

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC de vendeuse, gestionnaire de dossier auprès du P. _____ (ci-après : P. _____) depuis 1999 à plein temps, a déposé le 6 octobre 2010 une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'obtention de mesures pour une réadaptation professionnelle, en précisant quant au genre de l'atteinte «accident de voiture - coup du lapin - cervicales - TTC - clavicule droite - épaule - côte gauche dernière», l'atteinte existant depuis le 10 avril 2010, alléguant une incapacité de travail totale dès cette date.

Le 12 octobre 2010, le Dr X. _____, spécialiste en médecine du travail, médecin cantonal adjoint au Service S. _____, a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que la situation de l'assurée lui avait déjà été signalée par l'employeur une première fois en 2008 à la suite d'un arrêt de travail prolongé pour un état anxio-dépressif réactionnel au suicide de son neveu. La reprise d'activité de gestionnaire de dossiers avait par la suite nécessité d'être dispensée du guichet en raison d'une intolérance au stress persistante. La situation de l'intéressée avait été signalée une nouvelle fois au mois d'août 2010, en raison d'un arrêt de travail ayant débuté à la mi-avril à la suite d'un accident de voiture ayant été à l'origine d'intenses cervicalgies sur fond de cervicarthrose C5-C6 et C6-C7, discopathie et arthrose facettaire.

Dans son rapport médical du 27 octobre 2010 à l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de burn out (en 2008) et de cervico-brachialgies droites post-traumatiques existant depuis 2010, sa patiente présentant une incapacité de travail complète depuis le 14 avril 2010, précisant qu'une reprise à l'essai au taux de 30% était envisageable. Le médecin traitant a joint à son envoi un rapport médical du Dr W. _____, spécialiste en rhumatologie, du 15 octobre 2010, qui

posait les diagnostics de cervicalgies de caractère musculaire dysfonctionnel post whiplash avec décompensation d'atteintes de cervico-discarthrose (accident de voiture du 10 avril 2010). De l'avis du Dr W._____, l'évolution actuelle permettait d'envisager une reprise progressive de la capacité de travail à partir du mois de novembre 2010, en aménageant les conditions de travail et en évitant les contraintes, notamment positionnelles et fonctionnelles, soit en évitant les changements de poste, les activités impliquant des mouvements répétés de la nuque, surtout en rotation et en flexion, ainsi que les situations de stress et de rendement forcé. Il fallait aussi tenir compte des trajets afin de ne pas imposer un aller-retour à [...] pour une demi-journée de travail dans la mesure du possible.

La Dresse R._____, spécialiste en anesthésiologie, dans son rapport médical du 29 novembre 2010 à l'OAI, a diagnostiqué des cervicalgies suite à un phénomène de whiplash survenu le 10 avril 2010. Elle estimait que l'activité exercée jusqu'à ce jour était encore exigible, avec une réduction de rendement en raison des contraintes positionnelles et fonctionnelles. La résistance, la capacité d'adaptation, de compréhension et de concentration n'étaient pas limitées. La Dresse R._____ a joint à son rapport médical son envoi du 4 novembre 2010 au Service S._____, dans lequel elle expliquait que la patiente avait bénéficié d'une infiltration péridurale cervicale le 28 septembre 2010, avec une évolution à ce jour d'environ 70% de douleurs en moins. Elle relevait que selon le compte-rendu du Dr W._____, il fallait envisager une reprise progressive d'activité dès le mois de novembre 2010 en aménageant les conditions de travail.

L'assurée a repris son emploi à 20% le 1^{er} novembre 2010 et à 30% le 1^{er} février 2011.

Dans son rapport d'étude ergonomique du poste de l'assurée, T._____ a conclu qu'afin de respecter les recommandations médicales, l'activité au guichet ainsi que l'activité au call center ne devaient plus être effectuées par l'assurée. Hormis les mouvements présents en rotation de

la nuque, l'activité de back office respectait les recommandations médicales. Toutefois, le poste de travail devait être modifié afin de réduire les contraintes au niveau de l'épaule et de la région cervicale (essais de siège et modification de la souris).

Par communication du 20 mai 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour un siège de travail d'un montant de 1'764 fr. 70 (mesures d'intervention précoce sous la forme d'adaptation du poste de travail).

L'assurée a signé le 25 mai 2011 un contrat d'objectifs selon lequel son taux actuel était de 40%.

Dans son rapport médical à l'OAI du 27 mai 2011, le Dr G._____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies post-traumatiques. Il a précisé que la capacité de travail de sa patiente avait été de 30% du 1^{er} février au 30 avril 2011, et qu'elle était actuellement de 40% depuis le 1^{er} mai 2011, faisant état d'une évolution stable depuis son dernier rapport.

Le 21 juin 2011, le Dr W._____ a relevé que, concernant la colonne cervicale, les aménagements du poste de travail paraissaient être tout à fait adaptés et permettaient une mise en œuvre d'une activité professionnelle actuellement à un taux de 40% qui serait réévaluée par le médecin cantonal en fonction de l'évolution clinique et des possibilités d'amélioration ergonomique du poste de travail. Il avait prescrit une supplémentation en chondroïtine sulfate et glucosamine concernant les douleurs manuelles sur arthrose digitale débutante, et prescrit des supports plantaires pour la cheville droite et les pieds.

L'assurée a été soumise à un examen du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur demande de l'assureur-accidents. Dans son rapport du 22 juillet 2011, ce spécialiste a retenu que la relation de causalité naturelle entre l'événement du 10 avril 2010 (qui n'avait pas généré de lésion anatomique aiguë, macroscopiquement évidente) et la symptomatologie

alléguée par la patiente depuis janvier 2011 (après neuf mois d'évolution) paraissait improbable, voire hautement improbable.

Par avis médical du 30 août 2011, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que la limitation de la capacité de travail à 40% n'était pas justifiée médicalement et a proposé de mettre en oeuvre un examen rhumatologique au SMR afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible. Le Dr D._____ a noté qu'interrogé par téléphone, le Dr G._____ ne semblait pas au courant que l'activité actuelle de l'assurée avait été modifiée et qu'elle était à considérer comme adaptée. Le Dr G._____ a fait parvenir au Dr D._____ le dernier rapport du Dr W._____ du 21 juin 2011, qui décrivait une situation favorable sur le plan objectif, avec un status cervical sans contractures, avec discret trouble statique, et des mains calmes, sans signes d'arthrite ou de synovite.

Le 20 septembre 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé, si bien qu'il allait examiner le droit à une éventuelle rente.

Le 30 septembre 2011, l'assurée a été examinée par le Dr H._____, médecin auprès du SMR et spécialiste en médecine physique et réadaptation, dans le cadre d'un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 15 novembre 2011, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques post traumatiques (M54.2) (cervicarthrose terminale et status après whiplash avec cervicalgies musculaires dysfonctionnelles), de douleurs manuelles à prédominance droite, sur arthrose digitale débutante (M15) et de podalgies droites en relation avec une tendinite d'insertion du tibial postérieur et troubles statiques plantaires avec platipodie longitudinale et transverse.

Sous la rubrique «appréciation du cas» de son rapport du 15 novembre 2011, le Dr H. _____ a relevé ce qui suit :

«Il s'agit d'une assurée âgée de [...] ans, travaillant comme gestionnaire pour le P. _____, déposant une demande de prestations AI le 06.10.2010, en relation avec une incapacité de travail évoluant depuis le 14.04.2010, secondaire à un accident de la circulation survenu le 10.04.2010, avec mécanisme de whiplash.

A la suite d'un accident de la circulation avec mécanisme de whiplash, l'assurée développe des cervico-brachialgies à prédominance D, avec dans un deuxième temps, apparition d'une symptomatologie douloureuse au niveau des deux mains, à caractère mécanique et de podalgies D. Associés aux plaintes à caractère ostéoarticulaire, l'assurée développe des céphalées, troubles de la concentration, états de fatigue, troubles de la mémoire et difficultés à gérer le stress.

Une reprise de son activité professionnelle antérieure est possible à un taux progressif à partir de novembre-décembre 2010, pour atteindre un 70% à partir du 01.09.2011.

Dans les antécédents de cette assurée, à signaler une période d'incapacité de travail de longue durée, il y a trois ans environ, à la suite d'un burn out, se soldant par une reprise de son activité antérieure adaptée avec diminution de l'exposition au stress (activité uniquement de back office et gestion de dossiers).

L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée en excellent état général, présentant une légère diminution de la mobilité du rachis cervical dans les mouvements de rotation et de flexion dans un contexte algique et de contre-pulsion. Aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires n'est constatée, hormis une légère diminution en ce qui concerne les mouvements de rotation de la hanche G, avec une probable coxarthrose débutante, sans véritable traduction fonctionnelle (absence de plainte spontanée). L'assurée se plaint par ailleurs de douleurs digitales et des deux mains, à caractère constant, exacerbées par toute forme d'activité manuelle. Lors de l'examen clinique au SMR, à signaler l'absence de mise en évidence de phénomène inflammatoire au décours. Une investigation ultra-sonographique, réalisée le 21.06.2011, par le Dr W. _____, FMH en rhumatologie, précise l'absence formelle de signe d'arthrite ou de synovite (rapport médical du 21.06.2011).

En dernier lieu, l'assurée évoque des podalgies D, qui sont mises en relation avec une tendinite insertionnelle du tibial postérieur, associées à des troubles statiques plantaires pour lesquels une prescription de supports plantaires a déjà été effectuée.

La documentation radiologique mise à disposition (IRM et RX cervicale) associée à des RX des deux mains de F, met en évidence des troubles dégénératifs du rachis cervical terminal avec une ostéophytose antérieure et des discopathies étagées en C5-C6, C6-C7. A signaler l'absence de pathologie compressive sur le plan radiculaire ou médullaire. En ce qui concerne les mains, les clichés mis à disposition mettent en évidence un début d'arthrose inter-digitale, se signalant par une diminution des espaces inter-somatiques (pincement) au niveau des articulations inter-phalangiennes distales du 5^{ème} rayon de la main D.

L'ensemble de la symptomatologie évoquée par l'assurée, le handicap revendiqué et l'incapacité de travail attestée à ce jour ne peuvent s'expliquer uniquement par les atteintes structurelles objectives sur le plan ostéoarticulaire mises en évidence par les différents examens réalisés à ce jour.

Les atteintes à la santé dégénératives présentées par cette assurée sont à l'origine de limitations fonctionnelles induisant des diminutions de la capacité de travail, essentiellement dans des activités à forte charge physique. L'activité habituelle de l'assurée (activité de bureautique variable), permettant la variation des positions peut être considérée comme une activité adaptée et de ce fait, il n'y a pas d'incapacité de travail ou de diminution de rendement significatif à prendre en considération.

Une incapacité de travail de maximum 9 mois peut être considérée comme médicalement justifiable à la suite du traumatisme subi en avril 2010 (cette évaluation concorde avec celle du Dr V. _____ lors de son expertise pour l'assurance perte de gain). Depuis la reprise de son activité antérieure qui est considérée comme adaptée à un taux partiel, l'assurée présente une pleine capacité de travail médico-théorique sur le plan ostéoarticulaire.

L'anamnèse et l'examen clinique réalisés au SMR mettent en évidence des éléments en faveur d'une symptomatologie à caractère de non organicité (signes comportementaux et antécédents de burn out) qui sont vraisemblablement à l'origine de la poursuite de longue durée de l'incapacité de travail attestée chez cette assurée.

Limitations fonctionnelles

Absence de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Eviter les activités en antépulsion ou en abduction au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°. Eviter les activités nécessitant des positions statiques prolongées en flexion-extension du rachis cervical ou les mouvements brusques en rotation. Eviter les positions statiques assises prolongées au-delà de l'heure avec possibilité de variations des positions minimum une fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Diminution du périmètre de marche à environ une 1/2 h à 3/4 h sur terrain plat. Eviter les montées ou descentes d'escaliers à répétition ou les activités en hauteur.

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

moins?

Sur la base des documents mis à disposition au dossier médical et de l'anamnèse fournie, l'assurée est en incapacité de travail depuis le 14.04.2010.

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

lors?

Une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de 9 mois après le traumatisme survenu le 10.04.2010 peut être médicalement justifiée. Au-delà, l'incapacité de travail n'a pas de justification sur le plan ostéoarticulaire.

Une reprise de son activité antérieure à un taux progressif a été possible à partir de novembre 2010.

Au plus tard trois mois après la reprise progressive de son activité antérieure qui est considérée comme adaptée, la capacité de travail médico-théorique est de 100% sur le plan ostéoarticulaire.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100%.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100%. DEPUIS : JANVIER 2011.»

Dans son rapport du 29 novembre 2011, le Dr D._____ a constaté que la capacité de travail était entière depuis janvier 2011 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 18 janvier 2012, le Dr F._____, psychiatre traitant de l'assurée, a déposé pour le compte de sa patiente une nouvelle demande de prestations AI. Il y a fait état, s'agissant des affections présentées, de dépression et d'anxiété.

Par projet de décision du 20 janvier 2012, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, en exposant qu'à compter du 1^{er} janvier 2011, elle avait retrouvé une pleine capacité de travail, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, des mesures d'ordre professionnel n'étant donc pas nécessaires.

Par décision du 1^{er} mars 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 janvier 2012.

B. Par acte du 3 avril 2012, Q._____, représentée par Me Monnard Séchaud, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité à un taux fixé à dire de justice depuis le 1^{er} avril 2011, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel et des indemnités journalières. En substance, elle fait valoir que son psychiatre traitant a attesté d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'une dépression vitale mixte endogène ainsi que réactionnelle depuis 2008, circonstances que le Dr F._____ a annoncées à l'OAI. Elle en déduit que l'intimé ne pouvait statuer sans procéder à une expertise psychiatrique, sinon à une expertise bi-disciplinaire. Pour le surplus, elle sollicite que des renseignements médicaux soient requis des Drs F._____, G._____ et W._____, puis qu'elle puisse compléter son écriture. Elle sollicite également la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. Elle joint à son recours un rapport

médical du Dr F._____ au Service S._____ du 25 août 2011, selon lequel elle présente une incapacité de travail débutée en 2008, avec un taux d'incapacité actuel de 30%, et un pronostic de reprise à 70%. Elle joint en outre un courrier du Dr X._____ à la caisse de pensions de l'[...] du 9 mai 2011, selon lequel ce médecin estime justifié d'accorder à la recourante des prestations à 70% dès la date indiquée par l'employeur et jusqu'au 1^{er} mai 2011, et à 60% du 2 mai au 31 août 2011, ainsi qu'un courrier du Dr X._____ à la caisse de pensions selon lequel il était justifié de prolonger les prestations à 60% du 2 mai au 31 juillet 2011, à 50% du 1^{er} au 31 août 2011, et à 30% du 1^{er} septembre au 31 décembre 2011.

Dans sa réponse du 21 juin 2012, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a relevé que dans son rapport médical du 25 août 2011, le Dr F._____ attestait une incapacité de travail de 30% dans l'activité habituelle, l'activité exercée étant décrite comme répondant à ce que souhaitait la recourante et le taux de 70% comme correspondant à ses capacités professionnelles. Pour l'intimé, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées et le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 27 juillet 2012, la recourante a maintenu sa position et a réitéré ses demandes de mesures d'instruction, demandant également la production de son dossier complet constitué par le Service S._____.

Le 9 octobre 2012, le juge instructeur a fait savoir aux parties qu'il envisageait d'interpeller le Dr F._____ afin qu'il lui adresse un rapport sur le suivi de la recourante, et les a invitées à lui faire parvenir la liste des questions qu'elles souhaitaient lui poser.

Le 22 novembre 2012, l'OAI a fait parvenir le questionnaire utilisé habituellement pour demander aux médecins psychiatres des renseignements et a précisé ne rien avoir pour le surplus à ajouter sur la réplique de la recourante.

Bien qu'invité à répondre aux questions des parties les 12 février 2013, 5 mars 2013, 16 avril 2013, 7 mai 2013 et 18 juin 2013, le Dr F._____ n'a pas donné suite à cette demande.

Le 26 août 2013, l'avocate de la recourante a finalement adressé à la Cour de céans un questionnaire médical daté du 22 août 2013 à teneur duquel le Dr F._____ posait le diagnostic d'épisode dépressif fluctuant depuis avril 2010, en faisant état d'une diminution de la concentration et de la confiance en soi, d'idées de dévalorisations, de pessimisme, d'idées suicidaires et d'insomnies. Il confirmait que sa patiente n'avait pas récupéré une capacité de travail supérieure à 70% depuis son accident du 10 avril 2010. Il se référait en outre à un courrier du 18 juillet 2013 du chef de service du P._____ à l'OAI, dans lequel il était indiqué qu'au 1^{er} octobre 2012, le taux d'activité de la recourante avait été réduit de 100% à 70%. Elle avait ensuite partiellement repris son activité professionnelle pour être à 100% au 1^{er} juillet 2013. Toutefois, depuis mars 2013, son taux de rendement ne correspondait pas à son taux d'activité, l'intéressée effectuant son activité sur quatre jours par semaine. A titre comparatif avec ses collègues effectuant le même travail, le taux de rendement de la recourante était estimé à la moitié de son taux d'activité, soit à 35%.

Dans ses déterminations du 18 novembre 2013, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a observé que les documents produits le 26 août 2013 faisaient état d'une aggravation de la situation depuis un deuxième accident survenu en septembre 2012, date postérieure à celle de la décision attaquée. Pour la période faisant l'objet du recours, l'intimé a confirmé ses déterminations du 21 juin 2012, à savoir qu'une incapacité de travail de 30% dans l'activité habituelle, pour autant qu'elle puisse être admise, n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité.

Dans ses observations du 15 janvier 2014, la recourante a relevé que l'OAI avait considéré le courrier qu'elle lui avait adressé en décembre 2012 comme une nouvelle demande, l'invitant à apporter les

éléments médicaux lui permettant le cas échéant d'entrer en matière sur celle-ci, étant précisé que l'intimé ne pourrait statuer qu'à droit connu sur la précédente demande. Elle estimait que selon le questionnaire du Dr F._____, son état dépressif existait depuis avril 2010 et qu'elle n'avait jamais récupéré plus que 70% de capacité de travail depuis son accident du 10 avril 2010. En outre, le deuxième accident était survenu alors qu'elle devait reprendre son travail, qui n'était prévu qu'à un taux de 70%. Pour elle, il était donc faux de prétendre que la diminution de rendement n'était survenue qu'à la suite du deuxième accident, ses problèmes (baisse de concentration et de la confiance en soi, idées de dévalorisations, de pessimisme, idées suicidaires, insomnies et épisode dépressif) existant selon le Dr F._____ depuis 2010. Elle considérait ainsi que l'aspect psychiatrique n'avait pas été apprécié par l'OAI et devait donner lieu à une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Elle déplorait en outre que la question de son rendement depuis la reprise du travail en septembre 2012 n'ait pas été appréciée, son taux de rendement ne correspondant selon elle pas à son taux d'activité.

Dans ses déterminations du 31 janvier 2014, l'OAI estimait que les mesures d'instruction requises ne se justifiaient pas dans le cadre de l'instruction du recours contre la décision du 1^{er} mars 2012. Cela valait notamment pour la question du rendement depuis la reprise de travail en septembre 2012, aucun document ne faisant état de problèmes de rendement avant mars 2013.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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. Le recours doit

être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid 2.1).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b; cf. TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'AI.

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 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_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

4. Se fondant sur les conclusions du Dr H._____, qui retient une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis janvier 2011, soit neuf mois après le traumatisme survenu le 10 avril 2010, l'OAI a nié à la recourante le droit à des prestations.

La recourante fait quant à elle essentiellement valoir que son psychiatre, le Dr F._____, a relevé un épisode dépressif sévère et une dépression vitale endogène et réactionnelle depuis 2008, circonstances qui ont été annoncées à l'OAI et auraient dû conduire à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, sinon bi-disciplinaire.

a) Sur le plan somatique, la recourante a présenté dès le 10 avril 2010 un arrêt de travail à la suite d'un accident à l'occasion duquel elle a subi un whiplash. Les médecins ont alors fait état de cervico-brachialgies droites post-traumatiques (cf. rapport médical du 27 octobre 2010 du Dr G._____ à l'OAI), respectivement de cervicalgies sur fond de cervicarthrose (rapport médical du Dr W._____ du 15 octobre 2010, rapport médical du Dr X._____ du 12 octobre 2010 à l'OAI et rapport médical de la Dresse R._____ du 29 novembre 2010 à l'OAI). Dans le cadre de son examen du 30 septembre 2011, le Dr H._____ a lui aussi retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques post traumatiques (M54.2) (cervicarthrose terminale et status après whiplash avec cervicalgies musculaires dysfonctionnelles) ainsi que de douleurs manuelles à prédominance droite sur arthrose digitale débutante (M15) et de podalgies droites en relation avec une tendinite d'insertion du tibial postérieur et troubles statiques plantaires avec platipodie longitudinale et transverse.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr G._____ a estimé qu'une reprise d'activité était envisageable au taux de 30% (rapport médical du 27 octobre 2010 à l'OAI), rejoignant en cela l'appréciation du Dr W._____, qui estimait que l'évolution actuelle de la recourante permettait d'envisager une reprise progressive de la capacité de travail à partir du mois de novembre 2010 en aménageant les conditions de travail (rapport médical du Dr W._____ du 15 octobre 2010), et celle de la Dresse R._____ (rapport médical du 29 novembre 2010 à l'OAI). Le Dr H._____ a lui aussi estimé que la recourante a présenté une incapacité de travail totale à la suite du traumatisme du 10 avril 2010, en constatant qu'une reprise de l'activité antérieure avait été possible à un taux progressif à compter de novembre 2010. A ses yeux, au plus tard trois mois après la reprise progressive de son activité antérieure, considérée comme adaptée, la capacité de travail médico-théorique était de 100% sur le plan ostéoarticulaire. Ainsi, moyennant le respect des limitations fonctionnelles, la capacité de travail de la recourante était entière à compter du mois de janvier 2011. Le Dr V._____ est parvenu au même constat, estimant, sous l'angle de l'assurance-accident, que la relation de causalité naturelle entre l'accident d'avril 2010 et la symptomatologie alléguée par la recourante depuis janvier 2011, soit après neuf mois d'évolution, paraissait improbable, voire hautement improbable (rapport médical du 22 juillet 2011). S'il est exact que la recourante a présenté une capacité de travail de 30% dès le 1^{er} février 2011, puis 40% dès le 1^{er} mai 2011, pour atteindre 70% en septembre 2011, il n'en demeure pas moins que l'examen clinique au SMR a mis en évidence une assurée en excellent état général, présentant une légère diminution de la mobilité du rachis cervical dans les mouvements de rotation et de flexion dans un contexte algique et de contre-pulsion, alors qu'aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires n'a été constatée, hormis une légère diminution en ce qui concerne les mouvements de rotation de la hanche gauche, avec une probable coxarthrose débutante, sans véritable traduction fonctionnelle (absence de plainte spontanée).

C'est à la suite d'un examen complet de la recourante que le Dr H. _____ est parvenu à la conclusion que celle-ci présentait une capacité de travail entière dans toute activité à compter de janvier 2011. Le Dr H. _____ se fonde sur un entretien avec la recourante, fait état de son anamnèse et de ses plaintes et son rapport a été établi en pleine connaissance du contexte médical et radiologique. Ce spécialiste explique de manière claire ce qui le conduit à retenir les diagnostics qu'il pose, les limitations fonctionnelles qui en découlent et leur répercussion sur la capacité de travail. Dans ces conditions, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr H. _____ et de retenir sur cette base que la recourante a présenté une capacité de travail entière au plan somatique depuis janvier 2011.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr X. _____ a retenu un état anxio-dépressif réactionnel au suicide de son neveu en 2008, en précisant toutefois que la recourante avait ensuite pu reprendre son activité de gestionnaire de dossiers, moyennant d'être dispensée de guichet en raison d'une intolérance au stress persistante (rapport médical du 12 octobre 2010 à l'OAI). Le Dr G. _____ a pour sa part mentionné un burn out en 2008 (rapport médical du 27 octobre 2010), sans retenir de répercussion de celui-ci sur la capacité de travail. Quant au Dr H. _____, il a relevé dans les antécédents de la recourante un burn out en 2008, qui s'était soldé par une reprise d'activité antérieure adaptée avec diminution de l'exposition au stress (rapport d'examen clinique SMR du 15 novembre 2011). Ce n'est qu'avec le recours qu'a été produit le rapport du Dr F. _____ du 25 août 2011 au Service S. _____, selon lequel la recourante présentait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et une dépression vitale mixte endogène et réactionnelle depuis 2008, avec un taux d'incapacité actuel de 30% et un pronostic de reprise de 70%. Outre le fait que ce rapport paraît contredit par les circonstances concrètes du cas d'espèce, dans la mesure où la recourante a été en mesure de reprendre son activité professionnelle, moyennant aménagement de son poste de travail après le burn out survenu en 2008, et même à admettre qu'elle a présenté une incapacité de travail de 30% au plan psychiatrique dans son activité habituelle, il n'en demeure pas

moins qu'un tel taux est insuffisant pour ouvrir droit à la rente. Le Dr F._____, lorsqu'il a été réinterpellé dans le cadre de la présente procédure, n'a au demeurant pas fait état d'une incapacité de travail d'un taux supérieur à 30%, confirmant dans son questionnaire médical du 22 août 2013 que sa patiente n'avait pas récupéré une capacité de travail supérieure à 70% depuis son accident du 10 avril 2010, retenant le diagnostic d'épisode dépressif fluctuant depuis avril 2010 avec diminution de la concentration et de la confiance en soi, idées de dévalorisations, pessimisme, idées suicidaires et insomnies.

Quant aux faits que la recourante a subi un nouvel accident en septembre 2012, et qu'elle subirait une baisse de rendement depuis mars 2013, ils ne peuvent être retenus dans le cadre de la présente espèce, dans la mesure où ces éléments sont postérieurs à la décision attaquée, du 1^{er} mars 2012, et devront le cas échéant être examinés dans le cadre de la nouvelle demande (cf. consid. 2b supra), laquelle a d'après les allégations des parties d'ores et déjà été déposée et dont l'instruction reprendra une fois la présente cause jugée.

c) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que la recourante présente une capacité de travail entière tant dans son activité habituelle (des mesures d'ordre professionnel n'étant dès lors pas nécessaires) que dans une activité adaptée, et que même si une incapacité de travail de 30% était admise au plan psychiatrique, celle-ci serait insuffisante pour ouvrir le droit à la rente.

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 judiciaire pluridisciplinaire. 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 du 12 octobre 2009, consid. 3.2; 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Il n'y a pas lieu non plus d'interpeller les Drs G._____ et

W._____, qui ont déjà été interpellés par l'OAI, ni de requérir production du dossier de la recourante en mains du Service S._____. Quant à la question du rendement de la recourante, lequel serait réduit depuis mars 2013, elle n'a pas à faire l'objet d'une instruction complémentaire in casu, dans la mesure où il s'agit d'une problématique postérieure à la décision attaquée, qui devra, le cas échéant, être examinée dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande (pour autant que la recourante rende vraisemblable une modification des circonstances justifiant qu'il soit entré en matière sur celle-ci).

6. 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. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 1^{er} mars 2012 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 Monnard Séchaud (pour Q. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :