

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Rossier et M. Monod, assesseurs
Greffière : Mme Vuagniaux

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à Pully, recourante, représentée par Me Christophe Tafelmacher, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. H._____, née en [...], secrétaire, a déposé le 17 juin 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en faisant état d'une discopathie, d'une hernie et d'une dépression et en sollicitant l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 4 octobre 2004, le Dr Z._____, chef de clinique à l'Hôpital E._____ (ci-après : l'Hôpital E._____), a indiqué qu'il avait examiné l'assurée le 1^{er} octobre 2004 et que celle-ci présentait des lombo-sciatalgies gauches dans un contexte manifeste de surcharge personnelle associant un mobbing sur son lieu de travail et une non-reconnaissance à un déconditionnement musculaire global.

L'assurée a bénéficié d'une prise en charge intensive et pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique à l'Hôpital E._____, du 21 janvier au 18 février 2005. Le 28 février 2005, la Dresse X._____, médecin associé, a diagnostiqué des lombocruralgies gauches sur hernie discale L2-L3, des discopathies pluriétagées (L4-L5 et L5-S1), un déconditionnement musculaire global, des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, et un trouble panique. Pour la part psychiatrique, dans son rapport de consultation du 3 février 2005, le Dr D._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de trouble panique (F41.0).

Dans un rapport médical du 11 mars 2005, le Prof. F._____, neurochirurgien FMH, a apprécié le cas comme suit :

« La hernie discale L2-L3 est indiscutable et cette dernière semble majeure, mais elle ne menace toutefois pas la queue de cheval.

Radiologiquement, cette hernie devrait être en mesure d'influencer le départ radiculaire L3 droit, mais en principe, pas le gauche.

Dans cette situation, il ne me semble pas y avoir assez de corrélation entre les plaintes, les trouvailles cliniques et les images radiologiques pour pouvoir proposer une opération avec un bon

espoir de soulager la patiente. C'est surtout la divergence entre les côtés gauche et droit qui fait penser que d'autres facteurs que la hernie, jouent un rôle.

Il y a certes un contexte très chargé, surtout professionnellement.

La patiente est également sous Eflexor pour dépression qui aurait déjà été relativement majeure.

Dans cette situation, il ne faut pas se lancer dans une intervention sans arguments valables de corrélation anatomo-clinique (...) ».

Le 3 mai 2005, le Dr Z._____ a établi le certificat médical suivant :

« Ce certificat est établi à la demande de la personne susnommée.

Le médecin soussigné certifie suivre à sa consultation [...] à l'Hôpital E._____ Madame H._____ pour des problèmes lombaires, contexte où des facteurs psychologiques influencent grandement le ressenti douloureux. En effet, les examens radiologiques n'expliquent de loin pas les symptômes que présente la patiente. Par contre, comme dans tous ces états douloureux, la persistance de facteurs psychologiques (stress, relations sur le lieu de travail, etc.) influencent grandement ces problématiques. En effet, le traitement hospitalier qui avait permis une exclusion du lieu de travail avait nettement amélioré les douleurs, ce qui n'était plus le cas dès que la patiente a été confrontée à l'activité professionnelle ».

Dans un rapport du 24 juillet 2005, le Prof. F._____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une hernie discale L2-L3 gauche en voie de résorption spontanée, une discopathie L4-L5 et L5-S1, une périarthropathie de la hanche gauche, une dépression et des problèmes professionnels.

Le 25 juillet 2005, le Dr L._____, généraliste FMH et médecin traitant, a posé le diagnostic, ayant une influence sur la capacité de travail, de syndrome lombaire douloureux chronifié secondaire à des discopathies étagées et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Entre autres limitations fonctionnelles, il a estimé que sa patiente ne pouvait pas lever, porter et déplacer des charges de plus de deux kilos. Il indique une incapacité de travail reconnue médicalement de 100 % du 27 janvier au 19 février 2005, de 50 % du 20 février au 15 juin 2005 et de 100 % à partir du 16 juin 2005. Compte tenu des limitations fonctionnelles, il estime la capacité de travail

à 50% en raison du dos dans la profession de secrétaire ou de présentatrice en produits cosmétiques. Il a exposé le cas comme suit :

« Cette patiente présente des dorso-lombalgies depuis une vingtaine d'années, qui ont évolué en lombosciatalgies à répétition depuis une dizaine d'années. En été 2004, l'aggravation est sérieuse, avec des manifestations sensitivo-motrices à gauche. Une hospitalisation de 3 semaines avec rééducation à l'hôpital E._____ a été momentanément bénéfique. Des infiltrations interfacettaires et péri-radiculaires l'ont soulagée fugacement. Elle a alors consulté le Professeur F._____, neurochirurgien, qui ne trouve pas une assez bonne corrélation entre la clinique et l'imagerie pour poser une indication opératoire.

Tout ceci évolue dans un contexte socio-professionnel pénible évocateur d'un mobbing depuis 2002.

Par ailleurs, elle présente des épisodes dépressifs récurrents avec manifestations anxieuses depuis plusieurs années, qui se sont aggravées depuis 2002 ».

Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 18 octobre 2005, le contrat de travail de l'assurée, qui avait débuté le 1^{er} mai 1983, devait prendre fin au 30 novembre 2005. Depuis le 1^{er} janvier 2005, son salaire serait de 7'293 fr. 23 par mois, treize fois l'an.

Mandaté par l'OAI, le Centre d'expertise médicale, à Genève (ci-après : le CEMed), a procédé à un examen interniste et rhumatologique le 4 juin 2007 (Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation) et à un examen psychiatrique les 14 et 19 juin 2007 (Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie).

Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 9 octobre 2007, les experts ont notamment exposé ce qui suit :

« **A.4 DIAGNOSTIC**

A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombocruralgies gauches sur hernie discale L2-L3
- Troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1
- Légère arthrose du pouce droit et poussée d'arthrose dans les articulations interphalangiennes distales des 2^{ème} et 3^{ème} doigts de la main droite
- Trouble dépressif récurrent avec actuellement épisode d'intensité moyenne (CIM-10 : F33.1).

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Hypercholestérolémie

A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

(...)

En résumé, cette assurée souffre depuis une vingtaine d'années de lombalgies dues à une discopathie L3-L4 avec une exacerbation dans un contexte mixte, avec d'une part une hernie discale en progression et une manifestation dépressive, et d'autre part, un conflit professionnel évident. Si l'affection somatique entraîne bien une limitation pour toute activité physique mettant en contribution la charnière lombaire, ce n'est toutefois que l'affection psychique qui entraîne une limitation dans l'activité exercée jusqu'à présent. Cependant, nous ne soutenons pas une incapacité totale, attestée par le médecin traitant. Ce taux très élevé, relève à notre avis de la situation professionnelle conflictuelle lorsqu'elle atteignait son point culminant, mais pas de la situation médicale.

Le pronostic médical est restreint. D'une part, il s'agit d'un trouble dégénératif du rachis qui n'est pas réversible et, d'autre part, l'affection psychique s'est chronicisée depuis environ quatre ans et s'entretient actuellement encore par un conflit professionnel qui ne semble toujours pas réglé définitivement. Le pronostic pour une réinsertion professionnelle nous semble bien plus dépendre de ce dernier facteur [...].

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au plan physique : l'assurée présente un trouble dégénératif du rachis lombaire se traduisant cliniquement par un syndrome lombovertébral, ce qui diminue sa tolérance envers des efforts physiques lourds et répétitifs tels que soulever et porter des charges au-delà de 8 à 10 kilos, les positions fixes penchées en avant, et les activités en porte-à-faux du dos.

Au plan psychique et mental : le trouble dépressif diminue la capacité d'adaptation de l'assurée, ce qui se traduit aussi par une diminution de son rendement pour toute activité.

Au plan social : il n'y a pas de répercussion.

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

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

Alors que les limitations physiques n'ont pas de répercussion, l'atteinte psychique a conduit à une situation de mobbing aboutissant à une mise en retraite anticipée.

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

A part une diminution du rendement, l'assurée a gardé les facultés entières pour effectuer son activité exercée.

B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

A plein temps.

B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui de l'ordre de 50 %.

B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20 % ?

Depuis début 2005.

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

Il est resté stable.

B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Oui ».

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2007 annexé au rapport d'expertise interdisciplinaire, le Dr N. _____ a en outre indiqué ce qui suit :

« **A.3 Status clinique**

L'assurée vient à l'heure aux rendez-vous. Elle est vêtue correctement et est soignée de sa personne. Elle se montre coopérative et répond à toutes les questions de l'expert.

Son discours est clair et fluide. Son vocabulaire est dans la norme. Elle a une certaine difficulté à évoquer les événements de sa vie dans la chronologie.

L'assurée ne présente pas de problème de cognition. Elle ne présente pas de problème mnésique. Elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace.

Durant les entretiens, elle n'a pas présenté d'hallucination auditive, visuelle ou sensorielle ni de délire ou de trouble psychosensoriel.

Lors de l'investigation clinique, on peut également relever que l'assurée semble présenter une baisse de l'humeur. Elle paraît avoir une baisse de l'énergie avec une augmentation de la fatigabilité et une diminution des activités. Des efforts minimes semblent entraîner une fatigue importante. Elle aurait une diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables (elle n'a plus envie d'entrer en contact avec ses amies). Elle semble avoir une diminution de la concentration et de l'attention (elle a de la peine à se rappeler la chronologie de ses événements de vie). Elle paraît présenter une baisse de l'estime de soi et des idées de dévalorisation. Elle semble avoir parfois des idées suicidaires (notamment en 2003). Elle aurait un sommeil très perturbé avec une difficulté à s'endormir, des réveils nocturnes et un réveil matinal précoce. Elle consommerait un à deux verres de vin par jour.

A.4 DIAGNOSTICS

A.4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail

Episode dépressif récurrent d'intensité moyenne F33.1 (répercussion sur le rendement).

A.4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

Néant.

Depuis quand sont-ils présents ? L'état dépressif récurrent est présent depuis au moins 2003, son médecin traitant mentionnant, dans rapport du 13 décembre 2005, que l'assurée a eu des idées de suicide en 2003.

Remarques sur le diagnostic : Mme H. _____ ne présente **pas de trouble de la personnalité**. Nous n'avons relevé, ni dans ses données anamnestiques, ni au cours des entretiens, de modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Elle ne présente pas de déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. Si Mme H. _____ parle d'une enfance difficile avec le sentiment d'être dénigrée, elle a réussi à s'adapter à la scolarité, à faire une formation professionnelle et à travailler durant 12 ans en tant que secrétaire de direction. Elle est arrivée à retrouver des emplois après des licenciements dus à la fermeture des entreprises qui l'employaient. L'assurée a décidé de ne pas se marier après avoir été témoin de violentes disputes entre ses propres parents. Elle a pris l'initiative de renouer contact avec son frère, après une dispute qui a duré 12 ans.

L'assurée ne présente **pas de trouble somatoforme**. Elle ne multiplie pas les demandes d'investigations médicales, n'a pas de comportement histrionique et n'essaye pas d'attirer l'attention des médecins. Elle est tout à fait consciente que les symptômes sont en relation avec des facteurs psychiques. Elle n'est pas dans un contexte psychosocial difficile et ne reçoit aucune aide de son entourage.

Mme H. _____ ne présente **pas de somatisation**. Les plaintes somatiques ne sont pas multiples et variables et ont été expliquées par un trouble somatique (hernie discale).

A.5 Appréciation du cas et pronostic

En raison de la problématique physique et des problèmes qu'elle a rencontrés dans son activité professionnelle, la capacité d'adaptation de Mme H. _____ a diminué. Les épisodes dépressifs étant récurrents, l'évolution de sa problématique psychique est réservée.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

Il n'est pas du ressort de l'expert d'évaluer les capacités de travail de Mme H. _____ en fonction de sa problématique physique.

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

Au plan physique : se référer au rapport du centre d'expertise médicale.

Au plan psychique et mental : en raison de son état dépressif récurrent d'intensité moyenne, Mme H. _____ présente une baisse de l'humeur, une augmentation de la fatigabilité, une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de la confiance en soi qui diminuent sa capacité à satisfaire aux exigences de

rendement de la vie professionnelle. Ces troubles diminuent également sa capacité à avoir une activité exigeant des relations avec une clientèle.

Au plan social : il n'y a pas de limitation au point de vue social. Mme H. _____ a pris l'initiative de renouer des liens avec son frère. Elle a des amis qu'elle voit de temps en temps.

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

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

L'abaissement de l'humeur, l'augmentation de la fatigabilité, la diminution de la concentration et de l'attention, la perte de l'estime de soi diminue sa capacité de rendement dans son activité professionnelle en rendant difficile un contact avec une clientèle.

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

L'assurée a gardé ses facultés professionnelles et présente des ressources suffisantes pour les mobiliser. Cependant elle présente un ralentissement dans l'exécution ce qui entraîne une diminution de son rendement.

B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui. D'un point de vue psychique, l'activité exercée jusqu'ici est exigible à plein temps soit 42 heures par semaine. Il faut relever que l'assurée a été mise en retraite anticipée et qu'elle s'est recyclée dans une activité de vente de cosmétiques.

B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui. D'un point de vue psychique, il y a une diminution de rendement de 50 %.

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

D'un point de vue psychique, le rendement a diminué au taux indiqué ci-dessus depuis la fin du mois de janvier 2005.

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

Le degré d'incapacité de travail est resté stationnaire.

B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter son environnement professionnel ?

Oui, l'assurée est capable de s'adapter à son environnement ».

Le 11 juin 2007, l'assurée a écrit au CEMed pour l'informer qu'en raison de la fatigue et de son mal de dos, elle n'avait pas pu répondre à toutes les questions qui lui avaient été posées lors du second entretien. En résumé, elle a exposé que cela faisait deux ans qu'elle se recyclait dans la vente de cosmétiques à domicile, que cette activité lui permettait de garder des contacts avec l'extérieur, mais que sa vie privée

était déserte dès lors qu'elle devait annuler les invitations à cause de ses douleurs.

Dans un avis du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 3 décembre 2007, le Dr W. _____ a indiqué ce qui suit :

« Sur le plan physique : les diagnostics retenus sont lombocruralgies gauches sur hernie discale L2-L3 ; troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1 ; légère arthrose du pouce droit ainsi qu'une hypercholestérolémie. Les limitations fonctionnelles dues à ces troubles de la colonne vertébrale selon l'expert sont : diminution de la tolérance aux efforts physiques lourds et répétitifs (soulever et porter des charges au-delà de 8-10 kg), aux positions fixes penchées en avant et les activités en porte-à-faux du dos. A ces limitations fonctionnelles nous rajoutons l'impossibilité de travailler à la chaîne et sur machine vibrante. Toujours selon l'expert, ces limitations fonctionnelles n'ont pas de répercussion sur l'activité exercée jusqu'à présent. Il ajoute qu'il existe une discordance entre les constatations objectives des atteintes lombaires et les plaintes de l'assurée surtout en ce qui concerne leur localisation et leur intensité. Nous sommes pleinement en accord avec cette partie de l'expertise.

Sur le plan psychiatrique : l'expert avance le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne (F33.1) avec répercussion sur le rendement, mais il y a absence de troubles de la personnalité ni de trouble somatoforme.

Nous contestons ce diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne car les critères CIM-10 d'un trouble dépressif d'intensité moyenne ne sont pas atteints :

- Critère B1 : abaissement de l'humeur (tristesse) inhabituel, nettement anormal toute la journée, chaque jour, sans influence des circonstances. *L'assurée met en avant les douleurs qu'elle ressent, prétend elle-même que la diminution de ses activités sociales sont dues à ces douleurs, mais néanmoins fait trois fois par jour une promenade de 20 minutes avec son chien, s'est elle-même réadaptée en investissant dans le domaine du commerce à domicile de produits de beauté, prend soin de son apparence pour remplir ces nouvelles fonctions et montre une attitude très revendicatrice tant à l'encontre de son employeur estimant avoir le droit de demander réparation. Dans une lettre adressée aux experts après les entretiens, l'assurée mentionne elle-même se battre actuellement sur deux fronts à la fois concernant ses droits, [...] son dernier employeur et l'AI pour obtenir une rente considérant sa rente AVS insuffisante pour couvrir ses besoins. Critère non retenu.*
- Critère B2 : diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités auparavant agréables. *L'assurée continue à avoir une vie sociale, rencontrer et sortir dîner avec des amis mais toujours selon ses affirmations, c'est à cause des douleurs qu'elle doit parfois renoncer à ses sorties. Ses intérêts pour réussir dans la vente des cosmétiques se sont maintenus et même développés puisqu'à ce jour elle arrive à en tirer un*

revenu et dit elle même tenir à conserver cette activité. Elle se plaint elle-même que ses revenus actuels ne lui permettent pas d'avoir toutes les activités de loisirs qu'elle souhaite faire. Critère non retenu.

- Critère B3 : perte de l'énergie, grande fatigabilité, diminution nette des activités habituelles. *Ce n'est pas le cas non plus, l'assurée continue à faire par exemple son ménage même si pour cela et en raison des douleurs elle doit « fractionner » les tâches lourdes. Elle a l'énergie d'envoyer une lettre dactylographiée de plusieurs pages au lendemain de ses entretiens lors de l'expertise pour s'assurer que les experts ont compris le bien fondé de ses revendications. Certes l'assurée se plaint d'une certaine fatigabilité mais cela toujours en relation avec les douleurs dorsales. Critère discutable.*
- Critère C1 : perte de l'estime de soi et de la confiance en soi : *une personne âgée de 60 ans qui a le courage et les ressources pour entreprendre par elle-même sans aucun soutien une réadaptation dans laquelle elle se forme (suivi de cours de formation) fait des investissements financiers ne peut être taxée de perte d'estime et de confiance en soi. Critère non retenu.*
- Critère C2 : Sentiments injustifiés de culpabilité, culpabilité excessive ou inappropriée. *C'est tout à fait le contraire, l'assurée montre depuis sa mise à la retraite anticipée une attitude revendicatrice vis-à-vis de son ancien employeur mais également de la société estimant qu'à son âge elle a suffisamment travaillé et a le droit à une rente AI en complément de sa rente AVS qu'elle dit elle-même n'est pas au niveau qu'elle devrait être. Critère non retenu.*
- Critère C3 : pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires, comportement suicidaire. *L'expert dit bien que l'assurée a eu des idées suicidaires en 2003, mais ceci est bien avant sa mise à la retraite anticipée. On ne peut retenir ce critère actuellement.*
- Critère C4 : diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer. *C'est effectivement une des plaintes formulées par l'assurée et nous pourrions éventuellement retenir ce critère.*
- Critère C5 : modification de la psychomotricité : agitation ou ralentissement. *Les déplacements de l'assurée sont peut-être un peu ralentis comme elle le décrit elle-même mais sont dus selon ses propres affirmations aux douleurs et irradiations douloureuses dont elle se plaint. Nous ne retiendrons pas ce critère.*
- Critère C6 : perturbation du sommeil importante. *L'assurée se plaint de perturbations du sommeil. Elle n'arrive à s'endormir que si elle prend une position particulière et antalgique avec les jambes surélevées, et est réveillée dans la nuit par les douleurs. Le sommeil est effectivement perturbé selon les dires de l'assurée mais entièrement en relation avec son syndrome douloureux. Critère également non retenu.*
- Critère C7 : diminution de l'appétit (perte de poids) significatif. *Rien n'est signalé de ce côté pour cette assurée mesurant 1m62 et pesant 68kg soit un BMI de 25,9. Critère non retenu.*

Pour permettre de poser le diagnostic de dépression épisode d'intensité moyenne, 2 critères B doivent être positifs et au total au

moins 6 critères. Pour une dépression épisode d'intensité légère il faut également 2 critères B et au total au moins 4 critères positifs. Or l'analyse ne nous donne qu'un seul critère B et au total 2 critères. Le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne est donc rejeté.

Le Dr L. _____ qui suit l'assurée depuis 1985 confirme des idées suicidaires en septembre 2003 et dit que l'assurée éprouve actuellement une incertitude quant à son avenir ce qui la déprime alors que les dorsalgies ont régressé. Il confirme que la souffrance de l'assurée est réactionnelle à ses rapports avec ses supérieurs depuis 1985, situation décrite comme « invivable » depuis 2002.

La souffrance de l'assurée est bien illustrée dans l'expertise, elle n'est pas contestée. Les éléments décrits comme dépressifs sont directement corrélés à sa problématique douloureuse. Ils ont donc un caractère réactionnel et ne peuvent être pris comme une composante invalidante en soi.

L'expert le Dr N. _____ donne en conclusion une exigibilité de la CT à 100 % mais avec une baisse du rendement de 50 % ce que nous réfutons. En l'absence de ralentissement psychomoteur et de troubles de l'attention et de la conscience, l'exigibilité professionnelle est donc strictement tributaire de l'appréciation somatique.

En conclusion, la CT est bien de 100 % dans son activité habituelle d'employée de bureau, activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites et sans diminution de rendement et ceci depuis 2005. L'expert psychiatre ajoute comme limitation fonctionnelle le contact avec la clientèle pour cette assurée alors que cette dernière déclare clairement dans une lettre au mois de juin 2007 que son activité de vente de cosmétologie est une des choses à laquelle elle tient le plus et qu'elle veut conserver car lui apportant vie sociale et satisfaction. Donc nous réfutons également cette limitation fonctionnelle. Néanmoins, dans le contexte de la problématique conflictuelle vécue par l'assurée au sein du travail, il serait indiqué de mettre en place une aide au placement pour que l'assurée puisse au plus vite se réinsérer dans le monde professionnel actif.

Ce rapport médical a été contrôlé et vérifié par la Dresse.??? _____ psychiatre et la Dresse Y. _____ rhumatologue ».

Par projet de décision du 24 janvier 2008, l'OAI a préavisé pour le rejet de prestations de l'assurance-invalidité. En effet, dans la mesure où l'assurée pouvait travailler à plein temps dans son activité habituelle d'employée de commerce respectant les limitations fonctionnelles indiquées, soit sans soulever et porter des charges au-delà de 8-10 kg, sans positions fixes penchées en avant et sans activités en porte-à-faux du dos, à la chaîne et sur machine vibrante, elle ne présentait aucun préjudice économique et, partant, aucun degré d'invalidité.

L'assurée, représentée par son conseil, Me Christophe Tafelmacher, avocat à Lausanne, a contesté ce projet de décision le 27 février 2008, en soutenant qu'il convenait de se baser sur le rapport d'expertise du CEMed selon lequel elle souffrait d'une invalidité de 50 % ouvrant le droit à une demi-rente. Le 7 mai 2008, elle a produit deux nouvelles pièces :

- une lettre du 29 août 2005 du Dr T._____, médecin-conseil auprès de son ancien employeur, qui évaluait un degré d'invalidité de 50 %, voire de 75 %, en tenant compte de l'apport économique potentiel dans la fonction envisagée par l'intéressée dès sa retraite à fin novembre 2005;
- une lettre du 11 avril 2008 de M. R._____, ostéopathe, indiquant qu'elle ne pouvait lever que des charges de quatre à cinq kilos maximum.

Par décision du 4 juillet 2008, en tous points identique au projet de décision du 24 janvier 2008, l'OAI a confirmé le refus du droit à une rente d'invalidité. Selon une lettre d'accompagnement du même jour, l'office s'est référé au rapport du SMR du 3 décembre 2007 rejetant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne, et la baisse de rendement de 50 % retenus par les experts du CEMed. En outre, il a relevé qu'il n'était pas de la compétence d'un médecin, en l'occurrence du Dr T._____, de calculer le préjudice économique subi par un assuré.

B. C'est contre cette dernière décision que H._____, toujours par l'intermédiaire de son avocat, a recouru par acte du 10 septembre 2008, en concluant préliminairement à la mise en œuvre d'expertises médicales destinées à établir son taux d'incapacité de travail et ses limites de ports de charges, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. En substance, elle a soutenu que l'OAI avait procédé à une appréciation arbitraire du rapport d'expertise du 9 octobre 2007 et

que son dossier aurait dû être complété concernant la limite quantitative du port de charges et le diagnostic psychiatrique.

Le 11 décembre 2008, l'OAI a confirmé la décision attaquée et proposé le rejet du recours.

Dans ses écritures des 3 août et 30 novembre 2009, la recourante a requis la mise en œuvre d'expertises médicales complémentaires et l'audition en qualité de témoins des Drs N._____, U._____ et V._____. Elle a en outre produit plusieurs rapports médicaux :

- un rapport médical du 11 septembre 2008 du Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne, selon lequel sa patiente, qu'il suivait depuis le 3 septembre 2007, exprimait des plaintes et présentait une symptomatologie compatibles avec le diagnostic d'épisode dépressif prolongé de degré moyen selon la CIM-10;
- un avis médical du 3 avril 2009 du Dr M._____, spécialiste FMH en rhumatologie, diagnostiquant un status après tendinite aiguë du coude droit, une rizarthrose droite, un status après tendinite du poignet, un status après opération de hernie discale L2-L3 et lombalgies résiduelles sur troubles dégénératifs, un status après fibromyalgie partielle, actuellement en voie de stabilisation, et un status après périarthrite de la hanche gauche en juin 2005 infiltrée avec succès;
- une lettre du 20 avril 2009 du Dr G._____, radiologue FMH, indiquant que, par rapport au précédent examen IRM du 1^{er} juin 2005, il y avait régression du volume de la hernie discale L2-L3 et présence de prolapsus discaux en L3-L5 et L5-S1;
- une lettre du 22 juin 2009 du Dr U._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, préconisant une intervention

chirurgicale décompressive compte tenu de la découverte le 20 avril 2009 d'une discopathie latéro-foraminale L5-S1 gauche dans le cadre d'un pincement local;

- une lettre du 17 juillet 2009 du Dr U._____ au conseil de la recourante estimant que celle-ci était certainement en incapacité totale de travailler depuis la nouvelle affection présentée et qu'elle le serait encore au minimum quatre mois après l'intervention;

- un protocole opératoire de l'intervention chirurgicale subie le 19 août 2009 (laminectomie de L5 et hémilaminectomie large supérieure de S1 à gauche);

- une lettre du 11 février 2010 du Dr K._____ mentionnant que la recourante présentait une limitation fonctionnelle post-opératoire et d'autres troubles évoquant un syndrome somatoforme douloureux persistant et qu'une prise en charge psychiatrique avait été rendue nécessaire en raison d'un épisode dépressif récurrent de degré sévère à moyen, l'incapacité de travail étant d'au moins 50%.

- un rapport médical du 11 septembre 2010 de la Dresse V._____, psychiatre-psychothérapeute FMH dont il résulte notamment ce qui suit:

"Depuis la prise en charge de l'assurée par la soussignée depuis octobre 2009, j'atteste l'incapacité de travail de cette patiente à un taux de 100%.

En conclusion, après l'analyse approfondie du dossier médical et du mobbing, ainsi que des documents mis à ma disposition par Madame concernant sa vie, ses maladies et ses expertises, je me prononce comme suit, selon observation clinique et traitement régulier depuis octobre 2009 à ce jour:

1. - La patiente est atteinte dans sa santé par des troubles de la personnalité et des troubles de l'humeur qui traversent sa vie comme un fil rouge.

2. - L'intensité et la constance des troubles couvrent toute sa vie, conduisant à un échec existentiel.

3. - Les troubles en question sont handicapants, ont conduit à la perte du travail et comme suite à une situation financière précaire.

4. - Malgré tous les traitements institués à travers sa vie, les troubles psychiques ont évolué inexorablement vers l'invalidité, troubles qui pouvaient être constatés antérieurement à 2005 et qui n'ont fait qu'empirer depuis lors.

5. - Vu les conclusions des experts de 2007, l'avis du Dr T._____ du 29.08.2005 et l'attestation médicale du Dr L._____ du

23.08.2010, une invalidité à un taux de 50% admise depuis 2005 ne devrait pas être considérée comme exagérée.

6. - Selon les certificats médicaux libérés par le Dr K._____, nous pouvons apprécier que l'état de santé de la patiente s'est péjoré, entraînant une incapacité de travail de 75% depuis le 03.09.2007.

7. - Depuis octobre 2009 jusqu'à présent et pour une durée indéterminée, j'estime que l'incapacité de travail de Madame H._____ se situe à un taux de 100%."

- une attestation signée par le Dr L._____ selon laquelle, l'état de santé de la recourante justifie une incapacité de travail de 50% dès le 22 avril 2005.

Dans ses écritures ultérieures, l'OAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et a produit les avis médicaux suivants :

- un avis du 8 avril 2009 du Dr S._____ maintenant les conclusions du rapport SMR du 3 décembre 2007;
- un avis du 14 août 2009 du Dr S._____ du SMR, observant que les atteintes évoquées par le Dr U._____ dans ses courriers des 22 juin et 17 juillet 2009 sont postérieures à la décision attaquée;
- deux avis des 23 février et 27 octobre 2010 du Dr S._____ selon lesquels le rapport du Dr K._____ du 11 février 2010 indique que les douleurs lombo-sacrées se sont aggravées fin 2008 et courant 2009, savoir après la décision litigieuse, de même que l'aggravation de l'état psychique prise en charge par la Dresse V._____ le 27 octobre 2009.

Dans son écriture du 10 novembre 2010, la recourante a requis l'audition du Dr K._____.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

3. Est litigieux le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

b) Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I_573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; TFA I_523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

c) L'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une

telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I_129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

5. a) Sur le plan somatique, selon l'avis concordant de tous les médecins, la recourante souffre de lombocruralgies gauches sur hernie discale L2-L3 et de discopathies étagées/troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1. S'agissant de la capacité de travail exigible, l'expert Q. _____ explique de façon convaincante que si ces affections du dos entraînent effectivement des limitations liées à la charnière lombaire - soit que l'intéressée ne doit pas soulever et porter des charges au-delà de 8 à 10 kg et doit éviter les positions fixes penchées en avant, ainsi que les activités en porte-à-faux du dos -, cela n'entame pas pour autant sa capacité à travailler dans son activité habituelle de secrétaire, ce qu'elle ne conteste d'ailleurs pas dans son principe.

La recourante reproche en revanche à l'OAI d'avoir évalué la limite maximum du port de charges à 8-10 kg, alors que son médecin traitant et son ostéopathe estiment respectivement que celle-ci ne peut dépasser 2 et 4-5 kg. On ne retiendra toutefois pas ces deux avis, d'une part conformément à la jurisprudence fédérale constante selon laquelle les médecins traitants - en l'espèce, le Dr L. _____ - ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients en vertu du lien de confiance créé entre eux et, d'autre part, parce que ni le Dr L. _____ ni M. R. _____ ne sont spécialistes en médecine physique ou rhumatologique. Le Dr Q. _____ relève pour sa part qu'hormis une hernie discale détectée en L2-L3, l'intéressée présente des troubles dégénératifs étagés au niveau lombaire relativement discrets (cf. rapport d'expertise du 9 octobre 2007, p. 12), ce qui le conduit à retenir une diminution de tolérance pour des efforts lourds et répétitifs tels que soulever et porter des charges au-delà de 8 à 10 kg. En outre, tant le Prof. F. _____ que le

Dr Z._____ ont indiqué que les examens radiologiques n'expliquaient pas tous les symptômes décrits par la patiente (rapports des 11 mars 2005 et 3 mai 2005 respectivement). Enfin, les atteintes mentionnées par le Dr U._____ et l'aggravation signalée par le Dr K._____ datent au plus tôt de la fin de l'année 2008. Postérieures à la décision attaquée, elles ne peuvent être prises en compte dans la présente procédure. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de l'appréciation circonstanciée de l'expert.

b) Du point de vue psychique, la recourante fait en substance grief à l'administration d'avoir méconnu les avis de son médecin traitant et des experts mandatés par l'OAI qui relèvent qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne, ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Seul le médecin du SMR, lequel a procédé à une appréciation partielle et partielle des éléments d'ordre psychiatrique au dossier et ne l'a du reste pas examinée, réfute ce diagnostic. Ainsi, en présence d'un avis médical divergent, la recourante estime que l'OAI aurait dû interpeller le Dr L._____ et les experts et mettre en place une contre-expertise.

Pour sa part, l'OAI, se fondant sur l'avis médical du SMR du 3 décembre 2007, conteste le diagnostic de trouble dépressif d'intensité moyenne au motif que les critères définis par la CIM-10 pour un tel trouble ne sont pas remplis.

L'expert psychiatre, le Dr N._____, a retenu ce diagnostic après avoir procédé à l'examen clinique de la recourante. Il expose que la recourante présente notamment une baisse de l'humeur, une augmentation de la fatigabilité, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de la confiance en soi et un sommeil perturbé. Il a ainsi établi ce diagnostic à la suite de l'examen des critères définis par la CIM-10 en aboutissant à la conclusion que certains d'entre eux étaient réalisés (respectivement les critères B1, B3, B2, C4, C1 et C6). Son rapport d'expertise, comporte une anamnèse et fait état des plaintes de la recourante. L'expert l'a établi après avoir eu connaissance de l'entier du dossier. Son rapport est exempt

de contradictions, ses conclusions en sont claires et motivées. Elles confirment d'ailleurs celles du Dr D._____, psychiatre, qui, dans son rapport du 3 février 2005, diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. La Dresse V._____ confirme aussi ce diagnostic.

Il y a en outre lieu de remarquer que, bien que n'étant pas spécialistes en psychiatrie, les médecins qui ont examiné la recourante, à savoir la Dresse X._____, le Prof. F._____ et le Dr L._____ ont tous retenu un trouble dépressif. Le Dr Z._____ explique d'ailleurs que les facteurs psychologiques influencent grandement le ressenti douloureux, ce que confirme l'expertise qui mentionne que le trouble dépressif semble avoir joué un rôle prédominant tant dans l'exacerbation de l'intolérance envers les lombalgies chroniques que dans la dégradation des rapports professionnels.

Les conclusions de l'expertise ne sauraient être mises en doute par l'avis médical du Dr W._____, lequel est établi par un médecin qui n'est pas psychiatre. Certes, celui-ci mentionne avoir soumis le cas à la Dresse???._____, psychiatre, mais ce n'est pas elle qui a établi cet avis. En outre ni le Dr W._____, ni la Dresse???._____ n'ont procédé à l'examen clinique de la recourante. Or la seule interprétation d'éléments figurant au dossier (tels les faits que la recourante sort son chien plusieurs fois par jour, qu'elle arrive péniblement à faire son ménage, se rend parfois à des invitations mais en refuse souvent ou a suivi un cours pour vendre des produits de beauté à son domicile, ou encore est en procès avec son ancien employeur), ne permet pas de poser un diagnostic psychiatrique, ni de démontrer l'absence d'une pathologie. Cet avis ne peut dès lors être suivi.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'expert expose que le trouble dépressif entraîne une limitation de la capacité d'adaptation et de rendement de la recourante dans toute activité. Il précise que l'abaissement de l'humeur, l'augmentation de la fatigabilité, la diminution de la concentration et de l'attention et la perte de l'estime de soi diminuent sa capacité de rendement en rendant difficile un contact

avec une clientèle. La recourante présente également un ralentissement dans l'exécution. Il en conclut que l'activité exercée jusqu'ici par la recourante ou toute autre activité adaptée est exigible à 100% mais avec une diminution de rendement de 50% depuis fin janvier 2005. Cette appréciation cohérente et convaincante doit être suivie.

Certes, la Dresse V._____ est d'avis que l'incapacité de travail est de 75% jusqu'en octobre 2009 et de 100% depuis. La Dresse V._____ n'a toutefois été consultée par la recourante que depuis octobre 2009 et pour la période avant cette date, elle déclare se fonder sur des incapacités de travail mentionnées par le Dr K._____, qui n'est pas psychiatre. On ne saurait donc retenir un taux de 75%. Quant à l'incapacité de travail de 100%, elle est intervenue après que la décision attaquée a été rendue et il ne peut en être tenu compte dans la présente procédure.

c) Le dossier étant complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par une expertise ou l'audition de médecins. La requête en ce sens doit dès lors être rejetée.

6. Selon les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur au 1^{er} janvier 2004 et applicables en l'espèce, 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 (art. 28 al. 1). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, 1^{ère} phrase).

En l'espèce, les experts considèrent que la recourante peut travailler à plein temps dans son activité habituelle de secrétaire, avec diminution de rendement de 50 %, ce qui correspond à une incapacité de travail de 50 %, ce dès fin janvier 2005. Il est par conséquent superflu de chiffrer avec exactitude les revenus avec et sans invalidité, dès lors que tous deux se basent sur le même salaire. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond en effet avec celui de l'incapacité de travail, ce qui conduit à admettre le recours et à retenir que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2006 (cf. supra, art. 29 LAI).

7. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA, 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 4 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que H._____ a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2006.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Tafelmacher, avocat (pour H. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

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 :