

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Métral
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Diego Bischof,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4, 28, 69 al. 1bis LAI; 6, 7, 8, LPGA; 49 al. 1 et 55 LPA-VD

E n f a i t :

A. Le 23 mars 1992, Q._____, née en 1961 (ci-après : l'assurée ou la recourante), a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à une orientation professionnelle ou à l'octroi d'une rente, indiquant quant au genre de l'atteinte "hernies discales L3/L4/L5 S1/S2". A la suite de cette demande, elle a bénéficié d'un reclassement professionnel (prononcé du 2 mars 1994) et a perçu des indemnités journalières pour une formation d'assistante médicale. Elle a obtenu le 12 février 1996 un diplôme de secrétaire médicale.

B. Le 5 mai 1998, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente, précisant quant à l'atteinte "hernies discales à répétitions depuis le 13 mars 1998, pose de deux prothèses dorsales lombaires". Cette demande a été rejetée par décision du 17 décembre 2001. La motivation de cette décision était en substance la suivante :

"Vous avez bénéficié de mesures professionnelles avec indemnités journalières AI jusqu'en 1996, puis vous avez touché des prestations de l'assurance-chômage. A l'issue de la formation entreprise, vous ne présentiez pas de préjudice économique, la profession apprise vous aurait permis de prétendre à un salaire supérieur à celui que vous receviez dans votre ancienne profession. Par courrier du 1^{er} mai 2001, nous vous avons demandé de nous fournir la copie de vos trois dernières fiches de salaires, que nous n'avons pas reçues à ce jour. Nous avons vérifié vos cotisations AVS-AI et constatons que votre revenu en l'an 2000 s'est monté à 61'683.-, nous en concluons que vous travaillez actuellement. Vous ne présentez donc pas de préjudice économique et des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires".

C. Le 19 septembre 2006, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations de l'AI tendant à l'octroi d'une rente. Elle relevait ce qui suit quant au genre de l'atteinte : "5 hernies discales (3 prothèses) - by-pass thérapeutique - ablation de la vésicule biliaire - poche stomacale - infiltration genou - rhumatisme - incontinence (selles et urines) - dépression".

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a requis production du dossier de l'assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : CNA), selon lequel celle-ci, tirée par son chien, avait chuté à son domicile avec réception sur le bras gauche en extension le 16 juin 2006. Il en était résulté une suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs à droite (rapport médical adressé le 21 août 2006 à la CNA par le Dr H. _____, médecin assistant à l'Hôpital orthopédique???. _____).

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 14 décembre 2006 par le Service du personnel de la Commune de D. _____, l'assurée avait travaillé du 1^{er} mai 2003 au 30 novembre 2005 en qualité de secrétaire à la Police de D. _____. Son salaire annuel depuis le 1^{er} mai 2005 se montait à 83'074 francs.

Dans son rapport médical du 22 décembre 2006 à l'OAI, le Dr V. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a indiqué que la patiente souffrait de cervicalgies, de douleurs lombaires chroniques après opérations multiples, d'une méniscope postéro-interne gauche ainsi que d'une calcification sous-acromiale de l'épaule gauche entraînant une importante impotence fonctionnelle. Il était d'avis qu'actuellement, l'assurée était quasiment inapte au travail. Par la suite, il estimait la capacité de travail à 25 %, éventuellement à 40 % au maximum.

Le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie, a adressé un rapport médical le 12 janvier 2007 à l'OAI, dans lequel il posait le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de by-pass gastro-jéjunal en mai 2005. En ce qui le concernait, il n'y avait pas d'incapacité de travail.

Le 9 juin 2008, la CNA a à nouveau adressé une copie de son dossier à l'OAI. Selon le rapport médical du 25 janvier 2007 du Dr H. _____ à la CNA, le diagnostic était celui de contusion de l'épaule gauche; l'arthro-IRM n'avait pas trop montré de lésion de la coiffe des

rotateurs. Selon une note d'entretien téléphonique du 13 juin 2007, l'assurée avait encore des douleurs mais il n'y avait plus aucun traitement pour l'instant.

Dans leur rapport médical du 2 août 2007, le Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue assistante R._____ ont posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits borderline et histrioniques existant depuis le début de l'âge adulte.

L'assurée a été convoquée le 30 juillet 2008 à un examen clinique rhumatologique, qui a été effectué par le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR). Dans son rapport du 8 août 2008, ce spécialiste a retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : périarthrite scapulo-humérale droite avec déchirure partielle tendineuse du muscle sus-épineux, conflit sous acromial et status après opération de l'épaule droite (M 75), périarthrite scapulo humérale gauche calcifiante avec status après opération de l'épaule gauche (M 75), lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après opérations rachidiennes multiples, dont pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 (M 54), douleurs abdominales, diarrhées et incontinence fécale dans le cadre d'un status après trois opérations bariatriques, dont un bypass gastrojéjunal ainsi que d'une récurrence d'éventration de l'hémiabdomen gauche après cure de deux éventrations, et d'un status après nombreuses opérations neurochirurgicales (R 10.4), notion anamnestique d'anévrisme de l'aorte abdominale (I 71.4), douleurs du genou gauche avec limitations fonctionnelles dans le cadre d'un status après ostéotomie de valgisation pour gonarthrose (M 17).

S'agissant de la capacité de travail exigible, le Dr G._____ relevait que, sur la base des constatations rhumatologiques et somatiques effectuées lors de l'examen SMR du 30 juillet 2008, il apparaissait que la capacité de travail était de 70 % dans l'activité d'opératrice-réceptionniste

à la Police de D._____, cette activité étant bien adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les diverses pathologies présentées par l'assurée. Cependant, l'incapacité de travail de 30 % s'expliquait par une baisse de rendement en raison des nombreuses limitations fonctionnelles qui se surajoutaient. Dans une activité adaptée, la capacité de travail serait également de 70 %. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

"Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 5 kg.

Diarrhées et incontinence : avoir des toilettes à proximité du poste de travail, où l'assurée peut se rendre.

Eventration et notion anamnétique d'anévrisme de l'aorte abdominale : pas d'effort important, pas de lever de charges de plus de 5 kg.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche supérieure à 30 minutes, pas de position debout prolongée de plus de 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier."

Dans son rapport médical du 14 août 2008, le Dr B._____ du SMR a retenu que, sur la base des constatations rhumatologiques et somatiques effectuées lors de l'examen SMR du 30 juillet 2008, la capacité de travail était de 70 % dans l'activité d'opératrice-réceptionniste, cette activité étant bien adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les diverses pathologies présentées par l'assurée. Cependant, l'incapacité de travail de 30 % s'expliquait par une baisse de rendement en raison des nombreuses limitations fonctionnelles qui se surajoutaient. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était également de 70 % depuis le 10 septembre 2005, mis à part des périodes d'incapacité de travail transitoire en rapport avec les diverses opérations que l'assurée avait eues.

Par communication du 26 septembre 2008, l'OAI a informé l'assurée avoir examiné le droit à l'orientation professionnelle, dont les conditions étaient remplies, si bien qu'une orientation professionnelle pour

déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle aurait lieu à l'office. A l'occasion d'un entretien du 29 janvier 2009, l'assurée s'est présentée en chaise roulante, expliquant que depuis sa récente opération (ostéotomie de valgisation), elle se déplaçait en fauteuil dès lors qu'elle ne pouvait pas utiliser des cannes anglaises à cause de ses deux prothèses à l'épaule. Elle estimait que l'appréciation du SMR n'était pas réaliste et qu'elle pouvait assumer au plus un 25 % ou un 30 % d'activité, de préférence à domicile.

