillé dès le 17 juin 1982 à la fondation D. \_\_\_\_\_ en tant que monitrice d'atelier. Après plusieurs périodes d'incapacité de travail de 50% et 100% entre 1998 et 2000, liées à une malformation congénitale au niveau des hanches (coxa valga ante torta bilatérale) et ayant nécessité plusieurs opérations, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente le 7 avril 2000.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) s'est notamment adressé au médecin ayant opéré M. \_\_\_\_\_, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ (ci-après: K. \_\_\_\_\_). Celui-ci a indiqué dans un rapport du 18 avril 2000 que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50%, vraisemblablement pour une très longue durée. Dans une lettre du 4 juillet 2000, il a déclaré que l'assurée ne pouvait travailler que dans une activité qui ménageait les deux hanches (travaux intellectuels, activités où le port de lourdes charges est restreint, 5 à 10 kg au maximum, travail pouvant être effectué alternativement en position assise ou debout). Il a précisé que l'activité exercée par l'assurée était adaptée et qu'il serait risqué d'entreprendre une reconversion professionnelle sans garantie d'emploi, pour tenter d'augmenter, faiblement selon lui, le rendement de l'assurée.

Ces constatations ont mené l'OAI à rendre un projet de décision le 14 février 2001 dans le sens de l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 1999 (un an après le début de l'incapacité) au 31 août 1999, puis, suite à une amélioration de l'état de santé de l'assurée, d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 1999, basée sur un degré d'invalidité de 50%. L'OAI a rendu une décision formelle dans le même sens le 23 juillet 2001, entrée en force.

**B.** En 2002, l'OAI a repris l'instruction du dossier de l'assurée dans le cadre d'une procédure de révision de la rente. A cet effet, il a à nouveau recueilli des informations, notamment auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, qui a indiqué dans un rapport du 7 avril 2002 que l'état de l'assurée se péjorait régulièrement mais lentement, que cette dernière travaillait à 50% avec beaucoup de difficultés et qu'il était à craindre une évolution vers une invalidité complète. Il a joint à son rapport une lettre du 8 octobre 2001, qu'il avait adressée au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, dans laquelle il expliquait que sur le plan orthopédique, le traitement de l'assurée ne nécessitait plus qu'une surveillance ponctuelle, mais que l'ensemble des douleurs pluri-articulaires laissaient à penser qu'une consultation ou un suivi rhumatologique serait approprié, l'assurée développant peut-être de la fibromyalgie ou une maladie de cette nature.

Concernant la possibilité de mettre en place des mesures professionnelles, le Dr W.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 25 juin 2003, s'est montré plutôt pessimiste, considérant que les spécialistes de l'OAI étaient plus à même d'en évaluer les chances de succès. Il avait expliqué au Dr S.\_\_\_\_\_ le 4 novembre 2002 que c'était sur un plan socio-économique qu'une rente entière se justifiait selon lui.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 16 juillet 2003, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'oxarthrose bilatérale débutante et de status après ostéotomie de correction des deux hanches et fibromyalgie. Il a précisé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de monitrice d'atelier était de 25%, principalement à cause de la fibromyalgie, celle-ci allant par ailleurs en s'aggravant. Il a estimé que cette activité était adaptée, pour autant qu'elle ne nécessite pas le port de charges et permette de fréquents changements de position. Une activité mieux adaptée aux limitations de l'assurée ne pouvait permettre selon lui une capacité de travail supérieure et des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, l'assurée ayant peu de chances de retrouver un emploi au vu de ses pathologies. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport une lettre du 3 juillet 2003 du Dr

L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, consulté par l'assurée en 2001 et 2003, confirmant le diagnostic de fibromyalgie.

L'assurée a été licenciée par la fondation D.\_\_\_\_\_ pour le 30 novembre 2003 en raison de son comportement. Cette dernière étant ainsi sans activité lucrative, l'OAI a demandé au Dr S.\_\_\_\_\_ d'établir un rapport rendant compte de l'évolution de son état de santé. Ce dernier a effectué une synthèse de ses précédents avis dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2005, en ajoutant au chapitre des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un état dépressif consécutif aux atteintes à la santé et au licenciement. Il a indiqué que depuis son dernier rapport du 16 juillet 2003, l'état de l'assurée s'était aggravé, celle-ci faisant l'objet d'un suivi rhumatologique par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du Centre N.\_\_\_\_\_, ainsi que d'un suivi psychiatrique par la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Interpellé par l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu, dans un rapport produit le 4 mars 2005, les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie et de trémor essentiel probable, précisant ce qui suit: "Je n'ai pas prescrit moi-même d'incapacité de travail à la période où j'ai suivi Mme M.\_\_\_\_\_. Elle était à l'arrêt de travail lorsque je l'ai vue le 03.12.2003 et nos consultations se sont limitées strictement à des objectifs thérapeutiques et antalgiques. Compte [tenu] des problèmes généraux, je peux néanmoins estimer qu'elle présentait une incapacité de 50% dans une activité de monitrice d'atelier protégé depuis cette date." Il a par ailleurs estimé que la capacité de travail de l'assurée ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

La Dresse H.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 17 mai 2005, par l'intermédiaire de Mme V.\_\_\_\_\_, psychologue déléguée. Il y est fait état d'une dépression réactionnelle au licenciement et aux douleurs physiques ayant des répercussions sur la capacité de travail et présente depuis

septembre 2003. Elle a indiqué avoir suivi l'assurée du 9 septembre 2003 au 1<sup>er</sup> juin 2004, avec pour résultat une nette amélioration, la thérapie ayant ainsi pris fin. L'assurée a continué à prendre des anti-dépresseurs pour pallier les effets de la fibromyalgie. Elle a enfin précisé que l'affection psychiatrique qu'avait présentée l'assurée ne faisait plus obstacle à la poursuite de son activité professionnelle et qu'elle ne nécessitait plus de suivi psychologique.

L'assurée a consulté un nouveau médecin, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui a rendu à l'OAI un rapport le 5 septembre 2005, retenant les diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, de symptomatologie de type fibromyalgie, de status après ostéotomie de varisation des deux hanches et de status post-résection d'un plica synovialis du genou gauche. Il a estimé la capacité de travail de l'assurée à environ 25% et décrit son état comme stationnaire, la capacité de travail ne pouvant pas être améliorée par des mesures médicales. A la question de l'exigibilité de l'activité exercée, il a répondu par la négative, précisant ce qui suit: "car malgré qu'elle [l'assurée] était monitrice, elle faisait des travaux lourds d'homme tels que tirer des palettes et autres". Il a noté une diminution du rendement dans l'ancienne activité de pratiquement 100%. Sa réponse à la question de l'exigibilité d'un travail dans une autre activité fut la suivante: "Nécessite une reconversion professionnelle de type, par exemple, travail de bureau à temps partiel, à savoir environ 50% avec un rendement qui sera à déterminer selon les capacités de la patiente lors de la réinsertion professionnelle".

L'OAI a soumis le dossier à l'appréciation de son Service médical régional (ci-après: SMR), lequel a rendu, sous la plume du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, un avis médical du 24 novembre 2005 en faisant siennes les conclusions de la Dresse H.\_\_\_\_\_, concernant l'absence d'incapacité de travail d'un point de vue psychique et les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_, concernant l'existence d'une incapacité de travail de 50% de l'assurée dans son ancienne activité, adéquate, ou dans une activité équivalente. Ont été retenues, au titre des limitations

fonctionnelles, les gros efforts de toutes sortes, le port de charges de plus de 10 à 15 kg, les marches prolongées en terrain irrégulier, ceci pour des raisons rhumatologiques.

**C.** Observant, dans un avis du 27 juillet 2006, que l'atteinte à la santé qui avait justifié l'octroi d'une demi-rente (hanches) n'était plus de même nature que l'atteinte qui justifierait dorénavant l'octroi d'une demi-rente selon l'assurée (fibromyalgie), le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé la nécessité de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer quelle affection rhumatologique pouvait être considérée comme invalidante au sens de l'assurance-invalidité et propre à justifier l'octroi de la demi-rente servie à l'assuré.

Les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et E.\_\_\_\_\_, psychiatre, ont rendu un rapport bidisciplinaire le 15 novembre 2006, rapport contresigné le 12 février 2007 par les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. On en extrait ce qui suit:

"Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathies étagées prédominant en L5-S1, troubles dégénératifs postérieurs L5-S1, troubles statiques, arthrose modérée des articulations sacro-iliaques. M54.5

- Aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Fibromyalgie.

- Status post-ostéotomie de varisation pour coxa valga.

- Status post-opération bilatérale d'un canal carpien.

- Aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

[...]

En conclusion, si les douleurs diffuses sont à intégrer dans un tableau de fibromyalgie, il existe des troubles dégénératifs et statiques du rachis, modérés, pouvant interférer avec la tolérance en station debout prolongée et le port de charges.

[...]

L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence de symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse permettant de retenir une comorbidité

psychiatrique manifeste à la fibromyalgie. Dans ce sens, les critères pour établir le diagnostic de trouble de la personnalité décompensée (pouvant être à l'origine du trouble du comportement signalé par son employeur) ne sont pas mis en évidence. Un sentiment de détresse à ses douleurs est constaté, mais le fait d'être bien entourée (famille et amis) permet à l'assurée de mieux s'adapter à ses difficultés somatiques.

[...]

Les limitations fonctionnelles:

Rachis lombaire: positions statiques debout prolongées au-delà d'1h, pas de limite en position assise; attitude en porte-à-faux; port de charges au-delà de 9 kg; mouvements répétés de flexion-extension du tronc.

Hanches: position accroupie prolongée, travail nécessitant de faire des transferts répétés depuis une voiture; périmètre de marche à plat supérieur au kilomètre.

Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

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

Depuis 2000, une incapacité de travail de 50% est reconnue dans l'activité habituelle de monitrice en atelier protégé.

Sur le plan psychiatrique, l'apparition d'un état dépressif réactionnel à son licenciement, sans répercussion sur la capacité de travail selon le rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_ de juillet 2003, a répondu favorablement au traitement psychiatrique intégral proposé, motif pour lequel une incapacité de travail n'est pas retenue.

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

La capacité de travail est restée stationnaire, les douleurs diffuses dans un contexte de fibromyalgie, ne peuvent être considérées comme une aggravation de l'état de santé somatique.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombo-sacré et des hanches aux contraintes mécaniques; dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est de 100%. L'obésité, le déconditionnement physique jouent un rôle dans les difficultés qu'à l'assurée à reprendre une activité professionnelle, elles sont réversibles sous traitement et ne sont pas à considérer comme incapacitante dans le sens de l'Assurance Invalidité.

Capacité de travail exigible:

Dans l'activité habituelle: 50%

Dans une activité adaptée: 100%

Depuis: 2000."

Le décès de l'ex-conjoint de l'assurée survenu dans l'intervalle a donné lieu à une décision de l'OAI du 26 octobre 2007, lui octroyant une rente entière d'invalidité dès le premier novembre 2007, ainsi qu'à une décision du 23 octobre 2007, lui octroyant une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 31 octobre 2007.

M.\_\_\_\_\_ a subi une nouvelle opération d'une hanche en 2008, occasionnant un séjour à Hôpital K.\_\_\_\_\_ du 24 mars 2008 au 9 avril 2008. Une deuxième opération étant à prévoir, l'OAI a jugé utile

d'interroger à nouveau le Dr W.\_\_\_\_\_. Celui-ci a rendu un rapport le 23 février 2009, renvoyant pour l'essentiel à diverses correspondances adressées au Dr S.\_\_\_\_\_. A l'occasion de l'une d'elle, du 6 octobre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ avait relevé ce qui suit:

"Pour avoir eu des suites directes post-opératoire très difficiles, la patiente a une évolution qui, sur le plan clinique et radiologique, est parfaite. En effet, à l'heure actuelle Mme M.\_\_\_\_\_ marche toujours avec une canne de convivialité, mais j'ai l'impression qu'elle boite nettement moins. La charge appliquée sur le MID [membres inférieurs droit] m'apparaît meilleure qu'avant l'intervention.

Cliniquement la cicatrice, qui a subi trois interventions, deux lors de l'ostéomie [ostéotomie] et une lors de la prothèse, a guéri à toute satisfaction avec une cicatrisation qui peut être considérée comme parfaite. La mobilité est bonne, il n'y a pas de tendance à la luxation. Le piston est négatif. Il n'y a pas de douleur à la pression ni à l'arrachement.

Radiologiquement, et c'est peut-être là la plus grande satisfaction, la prothèse sur mesure mise en place, tant au niveau du cotyle que du fût fémur, est absolument physiologique et son application, dans le fût, idéale. Il n'y a aucun liseré d'instabilité ni au cotyle, ni au niveau de la tige.

Il s'agit donc d'un résultat que je qualifierais de remarquable, si l'on tient compte de la difficulté de sa réalisation.

En ce qui concerne l'autre hanche, la patiente est peu dérangée pour l'instant. Elle a l'impression cependant qu'avec l'arrivée de l'automne elle a un peu plus mal que d'habitude. Il faut cependant tenir compte de la maladie générale qui pourrait être, dans son domaine, un masque, ceci d'autant plus que radiologiquement la hanche gauche a encore, tant au niveau du cotyle que de la tête, un aspect parfaitement normal."

Le SMR, dans un avis du 23 mars 2009, a admis une incapacité totale de travail de 4 mois (de fin mars à fin juillet 2008) liée à l'opération de la hanche droite. Pour le surplus, il a maintenu sa position, à savoir une capacité entière de travail dans une activité adaptée.

**D.** L'assurée contestant l'exigibilité médicale d'une activité à 100%, l'OAI a procédé à une approche théorique de gains dans un projet de décision du 17 juin 2009 tendant à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2008 (après 3 mois d'aggravation de l'état de santé) au 31 octobre 2008 (après 3 mois d'amélioration de l'état de santé), la demi-rente étant supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Procédant à une approche théorique du degré d'invalidité, l'OAI a en effet retenu que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel d'invalide de 40'191 fr. 90. Un tel revenu, comparé au gain sans invalidité de 53'755 fr., mettait en évidence une perte de gain de 13'563

fr. 10, correspondant à un degré d'invalidité de 25.23%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Le Dr W. \_\_\_\_\_ a tenu à compléter l'avis médical qu'il avait envoyé à l'OAI le 23 février 2009 par une lettre du 20 juillet 2009 qu'il avait adressée au Dr S. \_\_\_\_\_ et dans laquelle il indiquait que le nettoyage du genou gauche avait nettement amélioré la situation, repoussant la pose d'une prothèse. Il a ajouté que selon lui, M. \_\_\_\_\_ n'était plus apte à travailler, principalement à cause de son manque de formation.

Le 21 juillet 2009, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI, faisant valoir une pathologie évolutive qui allait nécessiter la pose prochaine de prothèses, tant du genou gauche que de la hanche gauche, ainsi qu'une fibromyalgie allant s'aggravant, le tout commandant qu'elle reste couchée trois à quatre heures par jour. Elle a en outre requis des mesures d'instruction supplémentaires.

Le SMR a maintenu sa position dans un avis médical du 18 septembre 2009, conduisant l'OAI à confirmer, par décision formelle du 5 mars 2010, la teneur de son projet de décision du 17 juin 2009.

**E.** Par acte du 12 avril 2010, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité jusqu'au 30 septembre 2003, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle reproche en substance à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des avis des médecins qui avaient conclu à une capacité de travail considérablement restreinte. Elle met en doute la valeur probante de l'examen bidisciplinaire du SMR, établi et signé dans un premier temps par un médecin psychiatre non titulaire du diplôme FMH à l'époque de la rédaction du rapport, qu'il aurait fallu compléter par une approche orthopédique.

Dans sa réponse du 17 juin 2010, l'OAI a confirmé sa décision du 5 mars 2010 et conclu au rejet du recours.

Invité à se déterminer sur le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2010, l'OAI s'est rallié, le 8 juillet 2010, à l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> juillet 2010, proposant de compléter l'instruction par l'interpellation du Dr W.\_\_\_\_\_. Ce dernier a répondu aux questionnaires produits par les parties dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> septembre 2010. Rappelant les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail liés aux problèmes de hanche et du genou gauche, il s'est prononcé, concernant les limitations engendrées par ces troubles sur les plans physique, psychique, mental et social, de la manière suivante: "N'étant ni rééducateur, ni médecin du travail, je ne peux en réalité me prononcer en l'état. Je pense cependant que l'association de la maladie de fibromyalgie et les troubles orthostatiques qu'elle engendre chez Mme M.\_\_\_\_\_, limitent énormément Mme M.\_\_\_\_\_, ce qui a des conséquences tant sur le plan physique que psychologique." Concernant le renvoi à l'exercice d'une activité adaptée, il a estimé que l'assurée avait peu de chances de mener à bien une réadaptation professionnelle compte tenu de la fibromyalgie et des douleurs inhérentes, puis de trouver une place de travail adaptée à ses besoins. Concernant une diminution du rendement, il a indiqué qu'elle pouvait être moindre dans une activité adaptée, mais que cela dépendait de l'impact de l'ensemble des symptômes observés. Concernant les périodes d'incapacité de travail de la recourante, il a indiqué ce qui suit: "Selon mes propres dossiers et selon ce que j'ai attesté je note une incapacité de travail de 100% du 24 juin 1998 au 15 août 1999 inclus. Puis un 50% dès le 16 août 1999. A nouveau un 100% depuis le 31 janvier 2000 au 31 mars 2000. Puis un 50% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000. Par la suite je ne me suis plus prononcé sur l'incapacité de travail dans le domaine opératif. En ce qui me concerne, je considère que la patiente était à nouveau à 100% d'incapacité de travail dès le 24 mars 2008, date de sa prothèse de hanche du côté droit. Je ne me suis par la suite plus prononcé sur la capacité de travail, laissant le soin à son médecin traitant de la gérer. Notons, pour répondre à une remarque du SMR, que la pose de cette prothèse a été rendue particulièrement difficile par la

fibromyalgie, que la patiente avait sur table en post opératoire une tendance augmentée à la luxation de hanche et que la rééducation n'a pas duré 3 mois chez elle, mais au minimum 6 mois, ce qui est le double du temps normal mis pour la stabilisation post opératoire d'une prothèse [...]".

Le 9 septembre 2010, la recourante s'est déterminée sur ce rapport, se ralliant à ses conclusions. L'OAI a admis pour sa part, par déterminations du 27 septembre 2010, que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail pendant 6 mois depuis le 24 mars 2008 et qu'elle avait ainsi droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2008 (3 mois après l'aggravation de l'état de santé) jusqu'au 31 décembre 2008 (3 mois après l'amélioration de l'état de santé). Il a maintenu ses conclusions pour le surplus.

**F.** La mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, orthopédique, rhumatologique et psychiatrique a été confiée aux Hôpitaux T.\_\_\_\_\_ (ci-après: Hôpitaux T.\_\_\_\_\_).

Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a ainsi rendu son rapport le 22 août 2011, spécifiant qu'il se bornait à apprécier le cas sur le plan orthopédique. Il a retenu le diagnostic de discopathies rachidiennes, avec des douleurs présentes depuis un peu plus de 20 ans, ainsi que la présence de prothèses bilatérales, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a expliqué que d'un point de vue orthopédique, le traitement mené au niveau des hanches était correct et qu'avec la mise en place de prothèses, on pouvait s'attendre à la disparition des douleurs, mais que dans certains cas, des douleurs pouvaient subsister, dont les causes peuvent être objectivées (malposition des implants, infection, usure) ou non, tout en précisant ce qui suit, s'agissant de l'assurée: "[...] les examens radiologiques montrent des implants en bonne position et l'absence de signe d'usure. L'anamnèse ne semble pas mettre en cause une infection des implants. Les douleurs au niveau des hanches peuvent également provenir des atteintes

lombaires, l'existence de la fibromyalgie étant un facteur défavorisant." Concernant les limitations en relation avec les troubles constatés, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu, compte tenu des prothèses, la limitation du port de charges et des déplacements à pied toute la journée, estimant qu'un travail de bureau serait idéal. Seule la position accroupie n'est pas recommandée et il n'y a pas de limitation temporelle du travail pour ce type d'atteinte. Concernant le genou gauche, il n'a relevé aucune limitation et concernant les discopathies, seule la limitation de port de charges est évoquée. A la question de l'exigibilité d'une activité adaptée, il a répondu par l'affirmative, tout en renvoyant au respect des limitations décrites ci-dessus. Il a cependant précisé qu'avec la très grande fatigabilité présentée par l'assurée, il semblait difficile de lui proposer un travail à 100%. Selon lui, il n'y a pas de baisse de rendement liée au volet orthopédique dans une activité adaptée. Enfin, la fibromyalgie faisait obstacle à une estimation précise du taux d'activité exigible ou du rendement.

Par lettre du 16 [26] août 2011 adressée au mandataire de la recourante, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'a pas contesté les conclusions de l'expert, mais renvoyé à la nécessité d'évaluer le cas dans sa globalité.

Se déterminant le 26 août 2011, la recourante a maintenu sa demande d'expertise pluridisciplinaire.

Le 6 septembre 2011, le SMR s'est déterminé à son tour, indiquant ne pas modifier sa position, tout en relevant certaines lacunes de l'expertise. L'OAI s'est rallié aux conclusions du SMR le 14 septembre 2011, proposant le maintien de la décision querellée.

**G.** La mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique a été confiée au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport produit le 9 décembre 2011 par cet expert, on extrait ce qui suit:

"[...] Le diagnostic s'oriente aujourd'hui vers ce que décrit l'entité clinique de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique stricto sensu, l'expertisée est

toujours restée peu symptomatique. Il y a la notion d'un suivi psychothérapeutique non médicalisé entre 2003 et 2004 et une évolution favorable. Il n'y a jamais eu d'arguments pour une pathologie psychiatrique majeure.

[...]

Appréciation diagnostic:

Au terme de son évaluation, le soussigné ne retient qu'un simple trouble anxieux et dépressif mixte. [...] La CIM-10 définit une catégorie diagnostique de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) pour la situation clinique où il y a à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Il s'agit par conséquent de situations où les éléments anxieux et dépressifs sont tout au plus légers.

Pour qu'on puisse poser ce diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, le tableau clinique doit encore être associé à des symptômes neurovégétatifs (tremblements, gêne épigastrique, palpitations, sécheresse buccale, etc.).

Dans le cas présent, l'assurée rapporte effectivement une symptomatologie dépressive de peu de sévérité. On n'a qu'un signe cardinal. Il s'agit de la fatigue qui a un caractère quasi permanent. Les autres critères cardinaux (tristesse, anhédonie) sont inconstants et ne peuvent dès lors pas être notés ici.

Pour le solde, on sait des troubles attentionnels avec des oublis, les troubles du sommeil liés aux douleurs, la diminution de l'appétit, des idées suicidaires occasionnelles et qui n'ont pas de caractère récurrent.

Mme M.\_\_\_\_\_ se dit aussi soucieuse et anormalement anxieuse. On n'a pourtant pas les signes et symptômes d'un trouble anxieux spécifique. Comme dit plus haut, il n'y a pas d'attaques de panique, d'évitement phobique ou de symptomatologie obsessionnelle et compulsive franche.

L'assurée rapporte des symptômes neurovégétatifs occasionnels de type vertiges, oppression thoracique et respiration difficile.

Au vu de tous ces éléments, il est justifié de retenir ici ce que désigne le trouble anxieux et dépressif mixte tel qu'il est décrit dans la CIM-10.

• Autres pathologies psychiatriques

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Le soussigné a recherché minutieusement des troubles du registre anxieux et dépressif spécifique. Il n'en a pas trouvés. Il n'y a pas de pathologie en rapport avec les substances psycho actives et les conduites alimentaires, en l'état des informations à disposition. Il n'y a certainement pas d'affection cérébro organique. Il n'y a rien pour une pathologie psychotique floride.

Les collègues somaticiens retiennent constamment un diagnostic de fibromyalgie. A ce sujet, on peut rappeler que le clinicien peut être confronté à un choix terminologique entre fibromyalgie et syndrome douloureux somatoforme persistant lorsqu'il est en présence du tableau douloureux dont il est question ici.

Si les règles de la CIM-10 sont strictement appliquées, le syndrome douloureux somatoforme persistant doit être écarté, dans la mesure où le diagnostic "rhumatologique" de fibromyalgie est formellement retenu, comme c'est le cas ici. La fibromyalgie est censé "expliquer" les plaintes du patient, ce qui doit exclure un trouble somatoforme, par définition. Si le clinicien veut être rigoureux, il ne doit pas cumuler les deux entités diagnostiques.

Lorsque ce tableau douloureux survient, comme le décrit la CIM-10, "dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par le clinicien comme la cause essentielle du trouble", le psychiatre préfère poser un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Dans le cas présent, le tableau psychopathologique se montre plutôt discret. Il y a quelques éléments anxieux et dépressifs, sans plus. Le parcours de l'assurée n'est pas celui d'une patiente psychiatrique. Le soussigné ne voit dès lors pas de motif à retenir une entité diagnostique du chapitre des troubles somatoformes.

[...]

Sachant qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, en dessous du seuil d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, il est bien évident qu'on ne saurait le corrélérer à de quelconques limitations psychiatriques significatives et à une incapacité de travail en conséquence.

[...]

Le tableau psychiatrique actuel se résume à un seul trouble anxieux et dépressif mixte qui est une entité clinique fréquemment rencontrée en médecine générale et qui, le plus souvent, ne nécessite pas de prise en soins spécifique.

En l'état, le soussigné ne retient dès lors pas d'incapacité de travail psychiatrique. Il n'y en a jamais eue, sachant que l'histoire de l'assurée parle constamment contre une psychopathologie grave.

Le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité. La question de supprimer la médication antidépressive reste ouverte et doit être prudemment appréciée par le médecin traitant.

Le soussigné n'a pas de mesures à proposer sur le plan professionnel puisqu'il ne retient pas de limitations ni d'incapacités psychiatriques dans ce cas.

Sur le plan strictement psychiatrique, le pronostic n'est théoriquement pas mauvais, sachant que le trouble anxieux et dépressif mixte n'est pas une affection mentale grave et que l'évolution de ce trouble n'est a priori pas défavorable, lorsqu'il est isolé."

Par lettre du 23 décembre 2011 adressée à la recourante, le Dr S. \_\_\_\_\_ a déclaré se rallier aux conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, persistant toutefois à retenir une incapacité de travail d'au moins 50% en raison des seules affections physiques, soit la fibromyalgie et les multiples atteintes dégénératives touchant les hanches, les genoux et la colonne notamment.

Par acte du 6 janvier 2012, la recourante a fait savoir qu'elle était suivie par une psychiatre, la Dresse V. \_\_\_\_\_, depuis le mois de septembre 2011, à raison d'une à deux fois par mois, ce qu'avait omis de noter le Dr C. \_\_\_\_\_, se proposant dès lors de soumettre le rapport d'expertise à l'avis de cette dernière.

L'OAI s'est rallié le 12 janvier 2012 aux conclusions des deux experts judiciaires et a conclu à la réforme de la décision attaquée, dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière jusqu'à fin décembre 2008, et non pas fin octobre 2008, sa décision devant être maintenue pour le reste. La suppression de la rente à fin décembre 2008 se justifiait du fait que la décision initiale de reconnaissance du droit à une demi-rente était manifestement erronée, cette prestation ayant été octroyée sur la base de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, sans que soit investiguée la question du préjudice économique, ni celle de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans ses déterminations du 29 février 2012, la recourante a estimé que si sur le plan psychiatrique, la question pouvait être laissée ouverte au vu de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail sur le plan orthopédique était clairement invalidante. Elle a ainsi maintenu ses conclusions.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modification légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b).

**b)** Le Tribunal fédéral a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux

d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA ainsi que de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI ([loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20]; ATF 130 V 243 consid. 2 et 3.6; TF I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2). La 5<sup>e</sup> révision de la LAI n'a pas non plus apporté de modifications substantielles aux principes régissant l'évaluation du degré d'invalidité selon le droit antérieur, de sorte que l'ancienne jurisprudence demeure valable dans ce domaine (TF 8C\_373/2008 du 28 août 2008, consid. 2.1).

**c)** Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Fribourg le 12 avril 2010. N'étant pas compétent à raison du lieu, ce dernier a transmis la cause à la Cour de céans, comme objet de sa compétence. Le recours est réputé formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

**d)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur la mesure des prestations de l'assurance-invalidité à allouer à la recourante au regard de sa capacité de travail résiduelle dans une activité qui serait adaptée à son état de santé.

**3. a)** Selon le droit fédéral, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

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

**b)** L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins, la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité (art. 28 et 29 LAI). L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon 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.

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 conformément à l'art. 17 LPGA. Cela vaut également pour

d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. 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 133 V 545 consid. 6.1 ; TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 4 ; TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; voir également ATF 125 V 368 consid. 2; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

Si la capacité de travail ou de gain d'un assuré s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée, en fonction de cette amélioration. La modification interviendra 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 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). La diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 lit. a RAI).

**c)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; 125 V 351, consid. 3a; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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; 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254; 9C\_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1; 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**d)** Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de

manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**4. a)** Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que la recourante présente une atteinte aux hanches liée à une malformation ayant nécessité plusieurs opérations et la pose de prothèses, ceci induisant des limitations fonctionnelles, telles que le port de lourdes charges et les déplacements fréquents. Sont litigieuses les questions de l'influence sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée des atteintes aux hanches et au genou gauche, ainsi que l'incapacité de travail induite par l'opération de la hanche que l'assurée a subie en 2008.

Les avis des médecins traitants de la recourante manquent de cohérence s'agissant de quantifier l'incapacité de travail générée par les atteintes aux hanches et au genou gauche, cette problématique étant étroitement liée à celle de l'existence d'une fibromyalgie, incapacitante selon eux. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a toutefois noté à plusieurs reprises le succès du traitement de l'atteinte aux hanches (lettres des 8 octobre 2001, 4 novembre 2002, 23 février 2009, 24 novembre 2010), ainsi que du nettoyage du genou gauche (lettre au Dr S. \_\_\_\_\_ du 20 juillet 2009). Le SMR retient pour sa part les seules limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus et ainsi une capacité entière de travail dans une activité adaptée.

La nature particulière des douleurs rapportées par la recourante et les avis divergents des médecins traitants et du SMR sur

cette question ont conduit à mettre en oeuvre une expertise judiciaire, confiée au Dr F.\_\_\_\_\_. Ce dernier a confirmé le succès des traitements des hanches et du genou gauche, retenant les mêmes limitations fonctionnelles que celles admises tant par les médecins traitants que par l'OAI. Il lui semblait cependant difficile d'exiger de la recourante une activité à temps complet, mais ceci en raison de la fibromyalgie. Du strict point de vue orthopédique, relevant de son domaine de compétence, il n'a toutefois pas retenu de baisse de rendement dans une activité adaptée. Le Dr W.\_\_\_\_\_ ne s'est quant à lui pas opposé aux conclusions de cet expert, mais s'est borné à relever la nécessité d'une évaluation globale du cas.

Concernant l'incapacité de travail liée à l'opération de la hanche de la recourante en 2008, le SMR avait en premier lieu admis une incapacité totale de 4 mois dans son avis du 23 mars 2009. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_ a cependant relevé que la rééducation avait duré 6 mois. L'OAI s'est rallié à ce constat objectif et a modifié ses conclusions en conséquence, admettant une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 31 décembre 2008.

**b)** Sur le plan psychiatrique, les médecins traitants ont retenu les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif, tous deux ayant des répercussions sur la capacité de travail.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ notait dans son rapport du 7 avril 2002 une péjoration de l'état de santé de la recourante, craignant une évolution vers une invalidité complète. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de fibromyalgie incapacitante par la suite (rapport du 22 octobre 2003 notamment). Ce diagnostic a été confirmé par le Dr S.\_\_\_\_\_ (rapport du 16 juillet 2003, 1<sup>er</sup> mars 2005), le Dr L.\_\_\_\_\_ (lettre du 3 juillet 2003), ainsi que par le Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport du 4 mars 2005).

Concernant l'état dépressif, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 17 mai 2005 que la recourante ne nécessitait plus de suivi psychiatrique, ne présentant aucune incapacité de travail sur ce plan.

Le SMR, dans son rapport du 12 février 2007, a renvoyé aux limitations fonctionnelles déjà admises, mais considéré que la fibromyalgie, dès lors qu'elle n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique, ne pouvait être qualifiée d'incapacitante, ceci en vertu de la jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux, applicable par analogie.

Dans son rapport d'expertise judiciaire, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, la seule présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte n'étant pas incapacitante. Le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est par ailleurs rallié aux conclusions de cet expert, relevant néanmoins, tout comme le Dr W.\_\_\_\_\_, une incapacité liée à la globalité de la situation de la recourante. Cette dernière a finalement observé que si la question d'une invalidité sur le plan psychiatrique pouvait être laissée ouverte, les atteintes sur le plan orthopédique étaient clairement invalidantes.

**c)** Vu l'évolution significative de l'état de santé de la recourante, il y a lieu d'admettre un changement réel des circonstances, justifiant l'application de l'art. 17 LPGA (supra consid. 3b). L'OAI était donc fondé à procéder à la révision du cas.

Tant le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ que celui du Dr C.\_\_\_\_\_ satisfont aux critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée au considérant 3c ci-dessus. Les rapports médicaux des médecins traitants ne livrent par ailleurs pas d'éléments objectifs susceptibles de remettre en cause les conclusions de ces deux experts. En effet, ils se bornent à évoquer une invalidité fondée sur la globalité des atteintes, tout en admettant que l'état de santé de la recourante est objectivement bon au plan somatique, convenant par ailleurs de l'absence de réelles atteintes au plan psychique. Ainsi, au regard de leurs domaines de compétence respectifs, les Drs F.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ seront suivis dans leurs conclusions, ce qui conduit à admettre

le bien-fondé de la révision du droit aux prestations, respectivement la suppression de toute rente.

**d)** Des considérants qui précèdent, il résulte que, partiellement mal fondée, la décision du 5 mars 2010 de n'octroyer une rente entière d'invalidité que pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 31 octobre 2008 doit être réformée en ce sens que cette rente entière sera servie jusqu'au 31 décembre 2008, date à compter de laquelle l'assurée bénéficiera à nouveau du droit à une demi-rente tel que précédemment reconnu. Pour le reste, la décision dont est recours doit être confirmée en ce sens qu'il se justifie, dès lors que le calcul de l'intimé conduisant à retenir un degré d'invalidité de 25.23% s'avère correct (cf. partie faits, lettre D), de supprimer dite demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la notification de la décision, conformément à l'art. 88bis al. 2 RAI.

**5.** 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'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, la recourante n'obtient que très partiellement gain de cause. Ainsi, représentée par un mandataire professionnel, elle peut prétendre à l'octroi de dépens réduits, qu'il y a lieu d'arrêter à 900 fr., à la charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis par 300 fr. à la charge de la recourante et par 100 fr. à la charge de l'intimé.

**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 rendue le 5 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que M.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 31 décembre 2008. La demi-rente d'invalidité due à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 est supprimée dès le 1<sup>er</sup> mai 2010.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M.\_\_\_\_\_ une équitable indemnité de 900 fr. (neuf cents francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante à raison de 300 fr. (trois cents francs) et de l'OAI à raison de 100 fr. (cent francs).

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour M.\_\_\_\_\_),
- 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 :