

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 février 2012

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       MM. Neu et Gutmann, assesseur  
Greffier     :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à Attalens (FR), recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

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

**A.** Le 8 octobre 2002, J. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1953, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations de cette assurance, tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué quant au genre de l'atteinte « Fracture vertèbre + hernies discales L4, L5, S1 + suites et conséquences, douleurs articulaires ». Elle précisait que l'atteinte existait depuis 1986, en raison d'une chute à ski, et qu'elle avait subi des opérations de la colonne en 1987 et en 1990. Elle relevait encore avoir chuté à son domicile en avril 1998 et avoir présenté une fracture du talon ainsi qu'une déchirure du ménisque, et ajoutait avoir subi un coup du lapin en avril 2001 à la suite d'un accident de voiture.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 30 octobre 2002, l'assurée a travaillé au service de R. \_\_\_\_\_ SA en qualité d'employée d'administration dès le 1<sup>er</sup> mars 1984. Sans atteinte à la santé, l'assurée percevrait un salaire annuel de 84'110 fr. à 100%. Dès le 4 mars 2002, elle a réduit son taux d'activité à 50% en raison de son état de santé.

Selon le rapport du 13 novembre 2002 relatif à la densitométrie osseuse par DXA effectuée le 8 novembre 2002 par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, les valeurs de densité osseuse mesurées sur les différents sites habituels montraient une situation tout à fait moyenne par rapport aux femmes de l'âge de l'assurée.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2002 destiné à l'OAI, la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail: « Lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs suite à une cure chirurgicale de hernie discale en 1987 et 2<sup>ème</sup> en 1990 avec dysbalance musculaire; nuccalgies chroniques avec contractures musculaires de la ceinture scapulaire; arthrose nodulaire des petites

articulations des mains. Status post-cure de varices des MI [membres inférieurs, réd.] à deux reprises. » Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu un « status post-appendectomie; status post-fracture calcanéenne en 1998; status post-méniscectomie du genou D en 1998; status post-contusion distorsion de la col. lombo-sacrée et de l'articulation sacro-iliaque en 1986. » Elle a retenu une incapacité de travail totale du 11 février 2002 au 3 mars 2002, puis de 50% dès le 4 mars 2002. Elle a également mentionné dans l'anamnèse de sa patiente un état dépressif réactionnel à ses douleurs des petites articulations des deux mains présentes depuis fin 1998. Selon l'annexe au rapport médical, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité actuelle était encore exigible, mais pas plus de 4 heures par jour. Aucune autre activité n'était exigible selon elle. Etait notamment joint à son rapport médical un rapport de CT cervical du 1<sup>er</sup> février 2002 du Dr N.\_\_\_\_\_, selon lequel le CT cervical injecté était dans les normes. Il n'y avait pas de signe évocateur de hernie discale ni de processus arthrosique. Il n'y avait pas non plus de séquelles de traumatisme.

A la suite de l'avis médical du 16 octobre 2003 de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), qui constatait que l'assurée n'avait jamais été examinée par un rhumatologue ni par un psychiatre et que les renseignements médicaux au dossier étaient plutôt maigres, l'intéressée a été convoquée pour un examen clinique bidisciplinaire auprès du SMR, lequel a eu lieu le 3 mai 2004. Dans leur rapport du 21 juin 2004, les médecins du SMR ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail:

- Syndrome lombovertébral chronique dans le cadre d'un trouble de la statique, status post-cure de hernies discales L4-L5-S1 D en 1987 et L4-L5 et L5-S1 G en 1990, discopathie L4-L5 moyenne et L5-S1 avancée avec spondylarthrose, status post maladie de Scheuermann lombaire et dysbalance musculaire. M51.8.
- Cervicobrachialgies D dans le cadre d'un trouble de la statique, d'un status post-distorsion cervicale probable en 2001, uncarthrose C5 à C7 bilatérale avec spondylarthrose et dysbalance musculaire.

- Arthrose des doigts bilatérale.

Sans répercussion sur la capacité de travail, les auteurs du rapport d'examen ont posé les diagnostics suivants:

- Gonalgies bilatérales dans le cadre d'un status post-méniscectomie médiane D en 1998 et un probable début d'arthrose rétropatellaire.
- Périarthropathie de la hanche dans le cadre d'une coxarthrose débutante plus marquée à D.
- Eperon calcanéen supérieur D et status post-fracture du calcanéum en 1998.
- Arthrose métatarso-phalangienne à D.
- Status post-cure de varices en 1980 et 1992.
- HTA traitée.

Sous l'intitulé « appréciation consensuelle du cas », ils ont notamment exposé ce qui suit:

« [...] »

En résumé cette assurée de 50 ans, présente plusieurs problèmes ostéo-articulaires: un syndrome lombo-vertébral sur trouble de la statique et discarthroses avancées L4-L5 et L5-S1 sans signe irritatif; au niveau cervical, un trouble de la statique et des lésions dégénératives mineures compte tenu de l'âge de l'assurée sans diminution des trous de conjugaison expliquant l'irradiation dans le bras D; de plus, une nette polyarthrose des mains touchant surtout les articulations interphalangiennes distales, mais aussi des rhizarthroses. Le début de coxarthrose et d'arthrose rétropatellaire, ainsi que le *hallux rigidus* à D n'influence pas la capacité de travail; la fracture du calcanéum n'a pas laissé de trace, l'éperon calcanéen n'est pas symptomatique. Mme J.\_\_\_\_\_ a adopté une attitude d'évitement et ne fait plus de sport, seulement quelques exercices de mobilisation de la nuque le soir. Par contre, elle a souvent recours à la minerve et elle porte une ceinture abdominale élastique. Ceci a amené à un affaiblissement de la musculature surtout du tronc avec une insuffisance posturale et un début de déconditionnement global. Des thérapies plus actives, visant le renforcement musculaire, l'étirement surtout au niveau cervico-scapulaire et l'introduction d'un sport adapté sont susceptibles d'améliorer sensiblement cette situation et d'augmenter la tolérance à l'effort. En conséquence, nous ne pouvons pas nous aligner à l'appréciation du médecin traitant qui fixe une incapacité de travail de 50%, il nous semble tout à fait possible qu'elle soit diminuée à 30%. Le début de la longue maladie est février 2002. [...] »

La capacité de travail était de 70% dans l'activité actuelle et de 80% dans une activité complètement adaptée. Les limitations fonctionnelles somatiques étaient les suivantes: « éviter un travail en position prolongée debout, en flexion-rotation du tronc ou en porte-à-faux et la position assise au-delà de 2 heures sans possibilité de la changer. Il faut également éviter une rotation maximale ou à répétition de la tête. Le port de charge est limité à 10 kg occasionnellement. » Par ailleurs, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue sur le plan psychiatrique.

Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 1<sup>er</sup> juin 2004 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie. Il a conclu son rapport en ces termes:

« Plusieurs foyers d'hypercaptation intéressent aussi bien le squelette axial, notamment le rachis cervical et le rachis lombaire, que les grosses articulations (épaules, genoux, chevilles) que les petites articulations (mains notamment la droite et pieds). L'aspect au niveau des extrémités est évocateur de polyarthrite. A corrélérer aux données biologiques. Signes de coxarthrose débutante, prédominant à droite. »

Une radiographie de la colonne cervicale transbuccale de l'assurée a été réalisée le 24 juin 2004 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie. Sous l'intitulé « description », il a écrit ce qui suit:

« Pas de lésion reconnaissable sur la base de la dent. La morphologie de celle-ci apparaît respectée, sans érosion osseuse visible. Diminution de l'espace articulaire entre la masse latérale de C1 et la facette articulaire supérieure de C2. La distance entre les masses latérales et la dent est asymétrique, de 0,6 cm à droite contre 0,4 à gauche, le plus certainement d'origine positionnelle. En cas d'intérêt clinique, un CT scan permettrait de préciser le status. »

Le 30 juin 2004, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit dans un rapport d'examen sur dossier:

« Cette assurée de 50 ans présente depuis plusieurs années des problèmes ostéo-articulaires et rachidiens. Souffrant depuis 1986 de lombalgies elle a été opérée en 1987 de 2 hernies discales L4-L5 et L5-S1 à D et en 1990 d'une récurrence à G. L'évolution a été favorable avec pourtant des douleurs persistantes plutôt à D avec, depuis 3-4 ans, une tendance à augmenter. Suite à un accident de la circulation en 2001, avec probable mécanisme de coup du lapin, des douleurs

cervicales présentes depuis déjà fin 2000 se sont péjorées. A cela s'ajoutent des douleurs au niveau des petites articulations des mains, au bras D, aux genoux, et aux pieds. L'assurée est suivie par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecine générale, qu'elle voit environ 1x/mois et qui l'a mise en incapacité de travail entière pour un état dépressif réactionnel du 11.02.2002 au 03.03.2002 et à partir du 04.03.2002 à 50% en raison de ses problèmes ostéo-articulaires. En date du 16.10.2002, madame J.\_\_\_\_\_ dépose une demande de rente AI.

Lors de l'examen au SMR on est en face d'une assurée très soignée, collaborante, détendue, en bon état général et nutritionnel. L'examen ostéoarticulaire met en évidence une altération de la statique rachidienne, une mobilité active réduite au niveau cervical et lombaire, où le tiers distal est quasiment ankylosé; il y a également une hypertonicité musculaire. Les articulations appendiculaires sont bien mobiles en tenant compte de l'âge, mais douloureuses au niveau de la hanche, de la cheville G et de l'épaule D sans limitation fonctionnelle objective à ce niveau-là. Le dossier radiologique confirme le trouble de la statique rachidienne et met en évidence des lésions dégénératives lombaires moyennes à avancées ainsi que légères à moyennes au niveau cervical. On constate également une ébauche d'arthrose des petites articulations des mains. L'assurée ne présente aucune comorbidité psychiatrique.

Le problème objectif principal est donc le syndrome lombovertébral, dans une moindre mesure les cervico-brachialgies D. Les limitations fonctionnelles y découlant sont bien compatibles avec l'activité actuelle de l'assurée, c'est seulement le travail avec la souris de l'ordinateur qui augmente les douleurs au niveau du bras D. Si ce dernier élément pouvait être corrigé soit par des mesures ergonomiques, soit par une adaptation du travail, la capacité de travail pourrait être exigible à un taux de 80%, la complexité des différentes pathologies motive une diminution d'environ 20%. La longue maladie est à fixer à partir de février 2002 selon la Dresse Q.\_\_\_\_\_, une éventuelle rééducation aurait pu commencer un mois plus tard, lors de la reprise à mi-temps. L'augmentation de ce taux jusqu'à 70 ou 80% est possible au vu de l'état actuel. »

Dans une correspondance du 10 septembre 2004 adressée à la Dresse Z.\_\_\_\_\_, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de douleurs polytopiques chroniques de l'appareil locomoteur et de migraine avec aura. Elle a conclu sa lettre en relevant que l'examen neurologique montrait de discrètes séquelles d'une probable atteinte radiculaire bilatérale L5-S1 droite et S1 gauche avec aréflexie achilléenne des deux côtés, de discrets troubles de la sensibilité sur le gros orteil droit (L5) sans déficit moteur ni syndrome radiculaire irritatif. Elle a indiqué ne pas avoir d'arguments cliniques pour une polyneuropathie et n'a pas jugé nécessaire de compléter les investigations par un électro-neuro-myogramme. Elle a enfin signalé avoir pu rassurer la

patiente quant à l'absence de pathologie neurologique à même d'expliquer le syndrome douloureux diffus.

Une échographie abdomino-pelvienne a été réalisée le 14 septembre 2004 par le Dr L.\_\_\_\_\_ à la demande de la Dresse Z.\_\_\_\_\_. Cet examen a conclu à l'absence d'anomalie abdominale supérieure, en particulier sans lithiase vésiculaire. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a en revanche noté une lésion annexielle aux parois bien délimitées, au contenu principalement liquidien, témoignant d'un très probable kyste annexiel gauche qu'il serait, en cas d'intérêt clinique, utile de présenter à un confrère gynécologue afin de déterminer l'attitude à tenir face à cette lésion.

Une IRM de la cheville droite a été réalisée le même jour par le même praticien pour la Dresse Z.\_\_\_\_\_. Les conclusions suivantes ont été tirées de cet examen:

« Hyperintensité de signal de l'extrémité distale du tendon d'Achille, associée à une bursite rétro-achilléenne, à une hyperintensité de signal de l'os sous-chondral de la tubérosité calcanéenne postérieure, près du site d'insertion tendineux et à une réaction osseuse calcanéenne, fortement suspecte de tendinopathie et insertionite du tendon d'Achille (anciennement lésion de Haglund). Altération du signal de l'os sous-chondral de part et d'autre de l'articulation astragalo-naviculaire, sans érosion osseuse associée, ouvrant un diagnostic différentiel entre une atteinte biomécanique ou inflammatoire. Très discret épanchement intra-articulaire sans prise de contraste significative de la synoviale ni pannus reconnaissable. »

Lors d'un entretien du 29 septembre 2004 avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée s'est déclarée dans l'ensemble d'accord avec le point de vue des médecins du SMR, ajoutant qu'elle ne se sentait toutefois pas au mieux de sa forme actuellement. Elle a indiqué ne pas savoir quelle démarche entreprendre afin d'améliorer sa situation sur le plan professionnel. Elle a déploré l'insuffisance de ses connaissances linguistiques, limitées au français.

Le 5 octobre 2004, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et gastroentérologie, a adressé à la Dresse Q.\_\_\_\_\_

une correspondance, faisant suite à une oesogastroduodénoscopie et à une coloscopie réalisées respectivement le 23 septembre et le 4 octobre précédents. Aucune pathologie n'a été révélée.

Le 7 octobre 2004, l'assurée a subi une intervention chirurgicale en vue de l'ablation d'un kyste à l'ovaire gauche.

Le 1<sup>er</sup> février 2005, le Dr L. \_\_\_\_\_ a effectué de nouvelles radiographies. Il a constaté qu'à droite, les surfaces du segment synovial de l'articulation sacro-iliaque présentaient des contours légèrement irréguliers, sans véritable érosion juxta-articulaire, ne permettant pas d'exclure un processus inflammatoire de cette articulation, tandis que du côté contro-latéral, le segment synovial de l'articulation avait des contours plus réguliers. Le 15 février 2005, une IRM des articulations sacro-iliaques n'a pas révélé de signe de sacro-iliite.

A l'occasion d'un entretien avec l'OAI du 15 février 2005, l'assurée a indiqué qu'elle ne se voyait pas reprendre une activité à plus de 50%, ce qu'elle a répété lors d'un entretien du 4 avril 2006.

Selon une note téléphonique du 9 mars 2005, la capacité de travail de l'assurée avait été évaluée à 50% par le médecin-conseil de R. \_\_\_\_\_ SA.

Le 19 août 2005, le Prof. X. \_\_\_\_\_, chef du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, à l'hôpital [...], a adressé une lettre à la Dresse Z. \_\_\_\_\_ dans laquelle il a diagnostiqué une polyarthrose (mains, genoux, tarses, lombaires), ainsi qu'une fibromyalgie. Il a en outre notamment écrit ce qui suit:

« [...]

Ce tableau clinique s'explique le mieux par une polyarthrose avec une fibromyalgie datant probablement de quelques années. Le fait qu'une demande d'AI est en cours pourrait compliquer un peu l'interprétation des symptômes. En tout cas, je ne trouve pas assez d'indications pour un traitement de type polyarthrite pour ses douleurs. Je préconise l'essai d'un antidépresseur de type tricyclique

comme le Triptizol et une reprise d'activité physique par des séances d'aquacura. »

Le 20 septembre 2005, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a écrit à la Dresse Q. \_\_\_\_\_ pour lui faire part de son avis à la suite des divers examens qu'elle a fait effectuer. Le tableau très atypique présenté par l'assurée, la rythmicité parfois inflammatoire de ses plaintes, les arthralgies distales symétriques, la scintigraphie osseuse et la positivité légère du facteur rhumatoïde ont conduit la Dresse Z. \_\_\_\_\_ à adresser l'assurée au Prof. X. \_\_\_\_\_ qui a retenu le diagnostic de polyarthrose sur un terrain fibromyalgique. L'assurée a été informée de ce diagnostic et du fait qu'il n'y avait plus d'investigations à effectuer. La Dresse Z. \_\_\_\_\_ a proposé un traitement antalgique et a fait savoir qu'elle pourrait assurer un suivi rhumatologique quadrimestriel.

Dans un rapport médical du 20 septembre 2005 destiné à l'OAI, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail:

- Lombalgies chroniques avec lombopygyalgies à bascule dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, d'un status post cure de hernie discale L4-L5 droite et L5-S1 droite en 1987 avec reprise en 1990, de discopathies L4-L5 moyenne et L5-S1 avancée avec spondylarthrose et de dysbalances musculaires.
- Cervico-brachialgies prédominant à droite sur troubles statiques, status post whiplash en 2001, uncarthrose C5-C7 bilatérale et phénomènes ténomyogènes cervico-scapulaires.
- Douleurs de la cheville droite dans le contexte d'une tendinopathie achilléenne avec bursite rétro-achilléenne, ainsi qu'arthropathie astragalo-naviculaire, status post fracture du calcanéum en 1998 sur chute.
- Coxarthrose droite débutante avec périarthropathie d'accompagnement.
- Gonalgies bilatérales sur chondropathie rotulienne et status post ménissectomie droite (1998).
- Arthrose des doigts avec rhizarthrose débutante.

Elle a retenu une incapacité de travail de 50% dans l'activité de secrétaire depuis le début de l'année 2002. Le traitement consistait notamment en Tryptizol à raison de 25 mg le soir.

Dans un avis médical du 24 février 2006, la Dresse Y. \_\_\_\_\_ a considéré que les investigations complémentaires demandées par la Dresse Z. \_\_\_\_\_ n'avaient apporté aucun élément nouveau par rapport à l'examen bidisciplinaire effectué en 2004, de sorte que ses conclusions pouvaient être maintenues.

En réponse à une demande de l'OAI, l'employeur de l'assurée a fait savoir, le 10 mai 2006, que celle-ci était toujours active en qualité d'assistante administrative au sein de la société et que les salaires mensuels bruts étaient les suivants: 6'470 fr. en 2003, 6'470 fr. jusqu'au 31 août 2004 et 3'235 fr. dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004, 3'285 fr. en 2005 et 3'350 fr. en 2006, payables treize fois l'an. Quant au montant des gratifications, il s'élevait à 4'374 fr. en 2003, 4'845 fr. en 2004, 3'996 fr. en 2005 et 2'819 fr. en 2006.

Dans un rapport final du 17 mai 2006, l'OAI a procédé à une approche théorique de la capacité de gain de l'assurée, en prenant comme année de référence 2003, dès lors que la date de l'aptitude à la réadaptation et la demande de prestations dataient de 2002. Le revenu sans invalidité a été fixé à 88'484 fr. pour une activité à plein temps, tandis que le revenu d'invalidité était identique, mais au taux de 20%. Il en découlait un préjudice économique de 20%, qui ne pouvait toutefois être réduit par des mesures professionnelles, car de telles démarches avaient déjà été entreprises, sans modification de la capacité résiduelle de travail de l'assurée.

Par projet de décision du 7 novembre 2006, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant de 20%. Le 30 novembre 2006, l'assurée a adressé ses observations à l'OAI.

Le 26 janvier 2007, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI de son étonnement à la lecture de son projet de décision du 7 novembre 2006. Considérant que le tableau polydouloureux présenté par l'assurée ne s'était nullement amendé au fil du temps et que son état psychologique demeurait fragile, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois plaidé en faveur d'une capacité de travail de 50% au maximum. Une augmentation de ce taux prêterait selon elle l'état de santé de sa patiente.

Dans une correspondance du 15 février 2007 à l'OAI, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une capacité de travail de 70 à 80% était « absolument irréaliste et injustifiée ». Elle a contesté le fait qu'il existerait une autre place de travail dans laquelle l'assurée pourrait travailler à plus de 50%. Elle a ajouté que l'employeur faisait preuve de compréhension et de flexibilité à l'égard de l'état de santé de sa patiente. Compte tenu de la dégradation de son état de santé, celle-ci ne présentait pas une capacité de travail supérieure à 50%.

La Dresse Y.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit dans son avis du 23 février 2007:

« [...]

Dans mon avis du 24.02.2006, j'ai constaté que les indications de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, rhumatologue, du 27.12.2004, n'apportaient aucun nouvel élément médical et qu'il n'y avait pas de raison pour modifier l'appréciation.

La Dresse Q.\_\_\_\_\_ décrit des polyarthralgies en aggravation constante depuis 2002 et des douleurs invalidantes, nécessitant un lourd traitement antalgique et antidépresseur. Elle ne spécifie cependant pas cette thérapie et ne documente pas l'aggravation (lettre du 15.02.2007).

De son côté, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ parle d'une patiente psychologiquement fragile, mettant tout en œuvre de ce qui lui est possible pour maintenir sa capacité de travail. Cette collègue pense que la polytopie du tableau douloureux et les substrats somatiques dégénératifs documentés mériteraient une incapacité de travail de 50% (lettre du 26.01.2007).

S'il est vrai que toutes lésions dégénératives ont plutôt tendance à s'aggraver, force est de constater que lors de notre examen seulement l'atteinte lombaire est objectivement vraiment

significative et comme déjà mentionné, l'atteinte cervicale et également celle des mains est plutôt légère à modérée.

Avec les documents actuellement à disposition, je n'ai pas de raisons pour modifier notre appréciation, merci donc de demander aux médecins traitants de nous mettre à disposition les données cliniques et/ou radiologiques qui permettraient d'objectiver une éventuelle péjoration. »

Le 1<sup>er</sup> mars 2007, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI une copie des différents rapports médicaux en sa possession. Y figuraient notamment les rapports suivants:

- Un rapport du 18 février 1992, faisant état d'un séjour de l'assurée auprès du Service de chirurgie de l'hôpital [...] de [...] du 10 au 16 février 1992, en vue d'une excision de varices et d'une exostosectomie du calcanéum droit.
- Un rapport du 1<sup>er</sup> mai 1990 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, lequel a retenu les diagnostics de lombosciatique gauche hyperalgique avec troubles moteurs sévères surtout de type S1 et en partie de L5 sur hernies discales médianes et paramédianes L5-S1 et L4-L5 luxées du côté gauche, séquellaires et d'état après opération le 21 octobre 1987 pour sciatique paralysante droite post-traumatique sur hernies L4-L5 et L5-S1 médiolatérales avec fragment luxé dans le foramen de L5 à droite.
- Un rapport du 9 novembre 1987 de ce même praticien, ayant diagnostiqué une sciatique paralysante accompagnée de troubles moteurs du membre inférieur droit sur hernies discales L4-L5 et L5-S1 médio-latérales et fragment discal luxé, libre dans le foramen à droite. Il a relevé qu'à la suite d'un accident de ski le 30 décembre 1986, la patiente avait développé des lombalgies et quelques sciatalgies gauches. Le 21 octobre 1987, l'assurée avait été opérée en urgence pour cure de deux volumineuses hernies discales médiolatérales droites. Les suites opératoires immédiates avaient été simples avec une régression nette des douleurs. L'évolution

avait été constamment favorable et l'état subjectif et neurologique de la patiente s'améliorait.

Dans un avis médical du 4 juillet 2007, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit:

« [...]

Dans sa lettre du 01.03.2007, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ estime que l'assurée ne peut pas travailler plus que 50% et ajoute tous les documents à sa disposition. Il n'en ressort rien de nouveau si ce n'est les résultats d'un examen par le Professeur X.\_\_\_\_\_ qui pose le diagnostic de polyarthrose et de fibromyalgie, excluant une polyarthrite rhumatoïde. Dans notre appréciation suite à l'examen bi-disciplinaire du 03.05.2004 nous avons pris en considération une atteinte dégénérative significative, c'est-à-dire un syndrome lombo-vertébral, des cervico-brachialgies droites et l'arthrose des mains.

En l'absence de toute pathologie psychiatrique, le diagnostic de fibromyalgie n'a pas de valeur invalidante et, par conséquent, il n'y a pas de raison de modifier notre position. »

Par décision du 7 novembre 2006 [recte: 10 juillet 2007, vu la date d'indexation et le courrier d'accompagnement du 10 juillet 2007 qui y était joint], l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité.

Le 16 juillet 2007, l'OAI a rendu une décision formelle annulant et remplaçant celle datée par erreur du 7 novembre 2006. Il a confirmé que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 20%, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité.

Par acte du 23 août 2007, l'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), en concluant à son annulation et à ce qu'une demi-rente d'invalidité lui soit allouée dès le mois de février 2002.

Dans un avis médical sur recours du 25 septembre 2007, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a indiqué que la requête d'expertise formulée par l'assurée lui paraissait justifiée. Selon elle, il devrait s'agir d'une expertise

pluridisciplinaire de type COMAI, les experts étant invités à se prononcer sur le début de l'aggravation significative.

Par jugement du 22 novembre 2007 (cause n° AI 297/07 - 308/2007), le juge unique du Tribunal des assurances a pris acte du retrait du recours et a rayé la cause du rôle, dans la mesure où l'OAI indiquait dans sa réponse du 8 octobre 2007 qu'une expertise pluridisciplinaire « de type COMAI » lui paraissait justifiée.

**B.** Le 18 janvier 2008, une scintigraphie osseuse a été réalisée. La Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu son rapport daté du 22 janvier 2008 en ces termes:

« Nette régression des foyers de broncho-pneumonie de la partie inférieure du segment antérieur du lobe supérieur droit et du segment latéral du lobe moyen.

Apparition de réactions pleuro-parenchymateuses rétractiles d'aspect cicatriciel en regard des résidus du foyer du segment antérieur du lobe supérieur droit qui pourraient expliquer les douleurs présentées par la patiente. »

Une radiographie du bras et de l'épaule droits a été effectuée le 27 février 2008, à la suite d'une chute sur l'humérus survenue le même jour. Le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a analysé les clichés comme suit:

« L'humérus distal paraît normal. Importantes calcifications de la coiffe des rotateurs compatibles avec une PSH. Légère arthrose acromio-claviculaire.

Selon les incidences, petite solution de continuité antérieure inférieure de la tête humérale à sa jonction avec le col pouvant indiquer une fracture in situ non déplacée. Pas d'autre lésion appréciable. »

Par avis médical du 30 juin 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au SMR, a estimé qu'il convenait de confier une expertise pluridisciplinaire au Centre H.\_\_\_\_\_. Il précisait que les experts étaient priés d'expliciter si et en quoi il y avait une aggravation depuis mai 2004. Ils devaient aussi fournir une chronologie précise des taux d'incapacité de travail qu'ils estimaient médicalement justifiés.

Le 24 juillet 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a notamment écrit aux Dresses Z.\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ pour les informer de la prise en charge de l'assurée à la suite de sa fracture humérale. Après avoir posé l'indication d'un traitement orthopédique conservateur, il a souligné que la rééducation et la physiothérapie avaient porté leurs fruits malgré la fibromyalgie associée. La consolidation était acquise et les amplitudes articulaires obtenues étaient actuellement satisfaisantes. Il a relevé que l'assurée avait repris son travail à temps partiel le 21 avril et à plein temps le 5 mai 2008. La seule limitation posée aux activités de l'assurée était celle induite par la fibromyalgie.

Le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, a réalisé un scanner thoracique en date du 12 août 2008. Il a conclu son rapport en ces termes:

« Examen scintigraphique osseux ne mettant actuellement pas en évidence d'élément en faveur d'une pathologie polyarticulaire inflammatoire et en particulier pas de signe évoquant une spondylarthropathie. Présence de quelques remaniements dégénératifs aux différentes localisations articulaires sus mentionnées.

Hyperactivité d'aspect séquellaire post chirurgical au niveau du rachis lombaire bas.

Présence de 3 foyers hypercaptants plus ou moins alignés au niveau du gril costal latéral droit évoquant une origine post traumatique. En revanche, présence d'un foyer plus atypique du manubrium sternal, à intégrer au contexte clinique et à investiguer morphologiquement (post traumatique également ? autre ?).

Pas d'autre foyer hypercaptant suspect individualisable sur le reste de l'examen. »

Une radiographie du thorax effectuée le 27 août 2008 a montré une régression pratiquement complète d'un foyer de broncho-pneumopathie infra-hilaire et latéral droit depuis le précédent contrôle du 11 août 2008, sans signe radiologique de complication. L'évolution radiologique était donc jugée satisfaisante.

Une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été réalisée les 11 et 25 septembre 2008 au Centre H.\_\_\_\_\_ par les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Le rapport d'expertise daté du 28 octobre 2008 comprend l'énoncé des données personnelles et administratives de l'assurée (p. 3 et 4), une analyse du dossier se fondant sur les pièces médicales et administratives au dossier (p. 4 à 10), les données subjectives (p. 10 à 13), un résumé des données personnelles, familiales et socioprofessionnelles (p. 13 à 15), un aperçu des données objectives comprenant entre autres une brève analyse des status somatique et psychiatrique ainsi que les résultats du questionnaire d'auto-évaluation (p. 15 à 19) avant une discussion de synthèse dont il ressort ce qui suit:

« *Rappel de l'histoire médicale*

Madame J.\_\_\_\_\_ est une assurée suisse de 55 ans, veuve de son second mari depuis août 2008, mère de deux enfants indépendants. Elle travaille comme employée de bureau sans certification. Elle est employée dans la même entreprise depuis 1984, d'abord à temps complet et depuis 2002 à 50%. Elle a réduit son temps de travail en accord avec son employeur en raison de ses problèmes de santé tout en déposant une demande de prestations auprès de l'Assurance-Invalidité.

Suite à un examen médical du SMR, l'Al a reconnu une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée. Madame J.\_\_\_\_\_, soutenue par ses médecins traitants, conteste cette appréciation.

Du point de vue médical Madame J.\_\_\_\_\_ présente des antécédents chargés. On peut relever un accident de ski en 1986 avec selon les dires de l'assurée une fracture vertébrale. En 1987, elle est opérée pour deux hernies discales en L4-L5 et L5-S1 latéralisées à droite. En 1990, elle subit une nouvelle opération pour deux hernies discales aux mêmes niveaux, latéralisées à gauche. En 1992, elle bénéficie d'une cure chirurgicale de varices aux membres inférieurs et d'une exostosectomie du calcaneum droit. A la fin des années 1990, elle se plaint de douleurs des doigts avec un début de déformation, également des douleurs des poignets et de gonalgies. La Dresse S.\_\_\_\_\_, rhumatologue, diagnostique une arthrose nodulaire des doigts ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire. En 2000 environ débutent également pour Mme J.\_\_\_\_\_ des douleurs cervicales. De plus, elle est victime en 2001 d'une entorse cervicale (whiplash). En septembre 2004 des plaintes du tendon d'Achille droit motivent des investigations mettant en évidence une tendinopathie achilléenne et une bursite rétro-calcaneenne. En octobre 2004 elle subit une annexectomie gauche suite à la découverte d'un kyste annexiel. A cela il faut ajouter des polyarthralgies qui vont en augmentant. Cela motive des investigations avec une reprise d'une

sérologie rhumatismale positive faisant évoquer une possible polyarthrite rhumatoïde. Ce diagnostic n'est pas confirmé, notamment par le Professeur X.\_\_\_\_\_, qui conclut en août 2005 à une polyarthrose avec une fibromyalgie. Il faut encore ajouter au début de l'année une fracture sous-capitale de l'humérus droit traitée conservativement.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique, Madame J.\_\_\_\_\_ se plaint surtout de rachialgies sous forme de cervicalgies et lombalgies. Elle ressent également des douleurs des mains et des poignets et de façon moins constante également des douleurs des pieds, genoux et hanches. Du point de vue objectif on note des signes de polyarthrose surtout si l'on se base sur les documents radiologiques. On constate des troubles statiques du rachis et des discopathies sévères en L4-L5 et L5-S1, niveaux où les disques ont été opérés à deux reprises. Il y a également des signes d'arthrose à la colonne cervicale, aux mains, à la première articulation métatarso-phalangienne des deux côtés et à l'acromio-claviculaire droite. Il y a donc indéniablement une atteinte organique permettant d'expliquer une bonne partie des plaintes de Mme J.\_\_\_\_\_. A l'examen clinique on retrouve également les points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie ce qui doit nous rendre un peu plus prudents dans l'interprétation des plaintes et des limitations fonctionnelles ressenties par l'assurée. En effet, les personnes souffrant de fibromyalgie ont généralement une perception très négative de leur situation avec une estimation des capacités fonctionnelles qui est souvent inférieure à ce qu'elle peut faire en réalité.

Ceci dit, on peut retenir qu'en raison des discopathies sévères, les stations statiques prolongées doivent être évitées. Bien entendu les travaux sollicitant des efforts avec le dos sont contre-indiqués. L'arthrose des doigts et poignets interfère également avec l'activité d'employée de bureau. Les atteintes ostéo-articulaires dégénératives des membres inférieurs n'ont pas une grande influence pour les activités relativement sédentaires.

Sur le plan psychique, nous avons rencontré une femme qui ne présente aucune psychopathologie majeure. Mme J.\_\_\_\_\_ est une femme certes un peu terne et abattue, notamment en lien avec le deuil récent de son mari, mais nous étions étonnés à quel point elle était tout de même stoïque et équilibrée.

Les détails de la description de sa vie de tous les jours montrent une bonne adaptation. Certes, son périmètre d'intérêt de vie n'est pas extrêmement large, mais l'assurée a bien investi sa relation avec ses enfants, ses petits-enfants et un petit cercle d'amis. Elle dispose d'une autonomie avec une voiture, elle s'occupe d'un petit chien et elle maintient quelques intérêts pour la vie extérieure.

En somme, selon toutes les informations obtenues de la part de l'assurée, le dossier et nos observations, rien ne nous invite à penser à une souffrance psychique primaire et majeure. Ce que l'assurée signale et qui est tout à fait crédible, est un léger abaissement de la forme psychique en lien avec les limitations physiques, éventuellement à comprendre comme « fluctuations dysthymiques », mais qui en aucun cas prennent l'ampleur d'un niveau dépressif

clinique. Selon toute évidence aussi, la légère médication avec amitriptyline a eu un effet positif. Au stade actuel l'assurée prend tous les jours du Seresta, médication problématique dans le sens d'une dépendance possible. Le médecin traitant devrait chercher les autres alternatives existantes. Mme J. \_\_\_\_\_ n'a aucune demande même pour un suivi psychique, ce qui souligne la cohérence entre l'auto- et l'hétéro-appréciation.

Dans l'ensemble Mme J. \_\_\_\_\_ a mené une vie à une échelle modeste, mais avec de bonnes capacités d'adaptation jusqu'à ce jour.

En conclusion, nous ne retenons **aucun diagnostic**.

Synthèse et conclusions:

Sur le plan somatique, les troubles dégénératifs ostéo-articulaires, notamment au niveau du rachis, des mains et poignets diminuent la capacité de travail. On peut estimer globalement qu'il y a une incapacité de travail de 40% dans l'activité d'employée de bureau exercée jusqu'ici.

Sur le plan psychique, les quelques fluctuations dysthymiques mentionnées n'atteignent pas un seuil clinique. En conséquence, il n'y a aucune incapacité de travail ni de diminution de rendement à stipuler. »

Les experts ont répondu comme suit aux questions de l'OAI:

« A. Questions cliniques

*1. Anamnèse*

*Anamnèse professionnelle et sociale*

*Evolution de la maladie et résultats des thérapies*

*Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle*

Cf. ci-dessus.

*2. Plaintes et données subjectives de l'assuré (e)*

Cf. ci-dessus.

*3. Status clinique*

*Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)*

*Résultats des tests avec la méthode utilisée*

Cf. ci-dessus.

*4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

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

*Depuis quand sont-ils présents?*

- o Troubles dégénératifs du rachis avec discopathies sévères en L4-L5 et L5-S1 et arthrose inter-apophysaire postérieure; discopathies étagées cervicales.
- o Polyarthrose (surtout des poignets et arthrose nodulaire des doigts).

#### *4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents?*

- o Fibromyalgie.
- o Hypertension artérielle traitée.
- o Status après cure chirurgicale de hernies discales L4-L5 et L5-S1 le 21.10.1987 et le 17.04.1990.
- o Status après cure chirurgicale de varices des membres inférieurs et exostosectomie du calcanéum droit le 10.02.1992.
- o Status après tendinopathie achilléenne droite en 2004.
- o Status après annexectomie gauche le 07.10.2004.
- o Troubles statiques du rachis.

#### *5. Appréciation du cas et pronostic*

Cf. ci-dessus.

#### *B. Influences sur la capacité de travail*

##### *1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique*

Les troubles dégénératifs du rachis contre-indiquent les activités sollicitant le dos notamment par le port de charges, les mouvements répétitifs en flexion/extension ou en rotation du dos. Les stations statiques prolongées ne sont pas possibles et l'activité devrait permettre l'alternance des positions assis/debout. En raison de l'arthrose des doigts et des poignets l'assurée a moins de force avec les mains, moins de dextérité et de rapidité de mouvements. L'atteinte arthrosique débutante de plusieurs articulations des membres inférieurs contre-indique les activités se déroulant de façon prépondérante en station debout, nécessitant de monter ou descendre fréquemment des escaliers ou de marcher en terrain instable.

*Sur le plan psychique et mental*

*Sur le plan social*

Pas de limitations

En l'absence de troubles psychiques, les réponses ci-dessous ne concernent que le somatique.

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

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

La polyarthrose, notamment des mains et poignets, et les troubles dégénératifs du rachis empêchent l'assurée de rester de façon continue assise à son bureau et diminuent la dextérité des mains.

## *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

La capacité de travail est de 60% dans l'activité d'employée de bureau.

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

Oui, environ 6 heures par jour (en fractionnant en deux périodes de 3 heures).

## *2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?*

Avec un horaire réduit la diminution du rendement ne devrait pas être significative.

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

Sur le plan somatique, en tout cas depuis l'examen médical au SMR en 2004 mais probablement depuis février 2002, moment où le médecin traitant a attesté une incapacité de travail de 50%.

Sur le plan psychique, nous estimons que la capacité de travail était entière depuis l'examen SMR de 2004. Il est impossible pour nous de se prononcer pour la période antérieure.

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

Sur le plan somatique, les troubles justifiant l'incapacité de travail sont d'ordre dégénératif. Il y a vraisemblablement un continuum de la dégradation qui se fait progressivement et il n'est pas possible de retenir une date précise. On peut noter que pour les mêmes troubles suite à l'examen du SMR, les médecins de l'AI avaient reconnu une incapacité de 30% dans l'activité habituelle et que 4 ans plus tard notre estimation est d'une incapacité de 40%.

Sur le plan psychique, la situation est restée identique depuis 2004

## *3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?*

D'un point de vue médico-théorique oui

### *C. Influences sur la réadaptation professionnelle*

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

*Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants*

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

*Si non, pour quelles raisons?*

Non. D'une part pour des raisons médicales, car il y a peu d'activités qui seraient mieux adaptées que celle d'employée de bureau. D'autre part pour des raisons non médicales puisque l'assurée est bien intégrée dans l'entreprise qui l'emploie depuis plus de 20 ans, qu'elle n'a pas de formation certifiée et qu'elle a un âge relativement avancé.

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

*2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*

Il semble que diverses adaptations ergonomiques ont déjà été essayées, sans grand résultat.

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

*3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e)?*

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

Les limitations décrites ci-dessus.

*3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?*

On peut théoriquement envisager une activité par exemple de surveillance, permettant l'alternance des positions, que l'assurée pourrait exercer jusqu'à 7 heures par jour.

*3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?*

Dans une activité permettant de respecter les différentes limitations, on pourrait envisager un rendement normal.

*3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?*

Remarques et/ou autres questions »

Un scanner abdominal a été effectué le 6 janvier 2009 par le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, lequel a constaté que le scanner de la base des poumons et de l'abdomen ne montraient pas de lésion significative, en particulier dans la région sous-costale droite. Il a en revanche noté la présence d'un petit kyste annexiel droit.

Dans un avis médical du 19 janvier 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit:

« Le rapport d'expertise du Centre H. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de troubles dégénératifs rachidiens et polyarthrose ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Ces affections dégénératives se sont progressivement aggravées entre 2002 et la date de l'expertise. Les experts valident la CT de 70% établie par le SMR sur la base de l'examen de mai 2004.

Les experts retiennent le diagnostic de fibromyalgie, sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a en effet aucune comorbidité psychiatrique, aucun trait de personnalité prémorbide, pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (l'assurée travaille à 50%, voit ses enfants et petits-enfants). On ne peut pas parler d'échec des traitements conformes aux règles de l'art dans la mesure où l'arthrose est une maladie dégénérative progressive quel que soit le traitement et que l'introduction d'un traitement d'amitriptyline a eu un effet positif.

Ces atteintes sont responsables des limitations fonctionnelles suivantes:

Epargne rachidienne, pas de port de charges, pas de mouvements répétitifs en flexion/extension ou en rotation du dos. Possibilité d'alterner les positions assise et debout. Pas de travaux de force ni nécessitant une grande dextérité des mains. Pas d'activité longtemps debout, ni de montée/descente fréquente d'escaliers.

L'évolution de la capacité de travail est la suivante:

Dans l'activité habituelle: CT de 70% de février 2002 à septembre 2008

CT de 60% dès octobre 2008

Dans une activité adaptée, les experts fixent la capacité de travail à 7 heures par jour. L'horaire normal de l'entreprise étant de 8h. 15 minutes par jour, la capacité exigible est donc de 85% depuis mars 2002. »

Dans une correspondance du 30 septembre 2009 adressée au conseil de l'assurée, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ s'est exprimée en ces termes:

« J'ai pris connaissance du rapport d'expertise concernant Mme J. \_\_\_\_\_ effectué les 11 et 25 septembre 2008. Voici quelques remarques à ce sujet:

Concernant la page 3/23, sous « mandat », les experts parlent du diagnostic mais ils ne mentionnent pas les opérations des hernies lombaires avec, comme séquelle, des lombalgies persistantes qui s'aggravent lors de position assise prolongée ou lors de marche prolongée. Je ne suis pas non plus d'accord avec la notion « sans comorbidité psychiatrique » car la patiente présente un état anxio-dépressif réactionnel à son problème d'aggravation de santé depuis 2002, problème qui a dernièrement été aggravé par le décès de son époux et qui est traité par des antidépresseurs.

Concernant le fait qu'elle a réduit son activité à 50% dès mars 2002, il ne s'agit pas d'une décision de sa part mais de la mienne. J'ai estimé qu'elle ne pouvait pas travailler plus de 3 à 4 heures par jour dans son activité.

Je ne suis pas non plus d'accord avec l'estimation des experts qui dit qu'elle peut travailler à 70% dans son activité habituelle et à 80% dans une activité adaptée. Elle travaille depuis de nombreuses années dans les bureaux de R. \_\_\_\_\_ SA et grâce à la bonne compréhension de ses employeurs et collègues, elle a pu adapter ses conditions de travail à ses possibilités. Le maximum qu'elle peut effectuer est 3 à 4 heures de travail par jour avec une longue pause entre deux. Je ne pense pas qu'ailleurs elle pourrait avoir une aussi bonne condition de travail. Si elle change de place, l'arrêt de travail risque de se prolonger et de se répéter.

Sur la page 6, sous diagnostic, il est dit que la patiente n'a jamais été examinée, ni par un rhumatologue, ni par un psychiatre. Effectivement une consultation psychiatrique n'était pas nécessaire car je la traitais moi-même par antidépresseur. Par contre elle a été vue par deux rhumatologues, la Dresse S. \_\_\_\_\_ et la Dresse Z. \_\_\_\_\_. Mme J. \_\_\_\_\_ est d'ailleurs toujours suivie par la Dresse Z. \_\_\_\_\_. Les rapports se trouvaient dans le dossier mais ils n'ont probablement pas été lus par les experts.

Sur la même page, il y a une conclusion d'une scintigraphie osseuse qui montre une polyarthrite ainsi qu'une arthrose cervicale et lombaire, une arthrose des grosses articulations comme les épaules, les genoux et les chevilles, ainsi que des petites articulations des mains et des pieds.

Tout en bas de la page, il est cité que les problèmes pathologiques qui influencent les mesures professionnelles sont les gonalgies bilatérales. La patiente travaille comme secrétaire donc pour elle la position assise est problématique pour sa coxarthrose, sa gonarthrose ainsi que l'arthrose de la colonne cervicale. Mais le plus difficile pour elle est le problème d'arthrose médullaire des petites articulations des deux mains dont elle a énormément besoin dans son travail.

A la page suivante, dans le deuxième paragraphe il est écrit qu'une « éventuelle rééducation aurait pu commencer un mois plus tard. » La patiente a été vue par le physiothérapeute spécialiste en médecine manuelle, le Dr D. \_\_\_\_\_ et grâce à cela elle a pu commencer à travailler à 50% et ce taux de travail n'a pas pu être changé jusqu'à maintenant. Il y a aussi plusieurs rapports de médecins qui connaissent bien Mme J. \_\_\_\_\_ comme par exemple la Dresse Z. \_\_\_\_\_, rhumatologue qui ont été minimalisés par les experts. Je pense que le taux d'incapacité de travail a été repris tout comme le précédent sans prendre en compte l'état actuel de la patiente ainsi que les rapports des spécialistes qui la suivent depuis des années.

Au bas de la page 12, il y a toute une explication sur son travail. Il est écrit qu'elle travaille de 9h30 à 16h00-16h30. En réalité elle travaille de 9h30 jusqu'à 11h45 où elle a une heure de pause pour manger, puis elle reprend à 12h45 jusqu'à 14h45 et c'est tout ce

qu'elle peut faire. Elle n'a jamais fini son travail à 16h sauf lorsqu'elle ne travaille que l'après-midi, ce qui est rare.

Mme J. \_\_\_\_\_ est très limitée dans son travail ainsi que dans sa vie quotidienne par des douleurs pratiquement constantes des articulations mais également musculaires. Ces dernières ont provoqué chez elle un état anxio-dépressif réactionnel accompagné de troubles du sommeil et de fatigue.

A la page 19, sous le point « synthèse et discussion » le 3<sup>ème</sup> paragraphe parle de tous les diagnostics et une phrase très importante m'interpelle. Il est dit que « Du point de vue médical, Mme J. \_\_\_\_\_ présente des antécédents chargés. » Cette phrase ne correspond pas à la conclusion citée plus loin.

A la page 22 sous le point 2.2 parlant de la capacité résiduelle de travail, il est inscrit que sa capacité est de 60% en tant qu'employée de bureau, soit environ 6 heures par jour en les fractionnant en deux périodes de 3 heures. Or, la patiente ne peut travailler au maximum que 4 heures par jour en fractionnant en deux périodes de deux heures.

A la page 23, au point 1, je suis absolument d'accord avec cette conclusion qui n'a tout de même pas été prise en considération par l'Al.

Au point 3.2, dans l'activité de surveillance que proposent les experts, il faut souvent être très concentré sur la même position et ceci n'est pas possible pour la patiente.

Enfin au point 3.3, je ne suis pas d'accord avec ce point. Il n'y a aucune possibilité pour que Mme J. \_\_\_\_\_ puisse avoir un rendement normal et ceci pour la même raison que cité par l'expert au point 1 de la même page.

#### Diagnostics

- Accidents de ski en 1986 avec contusions et distorsions lombaires;
- Opération d'hernies lombaires L5-S1 L4-L5 pour des hernies volumineuses du côté droit en 1987 et en 1990 une opération de deux hernies L4-L5 et L5-S1 à gauche, luxées;
- Lombalgies résiduelles sur troubles dégénératifs statiques avec irradiation dans la fesse et la cuisse droite;
- Status post-sciatique paralysante et troubles moteurs du membre inférieur droit;
- Syndrome lombo-vértébral résiduel;
- Coxarthrose bilatérale;
- Gonalgies sur gonarthrose bilatérale;
- Déchirure du ménisque;
- Status post fracture du calcanéum en 2001;
- Syndrome fémoro-patellaire bilatéral;
- Cervicarthrose marquée de C2 à C6 accompagnée de cervicalgie et contracture de la ceinture scapulaire suite à un accident de voiture et à un coup du lapin;
- En 1992 opérations de varices;
- En 2008 annexectomie gauche pour un kyste ovarien;
- Opération d'une bursite du calcanéum droit en 1992;
- Arthrose nodulaire des doigts, des mains et des petites articulations des pieds;

- Fracture sous capital de l'humérus droit;
- HTA;
- Fibromyalgie;
- Etat anxio-dépressif réactionnel depuis 1998 traité par des antidépresseurs. »

Dans un rapport médical du 14 décembre 2009 dressé à l'intention de l'OAI, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants affectant la capacité de travail: « lombalgies chroniques avec lombopygalgies sur un trouble statique et dégénératif rachidien; status post cure d'une hernie discale L4-L5 droite, L5-S1 droite en 1987 avec reprise en 1990. Discopathie L4-L5, L5-S1, avec spondylarthrose et disbalance musculaire; cervicobrachialgie droite sur troubles statiques, status post whiplash en 2001; uncarthrose C5-C7 bilatéral avec ténomyogènes cervicoscapulaires; douleurs de la cheville droite dans le contexte d'une tendinopathie retroachillienne ainsi qu'une arthropathie astragalo-naviculaire; status post fracture du calcanéum sur chute en 1998; coxarthrose droite débutante avec periarthropathie d'accompagnement; gonalgies bilatérales sur chondropathie rotulienne; status post méniscectomie droite; arthrose des doigts avec crises d'arthrose débutante; fibromyalgie; état anxio-dépressif réactionnel; status post fracture de l'humérus droit en 2008; status post contusion et distorsion lombaire et sacroilliaque droite sur accident de ski en 1986. » Sans effet sur la capacité de travail, elle a posé les diagnostics suivants: « HTA, hypovitaminose B12; status post appendicectomie; cure de varices des MI deux fois; état anxio-dépressif sur le décès de son mari au mois d'août 2008; status post bronchopneumonie avec une atteinte pleurale; syndrome d'apnée du sommeil légère; status post excision d'un cystoadénome de l'ovaire droit en 2004. » Elle a retenu les incapacités de travail suivantes: 50% dès le 31 octobre 2002; 100% du 27 février 2008 au 20 avril 2008; 50% du 21 avril 2008 au 5 mai 2008 (fracture de l'humérus); 100% du 12 août 2009 au 31 août 2009; 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, avec des périodes d'aggravation. La Dresse Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée travaillait à 50% avec un rendement d'environ 80% et qu'elle avait besoin de pauses de repos régulières durant l'après-midi. Elle estimait que la capacité de travail se situait entre 40 et 50%, avec un rendement réduit entre 80 et 90%. Depuis son précédent rapport, elle a

constaté une nette aggravation des douleurs avec une augmentation de l'état dépressif réactionnel à une fracture de l'humérus le 27 avril [recte: février] 2008. Elle a ajouté que la patiente travaillait entre 3 et 4 heures par jour avec beaucoup de peine et qu'il lui fallait des périodes de repos régulières; l'assurée souffrait de troubles du sommeil, d'anxiété et était fortement limitée dans ses mouvements. La Dresse Q. \_\_\_\_\_ a réservé son pronostic, ne pensant pas que l'assurée puisse exercer une activité à un taux plus élevé que celui qui était le sien au jour du rapport médical.

Par projet d'acceptation de rente du 26 janvier 2010, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009. Il a pour l'essentiel retenu ce qui suit:

« Conformément au jugement du 22 novembre 2007 du Tribunal cantonal des assurances, vous avez été convoquée par le Centre H. \_\_\_\_\_ les 11 et 25 septembre 2008 en vue d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

Cette dernière conclut à une aggravation de votre état de santé. Elle retient une capacité de travail de 80% dans une activité totalement adaptée à vos limitations fonctionnelles mais relève que votre activité habituelle, même adaptée, n'est exigible qu'à 60%. Cette expertise médicale justifie la différence entre le taux de capacité de travail de 70% retenu par le Service médical régional lors de notre décision du 16 juillet 2007 et celui de 60% par une aggravation de votre état de santé qu'elle fixe à la date de l'expertise soit en septembre 2008.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que jusqu'au mois de septembre 2008, date de l'expertise médicale pluridisciplinaire et du début du délai d'attente d'un an, votre préjudice économique est de 30%, ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité. A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2008, votre préjudice économique est de 40%, ce qui vous donne droit à un quart de rente. »

Le 10 février 2010, l'assurée, représentée par son conseil, a contesté ce préavis, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2003. Elle a fait valoir que l'aggravation de son état de santé psychique avait échappé aux experts, pour la période postérieure au mois de septembre 2008, si bien qu'elle sollicitait la mise en œuvre d'un complément d'expertise, « laquelle devra se déterminer sur les conséquences des atteintes à la santé sur [sa] capacité de travail [...] depuis février 2002. »

Dans un avis médical du 21 avril 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes:

« L'aspect médical des objections de Me Duc dans son courrier du 10.02.10 concerne la motivation par les experts de la capacité de travail qui serait « peu précise et peu crédible notamment en regard de la polyarthrose des mains » (point 2.1). Le reproche ne repose sur aucun argument médical. Sauf s'il fallait reconnaître à Me Duc des compétences médicales supérieures à celles des experts, je ne vois pas en quoi sa remarque remettrait en question l'appréciation médicale des experts.

Au point 2.2, Me Duc se contente de rappeler que la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité de travail de 50% depuis mars 2002. Cet avis a cependant été contredit d'une part par les examinateurs du SMR après leur examen clinique du 03.05.2004, d'autre part par les experts du Centre H.\_\_\_\_\_, spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie en 2008. L'avis des experts doit prévaloir sur celui du médecin traitant; en effet, les experts bénéficient de compétences spécifiques dans leur spécialité médicale et sont neutres et objectifs, tandis que le médecin traitant est enclin à plus d'empathie en raison du lien thérapeutique avec sa patiente.

Le point 2.3 reproche aux experts d'avoir ignoré l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique suite au décès du mari de l'assurée et la prise d'antidépresseurs. Or le rapport d'expertise est sans équivoque sur ce point: « le médicament Tryptizol (antidépresseur) dont elle dispose depuis un certain temps lui a fait du bien pour les douleurs et pour son moral », et « l'assurée ne parle pas spontanément du deuil qu'elle a vécu récemment ». Il est clair que aussi bien le deuil que le traitement antidépresseur étaient connus des experts et a été pris en compte. L'aggravation est prise en compte sur le plan somatique puisque les experts estiment que l'incapacité de travail a passé de 30% en 2004 à 40% en 2008. Quant au plan psychique, ils notent que « les quelques fluctuations dysthymiques mentionnées n'atteignent pas un seuil clinique. En conséquence, il n'y a aucune incapacité de travail ni diminution de rendement à stipuler ».

L'expertise du Centre H.\_\_\_\_\_ garde toute sa valeur probante. L'instruction médicale est complète et aucun complément d'expertise n'est requis. »

Le 16 août 2010, l'OAI a écrit au conseil de l'assurée une lettre à la teneur suivante:

« Nous nous référons à votre contestation du 10 février dernier de notre projet de décision du 26 janvier 2010 et sommes en mesure de nous déterminer comme suit.

Vos objections portent avant tout sur l'aspect médical et la détermination de l'incapacité de travail. Nous avons soumis vos arguments au Service médical régional qui maintient sa position faisant valoir les arguments suivants.

Vous soulignez que les explications des experts sur la capacité de travail sont peu précises et peu crédibles notamment en regard de la polyarthrose des mains. Nous relevons au contraire que l'expertise est précise et se fonde sur des éléments objectifs pour déterminer l'incapacité de travail. Les experts justifient qu'ils s'écartent des plaintes de l'assurée en raison de perceptions subjectives négatives liées à la fibromyalgie.

Vous soulignez encore que la diminution de la capacité de travail de 50% avant 2008 relève d'une décision médicale de la Dresse Q.\_\_\_\_\_. Or, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin-traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation [...]. Nous relevons que l'expert connaissait la position du médecin traitant lorsqu'il s'est déterminé et a déterminé l'incapacité en connaissance de l'ensemble du dossier.

Vous relevez par ailleurs que les experts ont ignoré l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique suite au décès du mari de l'assurée et la prise d'antidépresseurs. Or, il ressort clairement de l'expertise que les experts ont connu et pris en compte aussi bien le deuil que le traitement antidépresseur. Au plan psychique, ils relèvent clairement que les quelques fluctuations dysthymiques mentionnées n'atteignent pas un seuil clinique. En conséquence, il n'y a aucune incapacité de travail ni diminution de rendement à stipuler.

Nous considérons enfin que l'expertise du Centre H.\_\_\_\_\_ remplit tous les critères de la valeur probante tels que définis par la jurisprudence et qu'elle peut être suivie. L'instruction médicale est complète et aucun complément d'expertise n'est requis.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 10 février 2010 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 26 janvier 2010 est fondé et doit être entièrement confirmé.

[...] »

Par décision du 17 septembre 2010, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009. La motivation de cette décision était identique à celle de son projet du 26 janvier précédent.

**C.** Représentée par Me Jean-Michel Duc, J.\_\_\_\_\_, désormais domiciliée dans le canton de Fribourg, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois, qui a transmis cette

écriture à l'autorité de céans comme objet de sa compétence le 1<sup>er</sup> octobre 2010. La recourante conclut, sous suite de dépens, à ce que la décision attaquée soit réformée en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2003. Elle fait en particulier valoir que ses troubles psychiques, et notamment la prise de médicament, entraînent une perte de rendement et n'ont pas été pris en considération par les experts. Elle explique que ces derniers ont omis des affections et des rapports et ont minimisé son état anxio-dépressif réactionnel à son problème d'aggravation de santé depuis 2002, problème qui a été aggravé par le décès de son époux et qui est traité par antidépresseurs. Selon elle, ils ont également minimisé le fait que les stations statiques prolongées doivent être évitées. Elle soutient encore que leur rapport est lacunaire en termes de diagnostic (référence étant faite à cet égard au rapport du 30 septembre 2009 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_), si bien que l'influence du cumul des atteintes sur sa capacité de travail n'a pas été établie. Elle expose ensuite que la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a indiqué le 14 décembre 2009 à l'OAI que sa capacité de travail était de 40 à 50% avec un rendement réduit entre 80 et 90%. Elle fait ainsi valoir en substance que l'expertise du Centre H. \_\_\_\_\_ ne prend pas en compte la totalité des pathologies qu'elle présente, et que les affections retenues ont été minimisées. En outre, pour la période de février 2002 à septembre 2008, elle se réfère au rapport du 30 septembre 2009 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_, selon lequel sa capacité de travail était réduite de 50% en mars 2002 en raison d'une décision médicale, critiquant que l'OAI retienne une incapacité de travail de 30%. Pour la période postérieure à septembre 2008, elle soutient que la symptomatologie psychiatrique s'est aggravée à la suite du décès de son époux, avec traitement par des antidépresseurs, et en déduit que les conclusions des experts qui estiment que la situation est restée inchangée depuis 2004 sont erronées. Elle requiert dès lors qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre, laquelle devra se déterminer sur les conséquences des atteintes à la santé sur sa capacité de travail dès février 2002.

Par courrier du 24 septembre 2010, le conseil de la recourante produit la décision du 17 septembre 2010 et précise que son mémoire de recours déposé le 17 septembre 2010 doit être considéré comme étant

formé contre la décision du 17 septembre 2010. Par écriture du 29 septembre 2010, il a précisé demander, sous suite de dépens, la modification de la décision rendue par l'OAI le *17 septembre 2010* en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2003.

Dans sa réponse du 25 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il estime qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise et renvoie pour le surplus à son argumentation exposée dans sa lettre du 16 août 2010.

Le 23 novembre 2011, le conseil de la recourante a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise, au motif que le rapport d'expertise du Centre H. \_\_\_\_\_ se fondait sur un état de fait largement incomplet et qu'il ne tenait pas compte de l'ensemble de la pathologie présentée.

Dans ses déterminations du 15 décembre 2011, l'OAI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à son écriture du 25 novembre 2010 qu'il confirmait entièrement. Il proposait derechef le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise, sans nouvelles investigations.

Le 20 décembre 2011, une copie de cette écriture a été remise pour information au conseil de la recourante.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art.

58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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. 69 al. 1 let. a LAI et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte principalement sur la détermination de la capacité de travail de la recourante, et partant, son droit à une rente.

**3. a)** 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 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: 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. 2 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être

influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 et la référence).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_109/2011 du 4 octobre 2011).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne

saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_492/2010 du 31 mars 2011 et les références).

**4.** La recourante fait état d'atteintes à la santé psychique et physique.

**a)** Au plan psychiatrique, dès 2002, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ note un état dépressif réactionnel consécutif aux douleurs des petites articulations des deux mains (cf. rapport médical du 22 novembre 2002 à l'OAI). Cette praticienne n'a cependant pas posé de diagnostic relevant d'une atteinte à la santé psychique avec répercussion sur la capacité de travail. De leur côté, les médecins du SMR n'ont retenu aucune pathologie psychiatrique (rapport d'examen du 21 juin 2004). Ils ont conclu à un status psychiatrique dans les limites de la norme, de sorte qu'il n'y a selon eux aucune limitation fonctionnelle sur ce plan. Tel n'est cependant pas l'avis de la recourante qui reproche aux experts du Centre H. \_\_\_\_\_ d'avoir sous-estimé l'étendue de ses troubles psychiques. Or, ces derniers concluent que la situation sur le plan psychique est identique à celle prévalant en 2004. Ils relèvent certes un « léger abaissement de la forme psychique en lien avec les limitations physiques ». Néanmoins, ces « fluctuations dysthymiques » n'atteignent pas l'ampleur d'un niveau dépressif clinique, si bien qu'aucun diagnostic n'est retenu sur le plan psychiatrique. Il n'y a ainsi pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend la recourante en se fondant à cet égard sur le rapport de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2009, les experts ont dûment pris en considération dans leur analyse le décès de son époux survenu au mois d'août 2008. Tout en constatant un certain abattement en lien avec ce deuil, ils se disent cependant étonnés de la capacité de la recourante à faire preuve de stoïcisme et d'équilibre dans de telles circonstances. On relèvera au demeurant que l'état anxio-

dépressif consécutif à ce décès diagnostiqué par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ est, selon cette médecin elle-même, sans effet sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 14 décembre 2009). Au surplus, contrairement à ses allégations, la recourante est au bénéfice d'un soutien médicamenteux sous forme d'anxiolytique et d'anti-dépresseur (Tryptizol) depuis 2005 à tout le moins (cf. rapport médical de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2005 à l'OAI). La prescription de Tryptizol avait en effet été suggérée par le Prof. X.\_\_\_\_\_ compte tenu des symptômes présentés alors par la recourante (rapport du 19 août 2005 à la Dresse Z.\_\_\_\_\_). Même si elle se dit un peu fatiguée (rapport d'expertise, p. 13), les experts reconnaissent l'effet favorable du Tryptizol sans qu'une baisse de rendement ne soit évoquée en lien avec les médicaments prescrits. Au vrai, la recourante ne demande aucun suivi sur le plan psychique. Dans sa correspondance du 30 septembre 2009, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ conteste l'absence de comorbidité psychiatrique et soutient une aggravation de l'état de santé psychique de la patiente consécutive au décès de son époux. Elle ne fournit toutefois aucun élément propre à étayer ses allégations. Cette médecin, ainsi qu'on l'a vu, retient surtout que ce diagnostic est sans effet sur la capacité de travail. Elle ne fait en outre état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par les experts du Centre H.\_\_\_\_\_ dans leur appréciation de la situation psychiatrique, se contentant de critiquer le point de vue des experts sans opposer des faits objectifs. De son côté, la recourante ne produit aucune pièce de nature à infirmer les conclusions des experts du Centre H.\_\_\_\_\_. L'aggravation de son état de santé n'est ainsi pas rendue vraisemblable. Il y a enfin lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, l'avis du médecin traitant, au demeurant non spécialiste, doit être apprécié avec réserve en présence de celui émis par des experts.

Il découle de ce qui précède que les experts ont dûment investigué l'aspect psychiatrique et qu'ils ont fourni des explications claires et convaincantes à l'appui de leur appréciation. C'est donc à tort que la recourante prétend que l'étendue des troubles psychiques a été sous-estimée. En l'absence d'éléments médicaux propres à infirmer les conclusions des experts, il y a ainsi lieu d'admettre que la recourante ne

présente aucune limitation fonctionnelle de nature psychique de sorte que sa capacité de travail est entière sur ce plan depuis toujours.

**b)** Sur le plan somatique, la recourante présente plusieurs pathologies. Dans leur rapport du 21 juin 2004, les médecins du SMR retiennent ainsi qu'elle présente plusieurs problèmes ostéo-articulaires: un syndrome lombo-vertébral sur trouble de la statique et discarthroses avancées L4-L5 et L5-S1 sans signe irritatif; au niveau cervical, un trouble de la statique et des lésions dégénératives mineures; une polyarthrose des mains ainsi que des rhizarthroses (p. 8). Ces affections correspondent aux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Prenant connaissance des résultats de l'examen effectué au SMR, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ écrit, le 30 juin 2004, que le problème objectif principal est le syndrome lombovertébral et, dans une moindre mesure, les cervico-brachialgies droites. De leur côté, les experts du Centre H.\_\_\_\_\_ observent que la recourante « se plaint surtout de rachialgies sous forme de cervicalgies et lombalgies. Elle ressent également des douleurs des mains et des poignets et de façon moins constante également, des douleurs des pieds, genoux, hanches. » En se fondant sur les documents radiologiques, ils notent des signes de polyarthrose. Ils constatent « des troubles statiques du rachis et des discopathies sévères en L4-L5 et L5-S1, niveaux où les disques ont été opérés à deux reprises. Il y a également des signes d'arthrose à la colonne cervicale, aux mains, à la première articulation métatarso-phalangienne des deux côtés et à l'acromio-claviculaire droite. » Les experts en infèrent qu'il existe indéniablement une atteinte organique permettant d'expliquer les plaintes (rapport d'expertise, p. 19). Dans son rapport médical du 14 décembre 2009, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ pose un certain nombre de diagnostics en distinguant leur influence sur la capacité de travail. Parmi ceux ayant des répercussions sur la capacité de travail, elle mentionne, outre des diagnostics similaires à ceux retenus par les médecins du SMR et les experts du Centre H.\_\_\_\_\_, des atteintes affectant les membres inférieurs: douleurs de la cheville droite dans le contexte d'une tendinopathie retroachillienne ainsi qu'une arthropathie astragalo-naviculaire; coxarthrose droite débutante avec périarthropathie

d'accompagnement; gonalgies bilatérales sur chondropathie rotulienne et status post méniscectomie droite. De leur côté, les experts relèvent que la recourante ressent ces dernières années également « des douleurs des jambes et des pieds. Parfois, ce sont les hanches qui sont symptomatiques. » (rapport d'expertise, p. 11). Selon les déclarations de la recourante, elle a toutefois de la peine à décrire ces symptômes et a parfois l'impression de se sentir dans un étau ou un corset. De plus, lorsqu'elle descend les escaliers, les genoux, surtout le gauche, font mal et présentent des craquements. Or, l'examen clinique révèle que la mobilité des hanches est normale, qu'il n'y a pas de signe inflammatoire des genoux, que les chevilles sont sans particularité et qu'il n'y a pas de signe inflammatoire des différentes articulations des membres inférieurs (rapport d'expertise, p. 16). De ce qui précède, les experts ont considéré que les atteintes ostéo-articulaires dégénératives des membres inférieurs n'ont pas une grande influence dans l'exercice d'une activité relativement sédentaire (rapport d'expertise, p. 19). Quant à la fracture de l'humérus, survenue le 27 février 2008, les experts du Centre H.\_\_\_\_\_ indiquent que l'intéressée a récupéré une mobilité normale, même si elle ressent parfois des douleurs à l'épaule (rapport d'expertise, p. 11).

Quant au grief selon lequel les experts auraient minimisé le fait que les stations statiques prolongées doivent être évitées, il tombe à faux: les experts ont décrit avec précision les limitations de la recourante sur le plan physique, retenant en particulier que l'atteinte arthrosique débutante de plusieurs articulations des membres inférieurs contre-indique les activités se déroulant de façon prépondérante en station debout, nécessitant de monter ou descendre fréquemment des escaliers ou de marcher en terrain instable (rapport d'expertise, p. 22).

Cela étant, la recourante présente d'autres atteintes à la santé que celles de nature ostéo-articulaire. A cet égard, la lecture du rapport d'expertise permet de constater que les diagnostics retenus par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ (rapports des 30 septembre et 14 décembre 2009) se retrouvent notamment dans les antécédents somatiques personnels du rapport d'expertise (p. 14). A l'instar de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, les experts

considèrent qu'un certain nombre d'entre elles sont sans répercussion sur la capacité de travail (hypertension artérielle traitée, cure de varices des membres inférieurs, annexectomie gauche le 7 octobre 2004). Il en va de même s'agissant de l'affection pulmonaire et du syndrome d'apnées du sommeil que les experts discutent, sans toutefois leur attribuer, à l'instar de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, une influence sur la capacité de travail. Au reste, ces conclusions correspondent à un certain nombre d'exams radiologiques qui n'ont pas mis en évidence de lésions ou d'atteintes spécifiques (densitométrie osseuse du 13 novembre 2002, échographie abdomino-pelvienne du 14 septembre 2004, oesogastroduodénoscopie et coloscopie des 23 septembre et 4 octobre 2004, radiographie de l'humérus droit du 27 février 2008, scanner thoracique du 12 août 2008, radiographie du thorax du 27 août 2008, scanner abdominal - postérieur à l'expertise du Centre H.\_\_\_\_\_ - du 6 janvier 2009). Quant à la fibromyalgie, les experts considèrent que les personnes qui en souffrent ont généralement une perception très négative de leur situation avec estimation des capacités fonctionnelles inférieure à ce qu'elles peuvent faire en réalité (rapport d'expertise, p. 19). C'est donc à tort que la recourante prétend que les experts ont ignoré « toute une série d'affections. » Ils ont au contraire procédé à une analyse médicale globale de l'état de santé de la recourante. Il ne peut pas plus leur être reproché d'avoir « omis » des rapports la concernant.

**c)** S'agissant de la capacité de travail, l'office intimé soutient que la recourante présente un préjudice économique de 30% jusqu'au mois d'août 2008, puis de 40% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008, en se fondant sur l'expertise du Centre H.\_\_\_\_\_, alors que la recourante soutient qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2003.

A l'appui de ses allégations, la recourante se fonde sur la correspondance de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2009, selon laquelle le taux d'activité de 50% résulterait d'une décision médicale datant de mars 2002. Le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 21 juin 2004 rappelle que la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 4 mars 2002, en raison des problèmes ostéo-

articulaires présentés. Jusqu'à la date de l'expertise du Centre H.\_\_\_\_\_, l'OAI fait valoir que la recourante présente une incapacité de travail de 30% dans la profession exercée, reconnue au surplus comme étant adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, ce dont la recourante ne disconvient au demeurant pas. Pour autant, le SMR écrit qu'il ne peut souscrire à l'appréciation du médecin traitant dès lors qu'à son avis, des thérapies plus actives permettraient d'améliorer la situation et d'augmenter la tolérance à l'effort. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ conteste ce point de vue, arguant qu'une capacité de travail de 70 à 80% est « absolument irréaliste et injustifiée » (lettre du 15 février 2007). Elle fait en outre état d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente, de sorte que celle-ci ne présenterait pas une capacité de travail supérieure à 50%. Or, faute de données cliniques et/ou radiologiques permettant d'objectiver une éventuelle aggravation, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ maintient qu'une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle est exigible (avis du 23 février 2007).

Cela étant, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ admet le 25 septembre 2007 que la requête d'expertise formulée par l'assurée dans son recours du 23 août 2007 lui paraît justifiée. Tel est également l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_ qui charge le Centre H.\_\_\_\_\_ de procéder à une expertise pluridisciplinaire en priant les experts d'expliquer si et en quoi il y avait une aggravation depuis 2004 (avis du 30 juin 2008). A l'instar des médecins du SMR (cf. avis médical de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2004), les experts soulignent le caractère dégénératif des atteintes lombaires et cervicales présentées par la recourante. Il en va de même des troubles au niveau des mains et des poignets (cf. rapport d'expertise, p. 22). Selon les experts, seules ces atteintes diminuent la capacité de travail. Par ailleurs, dès lors que les troubles justifiant l'incapacité de travail sont à leur avis d'ordre dégénératif, il y a vraisemblablement un continuum de la dégradation depuis février 2002 à tout le moins, ce qui n'est pas contesté. Si les experts n'évoquent pas une aggravation à proprement parler, le Dr W.\_\_\_\_\_ observe que tel est pourtant le cas puisque les experts retiennent une capacité de travail de 60% dès la date de l'expertise, soit dès le mois de septembre 2008, alors qu'elle est de 70% de février 2002 à

septembre 2008. Comme l'écrit le Dr W. \_\_\_\_\_ (avis du 19 janvier 2009), la diminution progressive de la capacité de travail implique la reconnaissance d'une aggravation de l'état de santé. L'appréciation de cette diminution est contestée. La recourante soutient qu'elle ne peut travailler à un taux supérieur à 50%. Elle se fonde à cet égard sur l'avis de son médecin traitant, la Dresse Q. \_\_\_\_\_. Elle avait en effet fait savoir aux experts du Centre H. \_\_\_\_\_ qu'elle ne pouvait pas travailler à plus de 50% (rapport d'expertise, p. 12). Dans ce contexte, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ relève que le plus difficile pour la patiente « est le problème d'arthrose médullaire des petites articulations des deux mains dont elle a énormément besoin dans son travail » (lettre du 30 septembre 2009). Les experts ne disent pas autre chose lorsqu'ils indiquent qu'« en raison de l'arthrose des doigts et des poignets, l'assurée a moins de force avec les mains, moins de dextérité et de rapidité de mouvements » (rapport d'expertise, pp. 21-22). Par ailleurs, contrairement à ce qu'allègue la Dresse Q. \_\_\_\_\_, les experts ont fixé le taux d'incapacité de travail en tenant compte de l'état de santé de la recourante et en tenant compte de l'ensemble du dossier médical à disposition. Le grief selon lequel ils n'auraient pas tenu compte du cumul des atteintes n'est dès lors pas fondé. S'ils écrivent que la recourante présente des antécédents médicaux chargés, ces derniers ne sont cependant pas tous pertinents pour apprécier la capacité de travail résiduelle. D'autre part, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ ne saurait critiquer l'horaire de travail retenu par les experts, dès lors que celui-ci se base sur les propres déclarations que leur a faites la recourante (cf. rapport d'expertise, p. 12). La Dresse Q. \_\_\_\_\_ écrit le 14 décembre 2009 que la capacité de travail de la recourante est de 40 à 50% avec un rendement réduit à 80%. Il faut ici relever que l'appréciation de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ n'emporte guère la conviction. En effet, à la question: « le rendement est-il réduit? », elle répond «oui, entre 80 et 90% ». Quoi qu'il en soit, cette appréciation paraît quelque peu exagérée dans la mesure où la Dresse Q. \_\_\_\_\_ n'a pas évoqué une baisse du rendement dans son rapport du 30 septembre précédent, pas plus qu'elle n'a constaté une nette augmentation des douleurs ou une aggravation de l'état dépressif. Le 14 décembre 2009, elle explique que cette diminution du rendement est due à une nette aggravation des douleurs et à une

augmentation de l'état dépressif réactionnel à sa fracture de l'humérus le 27 février 2008. Sur ce point, son appréciation est contredite par les experts (cf. rapport d'expertise, p. 11). De surcroît, lorsque les experts envisagent une activité de surveillance susceptible d'être exercée jusqu'à 7 heures par jour, ils précisent qu'il s'agit d'une estimation théorique. D'ailleurs, ils ajoutent que, pour des raisons à la fois médicales et non médicales, il est difficilement concevable que la recourante puisse exercer une autre activité que celle qu'elle pratique actuellement. Quoi qu'il en soit, en se limitant à opposer sa propre appréciation à celle des experts du Centre H.\_\_\_\_\_, sans pour autant faire état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par ces derniers, l'avis de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne saurait être déterminant pour l'évaluation de la capacité de travail de la recourante.

**d)** Ainsi, en retenant une capacité de travail de 60% dès le mois d'octobre 2008, les experts ont pris en compte le caractère dégénératif des troubles ostéo-articulaires présentés par la recourante. Leur appréciation se fonde sur l'ensemble de la documentation médicale disponible, prend en compte les plaintes de la recourante, procède d'une analyse circonstanciée et globale de son état de santé et décrit clairement le contexte médical. Dépourvu de contradictions et contenant des conclusions dûment motivées, une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'expertise du Centre H.\_\_\_\_\_. A la lumière des considérations qui précèdent, il y a lieu d'admettre que la recourante présente une capacité de travail de 70% de février 2002 à août 2008, puis de 60% dès le mois de septembre 2008. Dès lors que l'activité habituelle est considérée comme étant adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le taux d'incapacité fonctionnelle se confond avec le taux d'invalidité, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Il s'ensuit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009 (cf. art. 28 LAI).

**5.** La recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise, aux fins de déterminer les conséquences de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 27 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b p. 94; 122 V 157 consid. 1d p. 162 et l'arrêt cité; cf. aussi TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier permettant à la Cour de statuer. De plus, la recourante ne soulève aucune question de fait ou de droit qui ne puisse être jugée de manière appropriée sur la base des pièces du dossier, si bien qu'il y a lieu d'admettre que des mesures probatoires supplémentaires n'apporteraient pas d'éléments nouveaux.

**6** En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**7.** Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu

d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 17 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour J. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :