

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 octobre 2012

Présidence de M. NEU
Juges : M. Zbinden et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____ à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

OAI (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

Art. 4 LAI, 7, 8, 44 LPGA

E n f a i t :

A. R. _____ née [...] le 27 mai 1953, mère d'un fils né en 1974 d'un premier mariage, remariée sans enfant, de nationalité suisse, secrétaire de direction, a déposé le 28 janvier 2002 une demande de prestations AI pour adultes sous la forme d'une rente en indiquant qu'elle souffrait de fibromyalgie et de rhumatisme depuis octobre 2000.

Dans un rapport du 19 mars 2002, le Dr L. _____, médecin-chef à l'Hôpital cantonal de Fribourg, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants : "Fibromyalgie floride - Cervicarthrose avec uncodiscarthrose C5-C6, C6-C7. Troubles statiques et dégénératifs du rachis avec légère discopathie L4-L5 - Etat anxio-dépressif". Il a indiqué une incapacité de travail de 50% du 23 octobre 2000 au 30 janvier 2001, puis à 100% pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 13 mai 2002, le Dr X. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a posé les diagnostics de fibromyalgie, migraine avec sono et photophobie ainsi que dysthymie. Il a constaté notamment "des douleurs diffuses avec des localisations au niveau de la région cervicale, lombaire, brachialgies à droite et aussi au niveau du membre inférieur gauche ces derniers mois" et, parallèlement, "un état de fatigue permanent, des troubles du sommeil, avec très peu de réponses à la médication instaurée", en notant "un état subdépressif fluctuant avec des périodes d'aggravation sans qu'il y ait des facteurs de stress responsables".

Le 11 novembre 2003, les Drs V. _____, FMH en médecine interne et rhumatologie, I. _____, FMH en psychiatrie, et A. _____, FMH en médecine générale, ont procédé à un examen clinique bidisciplinaire au Service médical régional AI (SMR). Ils ont posé les diagnostics de dysthymie, fibromyalgie, cervicarthrose, syndrome lombovertébral sur probable discarthrose. Dans leur rapport du 3 février 2004, ces médecins ont notamment formulé l'appréciation consensuelle du cas suivante :

"Cette assurée de 50 ans a vu se développer un trouble douloureux, initialement localisé au MSD, diffusant actuellement à la racine des 4 membres, gênant les mouvements de ses ceintures scapulaires et lombaires, avec résistance thérapeutique, chronicité, intensité persistante des douleurs à 5/10. Il ne fait aucun doute que l'examen clinique confirme une fibromyalgie avec tous les points d'insertion positifs. Il n'y a pas de signe de Wandel associé.

En plus, il existe un syndrome cervical tout à fait significatif, qui est en corrélation avec un bloc cervicodiscarthrosique C5-C6-C7, donnant l'ébauche d'une cyphose sur les images radiologiques de la nuque du 08.08.2000. Il n'y a pas de symptôme sous-lésionnel, ni de signe d'atteinte radiculaire aux MS actuellement.

Il s'associe également un syndrome lombovertébral modéré, qui devient significatif si l'on tient compte d'amplitudes articulaires supérieures à la norme en périphérie, sans que l'on ait tous les critères de Beighton pour une hyperlaxité. Bien que l'on n'ait pas de radiographie du rachis de profil, on suspecte des lésions discarthrosiques. Il n'y a pas d'atteinte irritative radiculaire, ni déficitaire aux MI.

Les clichés de la colonne dorsale montrent par ailleurs une spondylose dorsale étagée.

Il n'y a pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire, pour une affection osseuse métabolique, ni pour une atteinte évolutive. Les foyers de myogélose cervicale pourraient être améliorés par des programmes répétés de physiothérapie. Compte tenu de l'importance des lésions radiologiques on peut proposer en plus des mesures passives-antalgiques des tractions cervicales douces dans l'axe, des programmes réguliers de tonification.

La fibromyalgie est assez bien contrôlée actuellement avec le traitement médicamenteux prescrit par son médecin traitant.

(...)

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique.

Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie, qui est une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, donc sans incidence sur la capacité de travail. A notre avis,

sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail à 100% n'est pas justifiée.

En l'absence d'un véritable sentiment de souffrance, qui fait partie du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Par conséquent, l'assurée souffre de fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique grave. La dysthymie n'est pas une maladie invalidante.

Les traits de personnalité dépendante et passive sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100%. Par ailleurs, l'assurée travaille comme assistante de direction à O._____ à 100% depuis le 01.08.2003.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : dépendance, sans incidence sur la capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles somatiques : activité semi-sédentaire légère avec alternance de positions.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 80% pour permettre des périodes de repos.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

80% dans son activité, depuis la reprise d'activité dès oct. 2002."

Le 20 décembre 2004, Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a constaté que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies en exposant notamment :

"Résultat de nos constatations :

- Selon les renseignements à notre possession, vous avez travaillé en qualité de secrétaire pour le Centre Suisse de Formation du 14 février 2000 au 30 avril 2001.
- Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 19 septembre 2000, c'est à partir de cette date qu'est fixé le délai de carence d'une année prévu par l'article 29 LAI.
- Les éléments médicaux en notre possession n'étant pas suffisants pour permettre à notre service médical régional de se déterminer, vous avez été convoquée au sein de ce même service en date du 11 novembre 2003 en vue d'un examen bidisciplinaire.
- Sur la base des renseignements médicaux complémentaires, il s'avère que votre capacité de travail est raisonnablement exigible à au moins 80% depuis le 1^{er} octobre 2002.

- A partir du mois d'octobre 2002, vous avez accompli des missions temporaires et depuis le 1^{er} juin 2003, travaillez en qualité d'assistante administrative en contrat fixe.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- A partir du 01.09.2001, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% est reconnu. La rente est versée jusqu'au 31 décembre 2002 après trois mois d'amélioration de l'état de santé. En effet, du point de vue médical, votre capacité de travail est raisonnablement exigible à 80% depuis le 1^{er} octobre 2002 (l'incapacité de travail étant inférieure à 40% et ne donnant plus droit à la prestation de l'assurance invalidité).

B. Le 18 octobre 2005, R._____ a déposé le questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Par certificat établi le 10 novembre 2005 à l'intention de l'OAI, la Dresse W._____, FMH en médecin interne, spécialiste en rhumatologie, a attesté une aggravation de l'état de santé de l'assurée durant 2004, avec plusieurs périodes d'incapacité de travail, surtout depuis le 3 février 2005 à 100%, puis à 50% pour une durée indéterminée.

Sur le questionnaire pour l'employeur rempli le 28 novembre 2005, O._____ a exposé qu'avant la survenance de l'atteinte à la santé, l'assurée avait travaillé en qualité d'assistante administrative bilingue avec un horaire de 41 heures par semaine (8,2 heures par jour), réduit après l'atteinte à la santé à 4,1 heures par jour depuis le 2 mars 2005, cinq jours par semaine, pour un salaire annuel soumis à l'AVS de 88'920 fr. depuis le 1^{er} janvier 2005. Ce salaire ne correspond pas au rendement de l'assuré; un salaire lié au rendement s'élèverait à 44'460 fr. par an depuis le 2 mars 2005.

Dans un rapport AI du 5 décembre 2005, la Dresse W._____ a posé les diagnostics d'état dépressif, de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire et de fibromyalgie. Elle a mentionné une incapacité de travail de 50% dès le 2 mars 2005 pour une durée indéterminée, l'assurée pouvant faire face à ses obligations professionnelles et l'employeur acceptant de la garder à 50%.

Dans un rapport du 29 janvier 2006, le Dr J._____, psychiatre psychothérapeute FMH, a mentionné une incapacité de travail de 50% continue depuis le 2 mars 2005 en posant les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants : "Trouble dépressif récurrent (persistant), sans sy. Psychotiques, épisode actuel sévère. Fibromyalgie." Il a ajouté les précisions suivantes :

"Plaintes subjectives

Au cours de ces derniers mois l'état psychique a été fluctuant, souvent moins marqué que lors de l'évaluation effectuée au mois de janvier 2006, lui permettant malgré tout de mener son activité professionnelle à 50%. La plupart du temps les épisodes dépressifs peuvent être définis comme moyens au sens de la CIM (Episodes dépressifs moyens avec syndrome somatique - F32.10). Dans l'intervalle la patiente n'est jamais libre de sy. (sic) dépressifs et de leur traduction somatique (sentiments de dévalorisation, fatigabilité, sensibilité aux confrontations et au stress, douleurs physiques)."

Le 6 mars 2007, les Drs N._____, FMH en médecine physique et rééducation, et E._____, FMH en psychiatrie, ont procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR. Dans leur rapport du 16 avril 2007, ils ont exposé notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- cervicalgies sur cervicarthrose M47.8.
- lombalgies chroniques sur trouble statique et dégénératif débutant. M54.5.

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- fibromyalgie. M79.0.
- trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. CIM-10 F33.4
- dysthymie. CIM-10 F34.1.

APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS

Assurée âgée actuellement de 54 ans, connue pour des troubles dégénératifs modérés du rachis cervicodorsolombaire, associés à une fibromyalgie. Une première évaluation SMR est effectuée le

11.11.2003, les diagnostics de fibromyalgie, associé à des troubles dégénératifs sont retenus. Une incapacité de travail de 20 %, dans son activité habituelle de secrétaire, est retenue, de même que dans toute autre forme d'activité adaptée. Actuellement, l'assurée présente une incapacité de travail à 50 %, attestée par la Dresse W._____, rhumatologue FMH, depuis le mois de mars 2005. Les diagnostics retenus par ce praticien sont identiques à ceux retenus lors de l'évaluation SMR de 2003.

L'examen clinique de ce jour est tout à fait rassurant. L'assurée présente une mobilité complète sur le plan ostéoarticulaire, sans aucune limitation dans les amplitudes articulaires. Aucun trouble neurologique objectif n'a été mis en évidence lors de l'examen clinique, hormis une hypoesthésie touchant le territoire L3 et L5 à G (trouble subjectif). Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence 11/18 points selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, associés à 2/5 signes de Waddell en faveur d'un processus non-organique. Les examens complémentaires mis à disposition actuellement mettent en évidence un trouble dégénératif modéré du rachis lombaire, sous la forme de discopathies débutantes, sans mise en évidence de phénomène compressif, et d'une arthrose postérieure L4-L5, L5-S1 modérée.

En conclusion, cette assurée présente des troubles dégénératifs modérés du rachis cervicodorsolombaire, associés à une symptomatologie algique chronique pour laquelle le diagnostic de fibromyalgie a été retenu. Lors de l'évaluation clinique de novembre 2003, une capacité de travail résiduelle de 80 % dans son activité habituelle, de même que dans une activité adaptée, a été retenue. A la suite de notre examen clinique de ce jour, nous confirmons cette capacité de travail résiduelle. L'incapacité de travail de 50 % attestée par le médecin traitant actuellement, n'a pas de justification sur le plan médico-juridique, au vu des atteintes organiques objectives présentées par l'assurée. La fibromyalgie en tant que telle, n'est pas une atteinte invalidante à la santé selon la jurisprudence, en l'absence d'atteinte d'ordre psychiatrique à caractère invalidant, de comorbidité à caractère invalidant ou de facteur de gravité, selon la jurisprudence en vigueur.

L'anamnèse psychiatrique intermédiaire depuis le dernier examen (bidisciplinaire) au SMR du 11.11.2003, permet de constater une symptomatologie dépressive réactionnelle à une surcharge de travail, en février 2005. Début mars, Madame R._____ prend contact avec le Dr J._____, psychiatre FMH, qui augmente le traitement antidépresseur et retient une incapacité de travail de 50 % dès le 02.03.2005 (était à 100 % par les psychiatres de liaison du CHUV). Comme diagnostic, un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère est retenu sur la page 1 de son rapport médical. Toutefois, dans la suite du même rapport médical du 29.01.2006, le psychiatre traitant qualifie l'intensité de l'épisode dépressif de moyenne avec syndrome somatique (CIM-10 F32.10). En outre, il signale que dans les intervalles, l'assurée n'est jamais libre de

symptômes dépressifs. Cette dernière observation correspond au diagnostic de dysthymie, retenu lors de l'examen psychiatrique au SMR le 11.11.2003.

L'épisode dépressif de février 2005, réactionnel à une surcharge du travail (même si l'intensité a pu être qualifiée de sévère) suivi d'une reprise à 50 % à partir du mois de mars, permet de retenir une amélioration de l'intensité de l'épisode (toutefois, d'après la CIM-10, les épisodes sévères nécessitent, en général, une hospitalisation en milieu psychiatrique).

Par rapport au diagnostic de trouble dépressif récurrent: comme le mentionne son psychiatre traitant, les épisodes ont été d'intensité moyenne et de courte durée (un mois en février 2005). Dans ce sens, ni l'intensité, ni la durée peuvent être à l'origine d'une maladie psychique à l'origine d'une atteinte à la santé mentale, ayant comme conséquences une incapacité de travail de longue durée.

L'amélioration constatée en mars 2005, suivie d'une amélioration des capacités relationnelles de l'assurée (reprise de la vie conjugale en juin 2005. mariage en octobre de la même année, suivi d'une amélioration du conflit relationnel avec sa mère et son fils début 2006), ne justifie pas le maintien du 50% de la capacité de travail sur le plan psychiatrique.

L'examen psychiatrique au SMR du 06.03.2007 ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. La fatigue, les troubles du sommeil, le manque de confiance en soi, la tristesse exprimée et les ruminations, tout en étant capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, font partie du diagnostic de dysthymie.

En ce qui concerne le diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'épisode de février 2005 et les épisodes constatés dans l'anamnèse (voir rapport médical SMR du 11.11.2003) permettent de le confirmer. Toutefois, comme mentionné ci-dessus, les épisodes n'ont pas été d'une intensité suffisante pour avoir une répercussion sur la capacité de travail de longue durée et l'examen psychiatrique au SMR du 06.03.2007 permet de conclure à un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Entre les épisodes dépressifs, l'assurée présente une dysthymie, diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail (d'après la CIM-10, est équivalent à un épisode dépressif léger).

En tenant compte de la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, dont la fibromyalgie est un équivalent, une comorbidité psychiatrique caractérisée par une certaine intensité (gravité) et une certaine constance (durée) n'est pas constatée. Les capacités relationnelles de l'assurée sont conservées, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. L'amélioration de son état de santé psychique, sous

traitement pharmacologique et psychothérapeutique permet d'affirmer qu'un traitement conforme aux règles de l'art a été efficace. En conclusions, les critères de sévérité de la jurisprudence ne sont pas réunis.

Les limitations fonctionnelles

Pas de position statique assise au-delà de 1h00 à 1h30 sans possibilité de varier la position assise et debout. Pas de position statique rigide du rachis cervical avec mouvements de flexion-extension répétitifs, de même que mouvements de rotation D-G. Pas de port de charges supérieures à 7.5 kg, de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis à répétition. De façon globale, toute forme d'activité de type sédentaire avec variations de positions de préférence à sa guise, sans port de charges excessif, est possible.

Aucune sur le plan psychiatrique.

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

A la suite d'un examen pluridisciplinaire du mois de novembre 2003, une incapacité de travail de 20 % dans son activité habituelle est retenue.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

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

L'assurée présente une incapacité de travail à taux variable, entre 50 % et 100 %, depuis le mois de juin 2004 au mois de mars 2005. Depuis lors, Madame R. _____ est en incapacité de travail à 50 % de façon continue, attestée par certificat médical. Cette incapacité de travail de 50 % n'a pas de justification médico-juridique au vu des pathologies présentées, des limitations fonctionnelles en relation et de l'activité habituelle de l'assurée. Nous considérons que cette assurée présente toujours une incapacité de travail de 20 % dans son activité habituelle, sans modification dans le temps.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 80 % dans son activité habituelle ou dans toute autre forme d'activité, en relation directe avec les troubles ostéoarticulaires objectifs qu'elle présente. Une activité adaptée, de façon stricte aux limitations fonctionnelles, est théoriquement possible à 100%. Toutefois, en raison des limitations fonctionnelles présentées, une diminution de rendement de 20 % doit être retenue.

Sur le plan psychiatrique, elle est de 100 %

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS l'ACTIVITE HABITUELLE : 80 %
DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 80% DEPUIS OCTOBRE 2002."

Par projet de décision du 27 février 2009, l'OAI a exposé avoir reconnu à l'assurée une rente limitée dans le temps du 19 septembre 2001 au 31 décembre 2002 et avoir réexaminé le droit à la rente, qu'elle envisageait de refuser pour les motifs suivants:

"• Dans le cadre de votre deuxième demande et sur la base du certificat médical du médecin en rhumatologie, une incapacité de travail à 50% est attestée depuis le 1er mars 2006.

• Dans ce contexte, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a eu lieu au Service médical régional AI en mars 2007.

• Il ressort de l'ensemble des renseignements médicaux contenus au dossier que la capacité de travail est toujours de 80% dans votre activité habituelle de secrétaire.

• Relevons également que les incapacités de travail du médecin traitant, à des taux variables entre 50% et 100%, de juin 2004 à mars 2005, puis l'incapacité de travail continue à 50% depuis le 01.03.2006, n'ont pas le caractère invalidant au sens de l'AI."

Les 30 mars et 27 avril 2009, l'assurée, par son conseil, a formulé des objections et conclu à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à l'exécution d'une expertise pluri-disciplinaire. Elle a produit les pièces suivantes :

- Un rapport du 19 mars 2008 dans lequel la Dresse S._____, médecin associée au Service de rhumatologie et rééducation du CHUV, a fait les constatations suivantes :

"Diagnostics :

• Lombalgies chroniques à caractère invalidant dans un contexte de lésions dégénératives (arthrose postérieure L3/L4 et L4/L5 avec épanchement intra-articulaire) et déconditionnement musculaire, focal et global.

• Fibromyalgie.

- Très probable état anxio-dépressif.

(...)

Conclusion :

Il s'agit donc d'une situation complexe de douleurs chroniques chez une femme qui a eu vraisemblablement un parcours de vie difficile (divorcée en 1985, elle a élevé seule son fils qui est âgé actuellement de 33 ans, remariée en 2005 pour des raisons plutôt économiques).

Telle qu'elle s'est présentée aujourd'hui, avec des douleurs décrites comme insupportables même aux manœuvres simples de l'examen clinique, la patiente n'est pas apte à suivre le programme de rééducation intensive sur 3 semaines. D'ailleurs, le diagnostic de fibromyalgie est un critère d'exclusion.

Par contre, le programme "light" soit l'hospitalisation sur 3 semaines dans notre unité à plus de chance de lui convenir, étant axé surtout sur la détente, la relaxation, l'ergothérapie et l'hydrokinésithérapie, et moins sur l'entraînement musculaire. (...).

- Un rapport du 17 juin 2008 dans lequel la Dresse S. _____ a exposé avoir revu l'assurée, qui se plaignait surtout de douleurs à la racine du membre inférieur, et a formulé l'appréciation suivante :

"J'ai retenu donc comme premier diagnostic une périarthrite de la hanche droite et j'ai effectué une infiltration rétro-trochantérienne avec Xylocaïne et 40 mg de Depo-Medrol.

Pour l'attitude thérapeutique ultérieure, j'ai rediscuté avec Madame R. _____ de nos possibilités de prise en charge pour une rééducation intensive. Que ce soit la modalité ambulatoire ou hospitalière, ce traitement devrait la sortir du circuit professionnel durant 3 semaines et elle craint certaines représailles de la part de ses supérieurs. Elle va donc bien réfléchir à ce problème et discuter avec son patron."

- Une lettre du 1^{er} avril 2009 dans laquelle la Dresse W. _____ a répondu aux questions du conseil de l'assurée (non données) comme suit :

"1.

Lombalgies sur

- Troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire

- Discopathies L4-L5, L5-S1, ainsi qu'arthrose postérieure au même niveau
Fibromyalgies
Etat anxieux et dépressif

2. Des lombalgies constantes, parfois relativement bien gérées, parfois beaucoup moins lors de certaines périodes d'exacerbation. A ces douleurs relativement localisées, s'ajoutent des arthralgies, myalgies diffuses, un état de fatigue, des épisodes migraineux. Madame R._____ se plaint également de difficulté de concentration, de bouffées d'angoisse.

3. Dans un premier temps, la diminution de l'activité professionnelle à 50% avait entraîné une certaine stabilisation sur le plan ostéo-articulaire. Puis la situation s'est à nouveau aggravée et madame R._____ s'est adressée au Docteur S._____ à l'hôpital orthopédique (...).

4. Réserve, mais il faut ajouter que la patiente vit un conflit conjugal conséquent, et que cette situation n'est pas faite pour améliorer son état somatique.

(...)

6. 50%, et ceci à long terme."

- Un certificat établi le 3 avril 2009 par le Dr X._____ contient notamment ce qui suit :

"1. Diagnostic

- Divers troubles somatiques (suspicion d'une sclérose en plaques, divers troubles ostéo-articulaires d'origine rhumatismale).
- Trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, code F33.1 et F33.2
 - Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire, code Z63.0
 - Status après une hospitalisation en milieu psychiatrique pour un épisode dépressif sévère en 2007.

2. Plaintes de Madame R._____

En dehors des plaintes concernant les troubles somatiques, la patiente présente un état dépressif actuellement de moyen à sévère avec toute la panoplie caractéristique des symptômes pour cet état thymique.

3. (...)

4. Pronostic

Vu l'état actuel et le contexte de sa vie personnelle, le pronostic reste défavorable.

5. (...)

6. Capacité de travail dans son actuel travail de secrétaire.

Vu ce qui précède et le désir de madame R. _____ de continuer son activité, sa capacité de travail reste à 50% et ceci pour une durée indéterminée. J'émetts toutefois une réserve par rapport à l'évolution de son état physique et sa capacité de travail en fonction de la gravité de la symptomatologie de l'atteinte physique."

Dans un rapport destiné à l'AI du 11 mai 2009, la Dresse S. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de :

- Lombalgies chroniques dans un contexte de lésions dégénératives (...).
- Syndrome douloureux chronique type fibromyalgie.
- Etat anxio-dépressif probable.

Ce médecin a indiqué avoir procédé à des infiltrations sous CT-scan des articulations postérieures L3/L4 et L4/L5 et pronostiqué : "Suite à ce traitement, la patiente n'a ressenti qu'une brève période d'accalmie. Je l'ai revue la dernière fois le 29.10.2008 lorsqu'elle présentait une sensibilité douloureuse à la palpation des tissus cutanés et sous-cutanés de la région lombaire. Pas de contracture musculaire, mais importantes limitations de la mobilisation en antéflexion et extension. Pas de syndrome irritatif ou déficitaire des membres inférieurs. Il s'agit donc d'un syndrome lombo-vertébral chronique, qui sera toujours un handicap dans son activité professionnelle." L'incapacité de travail dans la profession de secrétaire était de 50%, une reprise du travail à ce taux d'activité étant possible depuis février 2008.

Dans un rapport complémentaire du 7 octobre 2009, la Dresse S. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de :

- Lombalgies chroniques dans un contexte de lésions dégénératives (...)
- Déconditionnement musculaire focal et global

- Syndrome de douleurs chroniques type fibromyalgies
- Etat anxio-dépressif.

Dans son pronostic, ce médecin a exposé : "Bien que l'hospitalisation a permis une augmentation de la mobilité et un regain de confiance dans ses capacités physiques, l'évaluation de la douleur reste à la sortie de 5,5/10 avec une échelle d'Oswestry de 56% ce qui représente une limitation relativement importante dans ses capacités fonctionnelles par la présence des douleurs. Nous ne pensions pas qu'à moyen et à long terme cette patiente pourra augmenter sa capacité de travail au-delà de 50%." La Dresse S._____ a retenu une incapacité de travail de 50% dès février 2008 avec des limitations : "Difficultés pour rester assise ou debout prolongé. Difficultés pour faire des mouvements de rotation, torsion du tronc. Difficultés de port de charges".

Dans un rapport du 14 janvier 2010 à la suite d'une IRM lombaire, la Dresse Y._____ conclut notamment à une "arthrose étagée légère à modérée surtout interfacettaire de L3 à S1 accompagnés de phénomènes inflammatoires avec liquide interfacettaires. Canal étroit relatif acquis en L4-L5. Discopathies étagées (...) En L4-L5, kyste synovial interfacettaire antérieur droit entrant en contact avec la racine L5 droite et pouvant donc expliquer le syndrome radiculaire L5 droit". Elle note également "un petit kyste inter-facettaire gauche en L3-L4".

Dans un rapport du 19 février 2010, la Dresse W._____ diagnostique des troubles statiques, des discopathies L4-L5 et L5-S1 et arthrose postérieure active bilatérale à ces deux niveaux, un état dépressif et une fibromyalgie. Elle mentionne que l'évolution est allée en se dégradant avec une aggravation de la symptomatologie lombaire entraînant une incapacité de travail de 100% depuis le 11 janvier 2010 certainement pour une durée indéterminée. A ce rapport étaient joints divers documents médicaux :

- Un rapport établi le 3 février 2010 par la Dresse S._____ selon lequel l'analyse des derniers documents radiologiques montre

notamment une arthrose interfacettaire active avec liquide interarticulaire de L3 à S1 et un kyste interfacettaire gauche en L3-L4.

- Un rapport du 22 juin 2009 dans lequel la Dresse S. _____ indique que l'assurée, lors d'un voyage au Vietnam en février 2009 a fait une chute à vélo et conclut : "Les lombalgies de cette femme sont en relation avec l'importante arthrose postérieure que l'on connaît déjà. Comme tu le sais, j'avais proposé à Madame R. _____ un traitement hospitalier pour une prise en charge multidisciplinaire, mais à l'époque, elle ne pouvait pas l'effectuer en raison des soucis professionnels. J'ai réitéré cette proposition, seule solution qui nous permettra de faire un traitement global et d'essayer de diminuer cette anxiété en parallèle avec un travail de rééducation globale. Cette hospitalisation pourra s'effectuer à mi-août (...)".

- Un rapport du 21 octobre 2009 dans lequel la Dresse S. _____ a écrit à la Dresse W. _____ au sujet de l'évaluation clinique prévue un mois après le traitement intensif hospitalier notamment : "L'anamnèse intermédiaire est décevante et malgré nos constatations favorables de fin de séjour, elle affirme actuellement qu'elle n'a pas profité de ce traitement et qu'elle a encore plus mal qu'avant. Madame R. _____ est aujourd'hui dans un état de détresse psychologique très importante. (...). Personnellement, je me trouve assez désarmée devant le tableau clinique de cette patiente, tout en gardant le diagnostic de syndrome d'amplification de la douleur chez une patiente connue pour une arthrose lombaire et un état anxio-dépressif."

- Une lettre de sortie du 8 septembre 2009 dans laquelle le Dr P. _____ et la Dresse T. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, ont écrit notamment :

"Diagnostics :
Rééducation pour des lombalgies chroniques dans le cadre de :
• Arthrose postérieure lombaire L3-L4, L4-L5.

- Arthrose postérieure L3-L4 et L4-L5 avec épanchement intra-articulaire.
Déconditionnement musculaire focal et global.
Fibromyalgie.
Très probable état anxio-dépressif avec syndrome somatique.

(...)

Evolution :

Suite à la prise en charge, nous assistons donc à une augmentation spectaculaire de la mobilité, ainsi que de la confiance corporelle. La force et l'endurance s'améliorent. La patiente a appris des mesures ergonomiques et a repris confiance dans ses capacités physiques.

Elle a aussi bénéficié d'un suivi psychiatrique pendant son hospitalisation avec un résultat global très positif.

La patiente a fait preuve d'une bonne collaboration. Nous l'encourageons à poursuivre ses exercices à domicile. La patiente exprime un regain de confiance en elle et dans son corps. Elle arrive à faire des choses qu'elle ne parvenait pas à effectuer auparavant."

Dans un rapport AI du 19 février 2010, la Dresse W. _____ a répété en substance ses diagnostics des 1^{er} avril 2009 et 19 février 2010, en relevant : "L'évolution est allée en se dégradant avec une aggravation de la symptomatologie lombaire, entraînant une incapacité de travail de 100% depuis le 11 janvier 2010, certainement pour une durée indéterminée". Le pronostic était réservé et l'incapacité de travail était de 100% jusqu'au 28 février 2010 "voire plus tard", "aucune position prolongée ne pouvant être maintenue, l'activité n'est pas possible". A la question de savoir si l'activité exercée était exigible d'un point de vue médical, ce médecin a répondu : "Probablement pas, sauf si un geste devait survenir".

Dans une lettre du 8 février 2010, la Dresse S. _____ a écrit au Dr Z. _____, médecin chef au Département de chirurgie du rachis du CHUV : "Mis à part le syndrome lombo-vertébral, la patiente ne présente pas d'autre signe clinique qui puisse nous diriger vers une symptomatologie spécifique. On a peu d'arguments pour qu'une chirurgie décompressive ou stabilisatrice puisse l'aider. (...) Sur le plan thérapeutique, nous sommes tous d'accord que des blocs facettaires

seront certainement efficaces et le Dr C._____ va convoquer Mme R._____ pour ce type d'infiltrations."

Le 25 mai 2010, la Dresse W._____ a répondu à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et la capacité de travail nulle dans toute activité.

Elle a joint à son rapport du 31 mars 2010 celui du 31 mars 2010 du Dr Z._____ dont il ressort :

"Diagnostic(s) :

- Spondylolisthésis dégénératif L3-L4, L4-L5.
- Lombalgies chroniques.

(...)

Actuellement, elle est à l'arrêt de travail, mais elle conçoit qu'elle pourrait reprendre à temps partiel (elle est employée à 50% en tant que secrétaire).

(...)

Appréciation du cas :

Cette patiente présente des douleurs axiales sur des troubles dégénératifs. Elle ne présente pas de sténose canalaire sur l'IRM et elle ne présente pas non plus de claudication neurogène. Pour ces raisons, une spondylodèse L3-L4-L5 a en tout cas 40% de risque d'échec sans parler des facteurs négatifs surajoutés (état dépressif, kinésiophobie). Je réserverais le geste chirurgical pour le moment où elle présenterait des symptômes radiculaires, quoique présentant un canal assez large de naissance elle ne va probablement jamais développer une vraie sténose canalaire.

Je lui ai prescrit de la physiothérapie en piscine et à sa demande, j'autorise une reprise du travail à temps partiel (50% du 50%) à partir du 06.04.2010."

Dans un rapport du 4 novembre 2010, le Dr Q._____ et la Dresse M._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à l'hôpital de [...], ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.11), trouble mixte de la personnalité à traits dépendants et borderline (F61.0). Ils ont en outre répondu aux questions posées comme suit :

"Anamnèse (...)

L'évolution de ses symptômes thymiques est fluctuante. Parallèlement à cela elle présente depuis une dizaine d'années une symptomatologie douloureuse qui s'apparente à une fibromyalgie. D'autre part elle manifeste des paresthésies de l'hémicorps gauche indiquant des investigations en neurologie qui s'effectuent en juillet 2007 pour mettre en évidence des signes à l'IRM en faveur d'une myélite, une sclérose en plaques est alors suspectée. Durant cette période, la patiente se sépare de son époux pour la troisième fois.

(...)

Actuellement, la patiente n'a pas repris d'activité professionnelle. Elle continue de présenter un état de tristesse et de fatigue, des troubles du sommeil sous la forme d'insomnies et un manque d'appétit, s'accompagnant de sentiments de perte d'espoir et des idées suicidaires fluctuantes.

(...)

Nature et importance du traitement actuel

Mesures thérapeutiques psychiatriques incluant un traitement médicamenteux de psychotropes associé à un traitement psychothérapeutique de soutien.

Incapacité de travail (...)

100% du 01.01.2010 au Indéterminé

50% du 01.08.2006 au 31.12.2009

(...)

Les troubles mentionnés ci-dessus empêchent toute possibilité de reprise actuelle d'une activité professionnelle.

(...)

Les mesures thérapeutiques psychiatriques visent une amélioration des symptômes dépressifs et un amendement des idées suicidaires pouvant permettre une reprise d'une capacité de travail partielle.

(...)

Un facteur important de l'arrêt définitif de travail est aussi l'état de santé de la patiente."

Dans une expertise du 11 mai 2011, le Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), trouble anxieux sans précision (F41.9) et dysthymie (F34.1), sans formuler de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Dans la partie de l'expertise consacrée à l'appréciation du cas et au pronostic, l'expert a exposé notamment :

"Au cours de l'examen et après étude de votre dossier OAI, ce qui ressort c'est l'humeur chronique de l'assurée mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Ceci correspond plutôt au diagnostic de dysthymie. Rappelons que selon la CIM-10, les sujets présentant ce diagnostic présentent habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines, pendant lesquels ils se sentent bien mais la

plupart du temps, souvent pendant plusieurs mois consécutifs, ils se sentent fatigués et déprimés; tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne comme c'est le cas de l'assurée.

Rappelons également que le diagnostic de fibromyalgie a été posé en 2000, ce diagnostic s'apparentant au trouble somatoforme dont, selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales, persistantes en dépit de bilan négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Concernant les critères de comorbidité (gravité) de Mayer-Blaser nous constatons qu'il n'y a pas véritablement de comorbidité psychiatrique, la dysthymie n'est pas handicapante. Il n'y a pas de cristallisation psychique. Il n'y a pas d'isolement social. Puisque les douleurs sont présentes depuis 2000, nous pouvons parler d'une affection chronique. Concernant le traitement, il faut constater que selon le dosage plasmatique, le Paracétamol n'est pas détecté, le Tramadol, dans la limite très inférieure au taux thérapeutique, ainsi que le Lexotanil, le Stilnox et l'antidépresseur sont en dessous des limites thérapeutiques, alors que pendant l'entretien, l'assurée a affirmé prendre les médicaments à la dose prescrite par ses médecins.

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire que le principal problème de l'assurée est la douleur pour laquelle elle ne prend pas les doses thérapeutiques des médicaments et ceci dans le contexte d'une dysthymie qui n'est pas handicapante sur le plan professionnel, rappelons que l'assurée a pu travailler jusqu'à il y a environ un an.

Le pronostic reste réservé étant donné le diagnostic de trouble somatoforme.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Du point de vue physique, je vous renvoie aux conclusions de la dernière expertise rhumatologique.

Du point de vue psychique et social, aucune limitation.

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

Comme dit précédemment, le problème de l'assurée est la douleur. Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de maladie ni de trouble de la personnalité qui justifie l'incapacité de travail.

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

Voir plus haut."

Dans un avis médical SMR du 23 mai 2011, le Dr B. _____ a indiqué que l'avis SMR du 20 mai 2009 restait valable.

Par décision du 21 juillet 2011, l'OAI a réexaminé le droit à la rente et rejeté la demande de prestations en exposant au conseil de l'assurée :

- "
- Dans le cadre de la deuxième demande de votre cliente et sur la base du certificat médical du médecin en rhumatologie, une incapacité de travail à 50% est attestée depuis le 1^{er} mars 2006.
 - Dans ce contexte, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a eu lieu au Service médical régional AI en mars 2007.
 - Il ressort de l'ensemble des renseignements médicaux contenus au dossier que la capacité de travail est toujours de 80% dans votre activité habituelle de secrétaire.
 - Relevons également que les incapacités de travail du médecin traitant, à des taux variables entre 50% et 100%, de juin 2004 à mars

2005, puis l'incapacité de travail continue à 50% depuis le 01.03.2006, n'ont pas le caractère invalidant au sens de l'AI."

C. Par acte du 14 septembre 2011, R._____ a recouru contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision du 21 juillet 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud devant lui verser une demi-rente d'invalidité dès le 3 février 2006, puis une rente entière dès le 1^{er} janvier 2010, avec intérêts à 5%, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'Office intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise multi-disciplinaire.

Avec l'acte de recours, R._____ a produit un rapport établi le 17 juillet 2011 par la Dresse M._____, devenue cheffe de clinique au Département de psychiatrie du CHUV, qui expose ce qui suit :

"1. (...)

Je ne suis pas d'accord avec la conclusion du Dr F._____ qui mentionne dans son rapport que la problématique psychiatrique principale est la dysthymie. En ce qui me concerne, il s'agit d'un épisode dépressif récurrent pour lequel la patiente est traitée depuis plusieurs années avec des antidépresseurs. A ce jour, l'état de santé de la patiente est stabilisé grâce à une psychothérapie régulière et un traitement médicamenteux approprié (antidépresseur). Néanmoins, dans l'état actuel, le diagnostic posé peut être interprété, à tort, comme une dysthymie.

De plus, la consultation du Dr F._____ se fonde sur une seule consultation, ce qui me semble très insuffisant pour établir ou écarter un diagnostic de troubles de la personnalité caractérisant Mme R._____. Bien que par le passé, ce diagnostic n'a pas été retenu, la patiente présente un fonctionnement qui correspond à des troubles ayant des conséquences évidentes dans son entourage professionnel, néanmoins il n'a pas été un empêchement au travail. La fluctuation de l'état de santé psychique a des répercussions sur l'efficacité au travail et il est fortement influencé par l'état de santé physique de la patiente. Cependant, Mme R._____ pourrait effectuer un travail lui permettant d'être autonome.

2. (...)

A mon avis, l'état psychique de la patiente a été minimisé par l'expert en étant catalogué comme une dysthymie. Il ne faut pas oublier que Mme R._____ a été hospitalisée à deux reprises, où le diagnostic d'un épisode dépressif moyen à sévère a été posé. Pour acquérir la stabilité actuelle, il a fallu plusieurs mois, voire des années de psychothérapie et de traitement médicamenteux. Il a été surtout [réd.: question de] la congruence de l'état de santé physique et psychique qui est à l'origine de l'incapacité actuelle de travail de Mme R._____. Le facteur psychologique est principalement une conséquence et un aggravant de la situation.

3. (...)

Le résultat des examens ainsi que le dosage des médicaments réalisés concluent un taux minimal de l'antidépresseur, des taux très bas des antalgiques, des anxiolytiques et des hypnotiques; cela nous confirme que Mme R._____ prend son antidépresseur. Néanmoins les dosages des antalgiques et anxiolytiques peut faire suspecter que la patiente ne prend pas cette médication. Cette situation n'est pas favorable à la patiente."

Dans sa réponse du 1er décembre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a admis la nécessité d'une nouvelle expertise pour l'aspect orthopédique, compte tenu de l'aggravation de la situation signalée en février 2010 par la Dresse W._____, et s'est rallié aux conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr F._____, en se référant à un avis SMR du 27 octobre 2011, dans lequel le Dr B._____ et le Dr H._____ ont estimé que les critiques formulées par la Dresse M._____ ne jettent pas un doute sérieux sur les conclusions de l'expert pour les motifs suivants :

"La Dresse M._____ conteste le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert sans expliquer pourquoi. Elle ajoute que "*dans l'état actuel, le diagnostic posé peut être interprété, à tort, comme une dysthymie*", ce qui n'ajoute pas à la clarté de son propos. En d'autres termes, l'état actuel ressemble à une dysthymie, mais n'en est pas une, sans qu'on nous dise pourquoi.

La Dresse ajoute qu'une expertise fondée, comme c'est l'habitude, sur une seule consultation, ne permet pas de se prononcer sur un éventuel trouble de la personnalité. Elle affaiblit elle-même la force de cette objection en écrivant immédiatement après, que ce diagnostic n'a jamais été retenu auparavant, et que de toute manière l'hypothétique trouble de la personnalité "*n'a pas été un empêchement au travail*". Dont acte.

Enfin, elle admet explicitement que l'assurée conserve une capacité de travail lorsqu'elle écrit : "*Mme R. _____ pourrait effectuer un travail lui permettant d'être autonome*".

Sous chiffre 2, la Dresse M. _____ avance que l'expert aurait sous-évalué l'état de santé psychique de l'assurée en retenant une dysthymie. A preuve, pour elle, qu'on aurait retenu un épisode dépressif moyen à sévère à l'occasion de deux hospitalisations. A cet égard, il convient de préciser que, par définition, la dysthymie (F34.1) est un abaissement chronique de l'humeur caractérisé par la présence d'une période d'au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente. Les périodes intermédiaires d'humeur normale durent rarement plus de quelques semaines. Aucun des épisodes isolés de dépression ne sont d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger.

(...)

En ce qui concerne l'atteinte ostéo-articulaire objective, il est clair que l'on ne peut pas exclure formellement une aggravation des troubles dégénératifs depuis l'examen au SMR en 2007."

Le 21 décembre 2011, la recourante a requis des débats publics en complément aux mesures d'instruction requises.

Le 17 janvier 2012, la recourante a déclaré se rallier à la requête d'expertise somatique formulée par l'intimé, en soulignant que la détermination du 17 juillet 2011 de la Dresse M. _____ jette un doute sérieux sur l'expertise du Dr F. _____.

A son audience du 10 octobre 2012, à laquelle l'intimé a été dispensé de comparution personnelle, la Cour des assurances sociales a entendu la recourante, qui a produit des pièces dont il ressort qu'elle a travaillé à 50% pour l'entreprise [...] pendant une dizaine de jours en 2010 avant d'être en arrêt maladie jusqu'à son licenciement, puis qu'elle a repris une activité à 50% chez [...] depuis le 1^{er} juillet 2011 jusqu'au jour de l'audience. Par dictée au procès-verbal, le conseil de la recourante a précisé ses conclusions comme il suit :

"L'Office AI doit à Mme R. _____ une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2006, puis une rente entière du 1^{er} janvier 2010 au 30 septembre 2011, puis $\frac{3}{4}$ de rente dès le 1^{er} octobre 2011."

En outre, la recourante a déclaré ce qui suit :

"J'ai toujours voulu travailler, cela dès mon plus jeune âge et toujours voulu afficher ma volonté de réussir dans ma carrière professionnelle, laquelle m'a conduite jusqu'à un poste de secrétaire de direction; malheureusement, ma santé m'a lâchée vers l'année 2000. A ce jour un poste de téléphoniste à 50% m'a été proposé et j'ai pris le risque de l'accepter, toujours dans cet esprit de me battre, de m'accrocher. Je précise que mon employeur actuel n'a pas été avisé de mes problèmes de santé parce que je craignais qu'il ne m'engage pas. La situation n'est pas facile; je connais notamment des problèmes de mémoire, ce qui fait souci notamment sur le plan informatique, mais avec la patience que manifeste mon environnement de travail et le fait que celui-ci peut s'exercer sans trop de stress, je garde le cap. S'agissant de l'expertise conduite par le Dr F. _____, je souhaite préciser que j'ai été reçue environ 45 à 50 minutes; l'accueil a été froid et distant, ce médecin m'ayant d'entrée précisé qu'il n'était pas là pour écouter mes problèmes de santé, mais pour rendre une expertise demandée par l'OAI. Ceci m'a choquée dans la mesure où je m'attendais à une certaine écoute, et je suis sortie bouleversée dans la mesure où il n'y a pas eu de véritable discussion. Au terme de l'entretien, le Dr F. _____ m'a renvoyée à effectuer une prise de sang, tout en me rendant attentive au fait qu'il y avait peu de chance que j'obtienne une rente AI."

E n d r o i t :

- 1. a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) L'intimée prétend que l'assurée est capable de reprendre une activité lucrative de secrétaire à 80%, ce qui implique le refus de toute rente.

La recourante soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, ce qui signifie le maintien de sa demi-rente d'invalidité jusqu'au 3 février 2006, date à laquelle l'incapacité s'est aggravée au point de justifier l'octroi d'une rente entière.

b) En bref, sur le plan psychiatrique, la recourante oppose aux conclusions de l'expertise du Dr F._____ les objections formulées par la Dresse M._____ (mémoire de recours pp. 20/21 et détermination du 17 janvier 2012). Sur le plan somatique, la recourante se réfère aux constatations des Drs S._____ en mars 2008 et juin 2008, W._____ en février 2010 et Z._____ en mars 2010 pour soutenir que sont remplis les critères pour reconnaître le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, voire de la fibromyalgie (mémoire de recours, pp. 21/22).

Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2011, l'intimé s'est référé à l'avis médical SMR du 27 octobre 2011 exposant pour quels motifs les critiques de la Dresse M._____ ne jettent pas un doute sérieux sur les conclusions de l'expert. En revanche, avec le SMR, l'intimé admet qu'en ce qui concerne l'atteinte ostéo-articulaire objective, il n'est pas possible

d'exclure formellement une aggravation des troubles dégénératifs depuis l'examen SMR de 2007, si bien qu'une nouvelle expertise paraît nécessaire.

3. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une nouvelle demande de prestation (ATF 133 V 108; 130 V 71).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (TFA I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; TF 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (TFA I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités; TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 111/07 du 17 décembre 2007 et la référence citée).

4. 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 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). On soulignera enfin qu'il appartient en principe aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail fonctionnelle résultant d'une atteinte à la santé. Un rapport d'un spécialiste de la réadaptation professionnelle peut toutefois aussi être pris en considération, notamment lorsqu'il existe une divergence importante entre l'évaluation de la capacité de travail faite par les médecins et les

résultats obtenus pendant un stage (cf. sur cette question, l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 juillet 2008, 9C_833/2007; TF 8C 468/2010).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93, consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est

nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157, consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. a) La recourante est atteinte dans sa santé. Si les diagnostics médicaux posés par les différents médecins qui l'ont examinée pour les atteintes à son intégrité physique ne sont pas identiques en tous points, ils peuvent être résumés comme suit. L'assurée ressent des douleurs dans les régions cervicales (cervicalgies sur cervicarthrose) et lombaires (lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire; spondylose dorsale étagée; discopathies avec arthrose

postérieure au même niveau). L'arthrose postérieure est décrite comme importante par la Dresse S._____ (rapport du 22 juin 2009).

S'y ajoutent une suspicion de sclérose en plaques et divers troubles ostéo-articulaires d'origine rhumatismale (certificat du 3 avril 2009 du Dr X._____) et un déconditionnement musculaire focal et global (rapport du 7 octobre 2009 de la Dresse S._____; voir aussi les constatations de la lettre de sortie du 8 septembre 2009 du CHUV). Enfin, les médecins relèvent la présence de kystes (rapport du 14 janvier 2010 de la Dresse Y._____ et rapport du 19 février 2010 de la Dresse W._____), cette dernière diagnostiquant des troubles statiques. Enfin, se pose la problématique de la prise effective des médicaments.

Sur le plan somatique, le rapport SMR des Drs N._____ et E._____ a certes admis une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée après un examen rhumatologique et psychiatrique. Toutefois, tant la Dresse S._____ dans ses rapports des 19 mars 2008, 17 juin 2008 et 7 octobre 2009, que le Dr X._____ dans son certificat du 3 avril 2009 retiennent une incapacité de travail de 50%. Quant à la Dresse W._____, après avoir admis une incapacité de travail de 50% en novembre 2005, elle a constaté une aggravation de la symptomatologie lombaire entraînant une incapacité de travail de 100% depuis janvier 2010, puis confirmé en mai 2010 que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Les conclusions contradictoires auxquelles parviennent les praticiens justifient d'ordonner une expertise, ce dont l'intimé convient. Cette mesure d'instruction s'impose également par le fait que l'expertise SMR a été exécutée en mars 2007, alors que la décision a été rendue en juillet 2011, apparemment dans une situation d'aggravation de l'état de santé.

b) Sur le plan psychique, l'expertise du Dr F._____ comprend une anamnèse, expose les plaintes et données subjectives de la recourante, ainsi que le statut clinique, donne le résultat des tests avec les méthodes utilisées, formule les diagnostics, l'appréciation du cas et le pronostic, enfin répond aux questions posées. Le fait que l'expert n'ait vu

qu'une fois la recourante (selon les déclarations de celle-ci, au cours d'un entretien qui a duré quelques 45 à 50 minutes) n'est en principe pas relevant dès lors que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010; TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009; TF I 1084/06 du 26 novembre 2007 c. 4). Du point de vue formel, l'expertise du Dr F._____ apparaît ainsi conforme aux exigences posées en la matière par la jurisprudence.

Cette expertise paraît en outre confortée par l'avis d'autres spécialistes (examen clinique bidisciplinaire SMR du 3 février 2004; rapport du 16 avril 2007 des Drs N._____ et E._____). Toutefois, la motivation et les conclusions de l'expertise sont mises en doute par d'autres praticiens (Dr J._____ et Dresse M._____).

C'est sur la base de l'examen de la recourante et de l'étude du dossier que l'expert estime l'humeur chronique de la recourante insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent et pour retenir une dysthymie (p. 20).

Le Dr F._____ indique avoir vu la recourante à une seule reprise, le 15 mars 2011. Selon les déclarations de cette dernière à l'audience du 10 octobre 2012, son unique entretien avec le Dr F._____ a duré de 45 à 50 minutes. Dans l'expertise, les plaintes de l'assurée font l'objet d'un exposé partiel, sans référence aux souffrances psychiques (p. 13), celles-ci étant citées par la suite pour être immédiatement réfutées dans le "statut clinique". Le Dr F._____ a ainsi noté "une discordance entre ce qui est dit par l'assurée et ce qui est ressenti par l'expert" et indiqué que la recourante "dit être très triste et déprimée, mais l'expert ressent plutôt une tristesse fluctuante en fonction [des] problèmes physiques" (pp. 14/15) : le sentiment purement subjectif de l'expert, sans motivation médicale aucune, fait apparaître un examen des plaintes peu rigoureux et superficiel, d'autant que l'expert indique avoir effectué "tout au long de l'entretien" le test DMRS relatif aux "mécanismes de défense psychologiques selon une optique psychodynamique" (p. 16).

L'expert s'est ainsi essentiellement fondé sur le dossier en sa possession, en d'autres termes sur des observations cliniques et des diagnostics qui diffèrent, plus ou moins selon les praticiens en cause, de ceux qu'il a retenus en définitive.

Dans l'appréciation du cas et le pronostic (pp. 19 à 23), l'expert cite bien les avis des Drs J. _____ et M. _____. Cette dernière praticienne signale deux hospitalisations, avec un diagnostic "d'épisode dépressif moyen à sévère", si bien que le Dr F. _____ ne paraît pas avoir eu à sa disposition tous les éléments de fait nécessaires pour motiver ses diagnostics. De plus, une expertise exécutée pour l'essentiel sur la base des rapports d'autres médecins doit en contrepartie exposer une argumentation sans faille qui, au terme d'une discussion complète, permet de comprendre comment l'expert parvient à ses propres conclusions. A cet égard, la démonstration proposée par l'expert (pp. 19 à 21) ne convainc toutefois pas pleinement, car elle n'accorde aucune attention à l'observation clinique lors des hospitalisations au cours desquelles d'autres spécialistes ont retenu un diagnostic de dépression récurrente sévère, avec une incapacité de travail pendant ces épisodes. L'expert est également superficiel dans son examen du cumul des affections physiques et psychiques (qui sont imbriqués de longue date), de la durée et l'enchevêtrement des pathologies, enfin de l'impact de ces éléments au cours du temps sur la capacité de travail de la recourante.

c) Il y a dès lors lieu, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique (expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA), les experts étant notamment invités à décrire l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la date du dépôt de la deuxième demande de rente AI en termes d'incapacité de travail, respectivement de capacité de travail résiduelle exigible.

7. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 3'000 francs.

Il n'y a pas lieu de mettre des frais de justice à la charge de l'assuré, qui obtient gain de cause (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD en relation avec l'art. 69 al. 1bis LAI). En revanche, il convient d'arrêter à 400 fr. les frais de justice à la charge de l'intimé, qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 21 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision, au sens de considérants.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour R. _____),
- 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 :