Le 18 février 2009, l'assurée a demandé à l'OAI de prendre en charge un fauteuil roulant à titre de moyen auxiliaire. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a interpellé le Dr V._____, qui a relevé qu'il n'y avait actuellement pas de déficit proprement dit chez la patiente, sinon un état algique résiduel qui pouvait nécessiter la disponibilité d'une chaise roulante comme moyen de locomotion complémentaire (rapport médical du 26 mars 2009). L'OAI a rejeté la demande de moyen auxiliaire (fauteuil roulant) par décision du 23 novembre 2009. Le recours de l'assurée contre cette décision a été rejeté par arrêt de la Cour des assurances sociales du 28 juillet 2011 (cause AI 577/09 — 381/2011).

Dans un rapport médical à l'OAI du 27 avril 2009, le Dr W._____, médecin traitant depuis le 27 janvier 2009, a expliqué n'avoir vu la patiente qu'à deux reprises. Cette dernière lui avait alors fait savoir qu'elle subirait de nouvelles interventions orthopédiques. Le Dr W._____ estimait que la capacité de gain était nulle. Il notait encore que l'atteinte à la santé était complexe et qu'il manquait d'éléments pour détailler les répercussions fonctionnelles.

Par projet de décision du 5 janvier 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de rente, en retenant une capacité de travail de 70 % dans l'activité d'opératrice-réceptionniste et dans une activité adaptée. Comme l'assurée avait indiqué lors de l'entretien avec le conseiller en réinsertion professionnelle qu'elle ne

s'estimait pas capable de travailler sinon à titre occupationnel, l'OAI avait procédé à l'approche économique suivante :

"Sans vos problèmes de santé, vous auriez pu reprendre une activité de secrétaire/employée de commerce à plein temps et vous auriez pu recevoir en 2006 (à l'échéance du délai de carence) un salaire de CHF 76'370.- (selon normes de la SEC; niveau C), soit un revenu invalide de CHF 53'459.00 pour un taux de 70%.

Il ressort des constatations que votre activité de base apparaît être la mieux adaptée aux limitations fonctionnelles citées plus haut, de sorte que des mesures d'ordre professionnel ne sont pas nécessaires."

Par courrier du 10 février 2011, l'assurée a déclaré s'opposer à ce projet de décision, en expliquant que son état de santé s'était péjoré. En particulier, elle a expliqué qu'elle ne pouvait plus rien porter, qu'elle était en grave dépression et avait perdu 50 kilos en 8 mois. Elle a joint à son envoi un certificat médical du 31 janvier 2011 de la Dresse T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui indiquait la suivre depuis le 4 octobre 2010, ainsi qu'une attestation du Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 13 février 2008 aux termes de laquelle elle avait récemment bénéficié d'une intervention chirurgicale qui contre-indiquait désormais tout effort ou port de charges lourdes.

Poursuivant l'instruction du cas, l'OAI a invité le Dr L._____, médecin traitant, à compléter un rapport médical. Dans son rapport médical à l'OAI du 11 mars 2011, ce médecin a expliqué n'avoir vu la patiente que deux fois en octobre et novembre 2010, indiquant qu'elle était suivie par la Dresse M._____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour ses problèmes mécaniques et par la Dresse T._____ pour ses problèmes psychiques.

Dans son rapport médical à l'OAI du 27 avril 2011, la Dresse T._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de grave trouble de la personnalité (personnalité borderline F60.31), de trouble des conduites alimentaires non spécifié (F50.x), de troubles dysthymiques (F34.1), de trouble dépressif majeur récurrent (F33.x), de trouble douloureux (F45.4) et de multiples antécédents chirurgicaux. Pour

cette médecin, en raison de la chronicité et de la gravité des troubles, de l'importance de la comorbidité, de l'atteinte à la fois physique et psychique, l'incapacité de travail était totale et le pronostic réservé.

Dans son rapport médical à l'OAI du 12 mai 2011, le Dr V. _____ a estimé que l'assurée pouvait tout au plus exercer une activité à 30 % comme standardiste. Il observait qu'elle souffrait de douleurs résiduelles de la ceinture scapulaire, de la ceinture pelvienne, dans les genoux et le dos. Polyopérée sur un plan orthopédique, elle avait une tolérance relativement basse pour tout déplacement et toute activité.

Par avis médical du 22 juin 2011, le Dr B. _____ du SMR a observé que, d'un point de vue somatique, la situation était inchangée depuis le rapport SMR du 14 août 2008. Il convenait par contre de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique.

Le 1^{er} juillet 2011, l'assurée a été informée qu'une expertise médicale ambulatoire serait confiée au Dr X. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'examen psychiatrique a eu lieu le 26 octobre 2011. Dans son rapport du 11 novembre 2011 à l'OAI, le Dr X. _____ a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de personnalité abandonnique (dépendante) (F60.7) avec traits histrioniques (F60.4). Il a en outre retenu ce qui suit sous la rubrique "appréciation du cas et pronostic" de son rapport :

"Cette assurée a certainement vécu des carences affectives pendant son enfance. Elle a été abandonnée après sa naissance et a vécu dans une pouponnière jusqu'à l'âge de 4 ans. Elle a été adoptée par un couple de parents qui n'avaient pas d'enfants.

Signalons également que l'assurée a souffert d'énurésie et d'encoprésie jusqu'à l'âge de 8 ans. Vraisemblablement dans ce contexte, l'assurée s'est structurée à la manière d'une personnalité abandonnique, actuellement appelée personnalité dépendante selon la CIM-10. Les caractéristiques sont les suivantes :

- Le fait d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place.
- Une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend et une soumission exagérée à leur volonté.
- Une réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend.

- Un sentiment d'impuissance lorsque la personne est seule en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seule.

Je ne peux pas retenir le diagnostic de personnalité limite retenu par le psychiatre de l'assurée car il manque plusieurs éléments, notamment les perturbations sexuelles, les sentiments permanents de vide, les tentatives de suicide ou les gestes auto-agressifs et la dépendance aux substances psychoactives. Bien que la prise de Tramal soit assez importante et provoque certainement la fatigue dont se plaint l'assurée, cela ne l'empêche pas de conduire une voiture.

L'assurée a réussi à terminer ses études, à faire un apprentissage et à travailler sans difficulté jusqu'en 2005 quand elle fût licenciée pour absences prolongées à cause des incapacités de travail.

Depuis environ 1998, l'assurée ressent des lombalgies chroniques avec sacro algies qui ont provoqué neuf opérations du rachis lombaire et la pose de deux prothèses discales en octobre 1998 au niveau L4-L5 et L5-S1. Il s'en suit toute une série de manifestations somatiques et opérations (voir résultats de l'examen clinique rhumatologique effectué le 30 juillet 2008 au SMR).

Rappelons que lors de l'examen rhumatologique au SMR précité, une capacité de travail exigible de 70 % comme opératrice-réceptionniste lui a été reconnue ainsi que dans une activité adaptée.

A signaler que le médecin psychiatre de l'assurée retient un trouble dépressif récurrent mais il ne mentionne pas les signes cliniques ni les symptômes. Je n'ai pas pu retenir ce diagnostic après l'entretien d'expertise, mais plutôt une tristesse fluctuante et une anxiété liées aux douleurs et manifestations somatiques de l'assurée.

En effet, l'évolution de la douleur correspond tout à fait à un trouble somatoforme persistant dont les caractéristiques essentielles, selon la CIM-10, sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilans 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 gravité de Mayer-Blaser, nous constatons qu'il n'y a pas de véritable comorbidité psychiatrique à caractère handicapant. Par ailleurs, l'assurée a pris contact avec un psychiatre seulement depuis un an; l'anxiété et la tristesse fluctuante accompagnent l'évolution naturelle d'un trouble somatoforme. Il n'y a pas de cristallisation psychique, l'assurée a des ressources psychologiques. Puisque les douleurs sont présentes depuis plusieurs années, nous pouvons parler d'affection chronique. Il n'y a pas d'isolement social. L'assurée est suivie par un psychiatre depuis un an à raison d'un entretien par mois, elle ne prend pas de

médicaments psychotropes, elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique.

Le principal problème de l'assurée est la douleur et ses manifestations somatiques.

Du point de vue psychiatrique, l'assurée est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles mentionnées lors de l'examen rhumatologique effectué en 2008 et ceci en l'absence de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé.

Le pronostic reste réservé étant donné la présence du 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, l'assurée décrit des manifestations somatiques liées à la douleur qui ont un caractère subjectivement handicapant, selon l'assurée.

Du point de vue psychique et social, aucune limitation.

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

Comme dit précédemment, le principal problème de l'assurée est la douleur et ses manifestations somatiques correspondant à un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique handicapante.

Du point de vue psychiatrique, l'assurée est capable de travailler à 100 %.

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

Oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

Non, l'assurée s'attend seulement à recevoir une rente AI, elle est ancrée dans une attitude de victimisation.

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

Voir plus haut.

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

Voir plus haut."

Par avis médical du 23 novembre 2011, le Dr B. _____ du SMR a relevé que le Dr X. _____ ne faisait état d'aucune atteinte à la santé psychique susceptible d'influencer durablement la capacité de travail, observant que la capacité de travail exigible était inchangée depuis le rapport SMR du 14 août 2008.

Par décision du 6 décembre 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée que l'expert X. _____ avait indiqué qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles à la capacité de travail du point de vue psychique, si bien que l'OAI confirmait son préavis.

L'assurée a prié l'OAI de lui envoyer son dossier complet le 19 décembre 2011, en demandant également de "retarder la date butoir du recours" pour lui laisser le temps de recourir dès l'obtention de son dossier complet. En réponse à cette demande, l'OAI lui a notamment fait savoir le 3 janvier 2012 qu'elle avait jusqu'au 3 février 2012 pour faire recours auprès du Tribunal cantonal contre la décision du 6 décembre 2011.

Le 23 janvier 2012, l'assurée, désormais représentée par l'avocat Diego Bischof, s'est adressée à l'OAI pour contester la décision du 6 décembre 2011, en faisant valoir qu'il n'existait pas d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, savoir l'alternance de position assise/debout toutes les deux heures et cinq à six passages aux toilettes, de vingt minutes chacun, liés à la diarrhée et à l'incontinence.

Le 1^{er} février 2012, l'OAI a répondu à l'assurée qu'il n'y avait aucun élément médical lui permettant de confirmer qu'elle devait demeurer aux toilettes vingt minutes, à raison de cinq à six fois par jour, et que la baisse de rendement de 30 % retenue incluait les changements de posture deux fois par heure.

D. Par acte du 3 février 2012, Q._____, par son conseil, a recouru contre la décision du 6 décembre 2011 de l'intimé auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente fixée à dire de justice lui est octroyée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction puis nouvelle décision. En substance, elle explique qu'elle n'entend pas contester l'appréciation faite par l'intimé de ses limitations fonctionnelles, que ce soit du point de vue somatique et psychique, mais conteste qu'il existe un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, affirmant qu'aucun employeur n'acceptera de l'engager compte tenu des problèmes physiologiques dont elle est affectée. Elle explique que ses problèmes d'incontinence sont avérés, avec pour conséquence des absences pour aller aux toilettes de l'ordre de deux heures par jour, si bien que pour un poste d'opératrice-réceptionniste, cela constituerait un obstacle important pour un employeur. Elle en déduit

encore que, pour le cas où un employeur consentirait à l'engager, sa capacité de travail effective serait de 60 % ou même moins, avec pour conséquence un taux d'invalidité de 40 % ouvrant le droit à un quart, voire à une demie rente. Elle soutient dès lors qu'il incombe à l'intimé d'apporter la preuve que le poste adapté existe réellement, pour un taux de 70 %, et requiert qu'une "mesure d'instruction adéquate" soit diligentée à ce sujet.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

Par réponse du 14 mai 2012, l'intimé propose le rejet du recours. Il explique à cet égard que le problème d'incontinence a été pris en compte par l'expert du SMR, l'ancienne activité d'opératrice-réceptionniste demeurant adaptée au taux de 70 %. Il relève encore que toute activité de secrétariat est adaptée, avec la précision qu'il est courant de disposer d'un lieu d'aisance sur son lieu de travail.

Dans sa réplique du 4 juillet 2012, la recourante requiert la désignation en qualité d'expert de l'urologue K._____, afin qu'il instruisse le type d'activité exigible et le taux d'activité exigé.

Par duplique du 10 juillet 2012, l'OAI observe que la mise en oeuvre d'une expertise pour objectiver les problèmes d'incontinence de la recourante ne lui semble pas opportune, cette problématique et ses répercussions sur la capacité de travail ayant fait l'objet d'un examen clinique au SMR.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959

sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été interjeté auprès du Tribunal compétent et satisfait aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA). Se pose cependant la question de savoir s'il a été interjeté en temps utile. A cet égard, l'art. 60 al. 1 LPGA dispose que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Ce délai commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA) et ne court pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). C'est un délai légal qui ne peut être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA). *Prima facie*, il paraît douteux que le recours du 3 février 2012 soit intervenu en temps utile. Cela étant, l'OAI a fait savoir à la recourante par courrier du 3 janvier 2012 qu'elle avait jusqu'au 3 février 2012 pour faire recours. Découlant directement de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le droit à la protection de la bonne foi préserve la confiance légitime que le citoyen met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636; 129 1161 consid. 4.1 p. 170; 128 II 112 consid. 10b/aa p. 125; 126 II 377 consid. 3a p. 387 et les arrêts cités). Selon la

jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 637; 131 V 472 consid. 5 p. 480; 129 1161 consid. 4.1 p. 170; 122 II 113 consid. 3b/cc p. 123 et les références).

En application de ce principe, on admet généralement qu'une partie ne doit pas être lésée par une indication erronée des voies de droit (ATF 115 la 12 consid. 4a p. 19; 112 la 305 consid. 3 p. 310; cf. également art. 49 LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 du sur le Tribunal fédéral, RS 173.110] et art. 38 PA). Il est donc possible que le droit à la protection de la bonne foi conduise à la prolongation d'un délai légal en raison d'une indication erronée donnée par l'autorité (ATF 114 la 105 consid. 2 p. 107 et les références). Tel est notamment le cas si l'autorité procède à une deuxième notification avant l'échéance du délai de recours, en indiquant sans réserve les voies de droit (ATF 119 V 89 consid. 4b/aa p. 94; 115 la 12 consid. 4a et 4c p. 19 ss).

En l'occurrence, et vu la teneur de la lettre du 3 janvier 2012 de l'intimé, il convient de considérer que la recourante était fondée à se baser sur les informations reçues de ce dernier, qui ne soulève au demeurant pas la question de l'éventuelle tardiveté du recours. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 celle décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite du dépôt, le 19 septembre 2006, d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail à laquelle ce dernier a procédé.

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.

Selon l'art. 28 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur

du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration — ou le juge s'il y a recours — a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; TF, I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les arrêts cités; I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de 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 trancher 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.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale

d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références; TF, 8C_15/2009 arrêt du 11 janvier 2010 consid. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF, 9C_6712007 arrêt du 28 août 2007 consid. 2.4).

4. Se fondant sur les conclusions du Dr G._____, qui retient une capacité de travail de 70 % tant dans l'activité habituelle d'opératrice-réceptionniste que dans une activité adaptée, ainsi que sur les constatations du Dr X._____, qui estime que la capacité de travail est entière au plan psychiatrique, l'OAI a nié le droit à la rente à la recourante.

A cet égard, celle-ci allègue ne pas remettre en question l'appréciation qui a été faite de ses limitations fonctionnelles, que ce soit du point de vue somatique ou psychiatrique, mais affirme qu'aucun employeur ne consentira à l'engager compte tenu de ses affections physiologiques. Elle ajoute que ses problèmes d'incontinence la

contraignent à se rendre environ deux heures par jour aux toilettes, si bien qu'elle doute qu'il existe un poste adapté à sa problématique de santé.

a) Sur le plan psychiatrique, la situation n'est pas controversée. L'intimé se fonde sur le rapport d'examen du Dr X._____, lequel se fonde sur un entretien avec la recourante, l'examen de son dossier, fait état de ses plaintes et a été établi en pleine connaissance du contexte médical. Ce spécialiste explique de manière claire et détaillée ce qui le conduit à retenir les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de personnalité abandonnique (dépendante) (F60.7) avec traits histrioniques (F60) ainsi que les raisons pour lesquelles ces diagnostics sont sans répercussion sur la capacité de travail. Il expose en outre pour quels motifs les diagnostics retenus par la psychiatre traitante, la Dresse T._____, ne peuvent être retenus. Ces explications sont convaincantes et dénuées de contradictions. La recourante n'en disconvient du reste pas. Dans ces conditions, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr X._____ et retenir sur cette base que la recourante présente une capacité de travail entière au plan psychiatrique.

b) Au plan somatique, la situation médicale est également bien établie. Dans la mesure où le Dr Z._____ a écrit qu'il n'y avait selon lui pas d'incapacité de travail (rapport médical du 12 janvier 2007), alors que le Dr V._____ faisait état d'une capacité de travail estimée entre 25 % et 40 % (rapport médical du 22 janvier 2006), l'OAI a confié au Dr G._____ du SMR le soin d'examiner la recourante.

Dans son rapport du 8 août 2008, ce spécialiste a fait état de plusieurs diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Dans ce cadre, il a notamment retenu le diagnostic de diarrhées et incontinence fécale dans le cadre d'un status après trois opérations bariatriques, dont un bypass gastrojéjunal ainsi que d'une récurrence d'éventration de l'hémiabdomen gauche après cure de deux éventrations et d'un status après nombreuses opérations neurochirurgicales (R 10.4). Le Dr G._____ a noté dans son appréciation du cas que la recourante se plaignait de

besoins impérieux pour aller à selles dans le cadre de diarrhées liées à un status après trois opérations bariatriques. Dans l'anamnèse actuelle générale de la recourante, ce médecin a en particulier observé que la recourante présentait des douleurs de l'hémiabdomen gauche sous forme de crampes apparaissant environ 15 minutes avant la défécation et se prolongeant 15 à 30 minutes après la défécation. Après les défécations, l'assurée devait souvent se rendre à nouveau à selle. Elle présentait d'ailleurs des diarrhées avec 5 à 10 selles par jour, prédominant en matinée. Le Dr G. _____ a encore noté que si elle ne pouvait aller à selle rapidement, elle présentait une incontinence des selles.

Il apparaît dès lors que le Dr G. _____ a bien compris que la recourante présentait des diarrhées avec 5 à 10 selles par jour, accompagnées de crampes. Il a du reste retenu le diagnostic de diarrhées et d'incontinence fécale avec effet sur la capacité de travail, et a bien noté dans les limitations fonctionnelles la nécessité d'avoir des toilettes à proximité du poste de travail.

Dans ces conditions, il apparaît que la problématique d'incontinence a été valablement instruite et prise en considération par le Dr G. _____. Ce dernier, sur la base de ses observations et de l'étude du dossier, a ainsi arrêté la capacité de travail résiduelle de la recourante à 70 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, ce précisément en raison d'une baisse de rendement de 30 % liée aux limitations fonctionnelles. La recourante ne peut dès lors pas être suivie lorsqu'elle soutient que pour le cas où elle serait engagée, sa capacité de travail effective serait de 60 % voire moins, la baisse de rendement ayant déjà été prise en compte dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle, arrêtée à 70 %.

C'est le lieu de constater que le rapport du Dr G. _____ doit également se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où il répond à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une telle valeur. Au demeurant, il n'est pas valablement contredit par l'appréciation d'autres médecins. En particulier, le Dr W. _____ a indiqué

n'avoir vu la patiente qu'à deux reprises et s'est contenté de reprendre ses dires (rapport médical du 27 avril 2009), sans que son avis ne permette de remettre en doute le rapport du Dr G._____. La même remarque peut être faite au sujet du rapport du Dr L._____ (rapport médical du 11 mars 2011), qui ne s'est par ailleurs pas prononcé sur la capacité de travail dès lors qu'il n'a vu la recourante qu'à deux occasions. Quant au Dr V._____, son appréciation du 12 mai 2011 selon laquelle la recourante pouvait au plus travailler à 30 % comme standardiste, rejoint son appréciation du 22 décembre 2006, à l'occasion de laquelle il estimait déjà la capacité de travail entre 25 % et 40 % au maximum. Cette affirmation isolée n'est pas propre à remettre en cause le rapport du Dr G._____. Quoiqu'il en soit, la recourante ne paraît pas non plus remettre en question les conclusions de cette expertise, mais soutient qu'il n'existe pas de poste adapté à ses limitations fonctionnelles. Or, ce point de vue ne saurait être suivi: il apparaît au contraire, ainsi que l'a du reste exposé le Dr G._____, que l'activité d'opératrice-réceptionniste est adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Il en va de même des activités de secrétariat, comme le relève l'intimé, qui permettent de respecter les limitations fonctionnelles posées dans le rapport d'examen du 8 août 2008 et dans le rapport médical du SMR du 14 août 2008.

Quant au grief selon lequel aucun employeur n'accepterait de l'engager compte tenu de ses problèmes physiologiques, il faut rappeler que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF, I 198/97 arrêt du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293).

En l'espèce, il apparaît que la recourante peut exercer à 70 % tant son activité habituelle qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette activité doit permettre l'alternance des positions assis/debout deux fois par heure, éviter le port de charges de plus de 5 kg, respectivement 8 kg, le porte-à-faux statique prolongé, l'élévation des épaules à plus de 60°, les efforts importants, les genuflexions répétées, le franchissement d'escaliers, la marche supérieure à trente minutes, la position debout plus de quinze minutes; il faut encore que la recourante dispose de toilettes à proximité de son poste de travail. Si ces limitations fonctionnelles peuvent de prime abord sembler conséquentes, elles représentent en fait les mesures classiques d'épargne en vue d'éviter les douleurs provoquées par les pathologies de l'assurée. D'un point de vue strictement médical, la recourante est objectivement en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative.

Sur les plans personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée est également exigible. En particulier, lors de la notification de la décision litigieuse, la recourante (alors âgée de 50 ans) n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Si les restrictions induites par les limitations fonctionnelles de la recourante et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent celle perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles compte tenu de sa formation (cf TF, 9C_713/2010 arrêt du 22 juillet 2010 consid. 3.4). Il apparaît au demeurant que l'activité de secrétaire/employée de commerce, respectivement d'opératrice-réceptionniste, est adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus.

c) Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que le dossier médical de la recourante a été suffisamment instruit. En conséquence, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que la recourante présente une capacité de travail de 70 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise confiée à un urologue. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. Le taux d'invalidité calculé par l'intimé sur la base des constatations de fait qui précèdent n'est pas critiquable et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la part de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cette question plus avant.

7. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) 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 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis 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. 49 al. 1 LPA-

VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 décembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Diego Bischof, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :