

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 juillet 2013

---

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges : Mmes Thalmann et Dessaux  
Greffière : Mme Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.D.** \_\_\_\_\_, à Grandson, recourante,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** A.D. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1962, a déposé, le 7 janvier 2011, une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente, avec la précision quant au genre de l'atteinte «cancer foie-seins, apnée nocturne, fibromyalgie, maladie du sang, début d'Alzheimer, dépression, hernie L4-L5».

Dans le cadre du questionnaire relatif à la détermination du statut de l'assurée, cette dernière a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% depuis 2003-2004 en tant qu'employée de commerce, pour des raisons financières et pour rester active socialement.

Dans un rapport de janvier 2011 à l'OAI, la Dresse D. \_\_\_\_\_, oncologue traitante de l'assurée, a posé le diagnostic de tumeurectomie pour un carcinome canalaire invasif du sein droit le 14 octobre 2009. La date du dernier contrôle remontait au 15 avril 2010. S'agissant de la question de l'incapacité de travail de l'assurée, cette médecin a indiqué qu'il convenait de «voir avec Dr K. \_\_\_\_\_ ( [...]) et Dr Q. \_\_\_\_\_ ( [...])».

Le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a retenu le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil (SAS) depuis 2000 (rapport médical à l'OAI du 14 février 2011). Il a affirmé n'avoir établi aucun certificat d'incapacité de travail pour le compte de l'assurée. Il expliquait: «un SAS insuffisamment traité peut certainement diminuer le rendement dans certaines activités professionnelles. Il est donc important qu'un tel traitement fasse l'objet d'un suivi régulier de manière à remédier à une éventuelle intolérance. Certains patients cependant ne parviennent pas à le supporter. Je ne peux pas me prononcer sur la situation actuelle de Madame A.D. \_\_\_\_\_ ne l'ayant pas revue depuis 2 ans et demi. De manière générale, chez un patient souffrant d'un SAS, il convient d'éviter les professions nécessitant une

attention de tous les instants telle que la conduite». Il a joint à son envoi, les rapports médicaux établis par ses soins les 9 mai et 21 août 2008.

Dans un rapport du 18 février 2011 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants:

- «- carcinome canalaire invasif du quadrant supéro-externe du sein droit pT1b, pN0, cM0 grade I, ER 80%, PR 90%, HER-2 négatif, MIB-1 entre 5 et 10%;
- statut après tumorectomie et recherche de ganglion sentinelle axillaire gauche le 14.10.2009; hormonothérapie par Tamoxifène débutée le 31.12.2009;
- statut après radiothérapie de 50 Gy sur le volume mammaire droit suivi de 16 Gy sur le lit de tumorectomie terminée le 30.12.2009;
- trouble de la mémoire à court terme et de travail, troubles mnésiques antérogrades verbaux modérés à sévères, dysfonctionnement exécutif modéré;
- état anxio-dépressif associé.»

En revanche, selon le Dr K. \_\_\_\_\_, n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail de l'assurée, les diagnostics suivants: «statut après by-pass gastrique et cholécystectomie le 29.09.2008 pour obésité morbide; statut après coelioscopie exploratrice, adhésiolyse, réduction de l'anse herniée et fermeture de la fenêtre de Petersen le 16.03.2009 pour herniation de l'anse digestive au travers de la fenêtre de Petersen, statut après by-pass; allergie au liquide de perfusion, Fentanyl et à l'iode probable; anti-coagulation au long cours en raison d'une mutation hétérozygote de la prothrombine; statut après TVP en 2006; statut après embolie pulmonaire post-opératoire en 1986; statut après hépatectomie partielle pour hyperplasie nodulaire focale en 1996; statut après hystérectomie en 2004; statut après annexectomie bilatérale par laparotomie médiane et washing péritonéal le 21.09.2006; syndrome d'apnée du sommeil, diagnostic posé lors d'une polysomnographie du 3 au 4 mai 2000, traitée par CPAP avec échec suivi d'un traitement par propulseur mandibulaire; statut après syndrome radiculaire déficitaire sensitif de topographie L5-S1 gauche sur hernie discale L4-L5 en 2002; statut après urétérolitholapaxie droite pour calcul du bas uretère le 11.02.1993.»

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 100% dès 2007 dans l'activité habituelle de secrétaire. Il mentionnait en outre des restrictions liées à la concentration, l'adaptation et la résistance, ainsi que pour le travail s'exerçant uniquement en position debout, la marche et le port de charges au-delà de 10 kg. Enfin, il a joint une série de rapports médicaux dont:

- un rapport du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, du 9 septembre 2002, qui faisait état d'un syndrome radiculaire déficitaire sensitif de topographie L5 et S1 gauche sur hernie discale L4-L5.
- un rapport établi par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, à la suite d'une IRM cérébrale réalisée le 30 juin 2009, qui n'a pas mis en évidence de lésion intra-cérébrale.
- un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 10 août 2009, qui n'a constaté aucun syndrome lombo-vertébral ni radiculaire de caractère déficitaire objectif.
- un rapport du 27 octobre 2009 des Drs L.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie, et B.\_\_\_\_\_, médecin assistant, lesquels indiquaient qu'à la suite de la tumorectomie du 14 octobre 2009, les suites opératoires étaient simples et afébriles, le sein demeurant souple et sans signe d'hématome ni d'infection.
- un rapport du 10 novembre 2009 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, qui a retenu, presque un mois après la tumorectomie, que la cicatrice évoluait bien et qu'il n'y avait pas eu de complication de type sérome ou de surinfection de la plaie. Elle préconisait la mise en place d'un traitement d'hormonothérapie pendant cinq ans après la fin de la radiothérapie.
- des rapports de la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radio-oncologie, des 13 novembre 2009, 8, 18 et 20 janvier 2010, dans lesquels elle faisait état de l'évolution de l'état de santé de l'assurée à la suite d'un traitement de radiothérapie subi du 12 novembre au 30 décembre 2009. Le 20 janvier 2010, elle précisait qu'il n'y avait pas de signe pour une récurrence locale ou loco-régionale.
- un rapport du 27 novembre 2009 de la Prof. P.\_\_\_\_\_, cheffe du Service de [...] du Centre N.\_\_\_\_\_ (ci-après: Centre N.\_\_\_\_\_), laquelle a

constaté des troubles mnésiques sévères et attentionnels, un fléchissement exécutif, ainsi qu'un ralentissement. Elle notait que la gravité de ces troubles contrastait avec l'appréciation beaucoup plus positive du Dr H. \_\_\_\_\_ du 10 août 2009.

- un rapport établi par la Prof. P. \_\_\_\_\_ à la suite de la consultation du 6 septembre 2010, qui concluait comme suit:

«par rapport au dernier bilan de novembre 2009, cet examen met en évidence la persistance d'un ralentissement psychomoteur sévère et de troubles de la mémoire à court terme et de travail, l'amélioration des performances mnésiques antérogrades qui restent toutefois modérément à sévèrement déficitaires en modalité verbale (avec des troubles déjà présents à la phase d'encodage), une légère aggravation du dysfonctionnement exécutif et l'apparition d'un manque du nom propre modéré chez une patiente présentant des signes probables de la lignée anxio-dépressive (en augmentation par rapport à 2009).

Etant donné la relative stabilité du tableau, cette symptomatologie est peu compatible avec un processus dégénératif et nous paraît s'inscrire au premier plan dans le cadre de troubles thymiques, même si la participation d'autres facteurs (par ex., SAS) n'est pas exclue. Sur le plan strictement neuropsychologique, la conduite automobile est contre-indiquée.»

Par courrier du 22 février 2011, l'assurée a expliqué à l'OAI qu'elle était femme au foyer à 50% et active à 50%, avant de cesser son activité en août 2003, entraînant une période de deux ans à l'assurance-chômage.

Dans un courrier du 8 mars 2011 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_ a corrigé son précédent rapport médical, en précisant que l'incapacité de travail de l'assurée remontait à 2005 et non 2007.

En réponse à la demande de rapport médical de l'OAI en mars 2011, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué qu'il suivait l'assurée uniquement pour un status après bypass gastrique et cholécystectomie et qu'il n'y avait pas de problème particulier à signaler à ce sujet.

Par communication du 28 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

Dans un rapport médical du 23 février 2012 à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (F90.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.11), depuis 2005, ainsi que d'accentuation de traits de la personnalité borderline (Z 73.1) dès l'adolescence. Il a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail réduite de 30%, avec une diminution de rendement en raisons de la fatigabilité, des problèmes de concentration et d'attention. En outre, étaient contre-indiquées, les activités nécessitant un contact avec la clientèle, une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, du stress, de la rapidité, ainsi que les activités exigeant une adaptation permanente et impliquant des tâches complexes.

Selon le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire paraissait indispensable (avis médical du 19 mars 2012).

L'assurée a séjourné à la E.\_\_\_\_\_ du 18 au 21 juin 2012. Les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont établi un rapport daté du 6 juillet 2012. Ils ont noté une importante divergence entre les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives, tant d'un point de vue somatique que psychiatrique. Ils ont retenu à titre de diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de syndrome d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen depuis 2000 actuellement non traité. En revanche, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, les diagnostics de dysthymie, discopathie L4-L5 modérée, d'arthrose postérieure L3 à S1,

d'état douloureux chronique diffus, d'antécédents de multiples traitements chirurgicaux sans séquelles significatives (urétéro-litholapaxie en 1993, hépatectomie partielle en 1986, hystérectomie en 2004, annexectomie en 2006 et 2007, bypass gastrique en 2008, occlusion intestinale traitée par adhésiolyse et cure de hernie intra-abdominale en 2008), d'antécédents de tumorectomie du sein droit pour carcinome canalaire invasif T2N0 avec radiothérapie et hormonothérapie adjuvante actuellement en rémission, et d'antécédents de contusion cervicale en 1994. Ces médecins ont décrit, sous la rubrique «appréciation» de leur rapport, les éléments suivants:

«Les documents médicaux à disposition dans le dossier médical nous apprennent qu'un premier événement documenté par des pièces radiologiques datées de 1994 a marqué l'entrée de cette assurée dans l'état douloureux chronique par des cervicalgies survenues suite à un traumatisme cervical indirect. Nous retenons par la suite les faits saillants suivants: Sa chronique de vie est rythmée par une succession périodique d'affections médicales concrètes ayant suscité des opérations ou des traitements médicaux spécialisés: 1986 hépatectomie partielle, 1993 traitement d'une lithiase urétérale, 2000 syndrome d'apnée du sommeil, 2002 hernie discale, 2004 hystérectomie, 2006 annexectomie, 2008 bypass gastrique avec reprise chirurgicale quelques mois plus tard pour une adhésiolyse, 2009 tumorectomie du sein droit. En janvier 2011 une demande de prestations AI est déposée en raison de ces multiples affections. Un rapport médical du Dr W. \_\_\_\_\_ en 2006 mettait déjà en évidence l'importante discordance entre les plaintes alléguées et les constatations objectives au niveau de l'examen clinique de l'appareil locomoteur. Les rapports médicaux à l'Office AI les plus récents du médecin-traitant et du psychiatre qui suivent actuellement l'assurée attestent tous deux d'une incapacité de travail totale à partir de l'année 2005 qu'ils justifient essentiellement par un état d'épuisement, des troubles cognitifs, des douleurs. Nous notons encore que deux examens neuropsychologiques datés respectivement du mois de novembre 2009 et du mois de septembre 2010 attestaient de troubles sévères caractérisés par un ralentissement psychomoteur, des troubles mnésiques, troubles de l'attention dont la sévérité a été jugée telle qu'elle contre-indiquait la poursuite de la conduite automobile. Au plan professionnel, elle a été active quelques années comme employée de commerce et secrétaire, activité qui a été interrompue à partir de sa première grossesse pour se poursuivre par la suite sur un mode temporaire jusqu'au milieu des années 2000.

Chacun des experts qui a examiné cette assurée lors de la présente expertise a été frappé par la teneur dramatique du récit de son histoire médicale et de ses plaintes actuelles. Nous sommes tout autant frappés par l'importante gravité qu'elle perçoit dans ses antécédents que par l'importance des troubles subjectifs qu'elle rapporte aujourd'hui. Son anamnèse actuelle est dominée par des plaintes douloureuses ubiquitaires. Mme A.D. \_\_\_\_\_ cote ses douleurs à un très haut degré d'intensité (75 sur l'échelle visuelle

analogique). Il s'agit d'une douleur diffuse, sans caractère précis, évoluant depuis de nombreuses années sans réelle modification, concernant la colonne cervicale, le dos, les hanches, les genoux, plaintes douloureuses auxquelles il faut encore ajouter des troubles de la mémoire, de la concentration et la fatigue. Elle se plaint finalement aussi d'un moral fluctuant et de difficultés de sommeil.

L'examen clinique est quant à lui en parfaite contradiction avec le récit des plaintes. Nous la trouvons en bon état général, n'arborant aucun comportement douloureux et il n'apparaît aucune limitation à l'examen clinique général tout comme à l'examen clinique de l'appareil locomoteur et du système nerveux.

Les examens radiologiques à disposition mettent certes en évidence quelques anomalies dégénératives sous forme d'une discopathie L4-L5 caractérisée par un petit pincement de l'espace intervertébral associé à des signes d'une arthrose postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Les radiographies plus anciennes du genou, de la colonne cervicale ne mettaient en évidence aucune anomalie significative.

**Ainsi donc, système par système, la situation médicale somatique de cette assurée peut être décrite de la manière suivante:**

D'abord concernant l'appareil locomoteur, nous observons que l'essentiel des douleurs alléguées ne trouve pas de socle pathologique. Il y a certes quelques signes d'atteinte dégénérative de la colonne lombaire.

En 2002, un diagnostic de hernie discale avait été du reste posé. A l'heure actuelle, il n'y a aucun signe d'atteinte neurogène et l'examen clinique est parfaitement rassurant sans limitation active ou passive du rachis. Concernant les douleurs de la colonne cervicale, le bilan radiographique effectué en 1994, date à laquelle ses douleurs sont apparues, était rassurant et le bilan clinique actuel est également parfaitement normal malgré le fait que ces douleurs soient devenues chroniques et perdurent aujourd'hui. Les radiographies du genou à disposition, tout comme l'examen clinique, sont normales. Concernant la douleur de la racine du membre supérieur droit apparue depuis l'opération du cancer du sein, si on ne dispose pas d'élément radiologique de la région, l'examen clinique est également rassurant à ce niveau, sans limitation de la mobilité du membre suggérant une capsulite rétractile ou une tendinobursite de la coiffe. Ainsi donc, à l'heure actuelle, il demeure, comme dans le passé, difficile d'imputer l'état douloureux massif allégué par cette assurée à une atteinte somatique précise. Bien qu'elle se sente limitée par des troubles de la mémoire, la fatigue, la douleur, des troubles de la vue et des effets secondaires médicamenteux lui interdisant apparemment la poursuite de toute activité salariée, nous constatons néanmoins qu'elle assume son ménage, garde son petit-fils, promène son chien, poursuit son activité de conseillère communale et de responsable politique à l'échelon local. En ce qui concerne strictement l'appareil locomoteur, il n'y a pas d'atteinte à la santé susceptible de limiter l'activité d'employée de commerce.

Concernant le syndrome d'apnée et hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS), il est connu depuis l'année 2000 et le diagnostic

repose sur une polysomnographie complète attestant d'un index d'événement de 25 par heure. Depuis ce diagnostic, une importante perte pondérale a été engendrée par un by-pass gastrique et bien qu'il n'y ait pas eu de nouvel enregistrement polygraphique démontrant l'évolution du trouble, il y a de fortes chances pour que l'importante perte pondérale ait influencé favorablement le cours de cette affection. Ce SAHOS n'a pas justifié de limitation de la capacité de travail entre 2000 et 2005, quand bien même la lecture des documents fournis par le Dr F. \_\_\_\_\_ nous apprend que le traitement de pression positive n'était pas bien supporté. Néanmoins l'observation de troubles neuropsychologiques limitant la capacité d'attention et d'apprentissage nous semble compatible avec les conséquences de ce SAHOS non traité et participe donc à limiter le rendement de cette assurée.

Concernant les multiples antécédents chirurgicaux et les traitements médicaux en cours à l'heure actuelle, l'examen clinique et para-clinique dont nous disposons ne met en évidence aucune séquelle physique ou biologique en lien avec ces anciennes affections justifiant une limitation de la capacité de travail.

Concernant plus spécifiquement le problème du cancer du sein, bien que le pronostic définitif de l'affection ne puisse pas être établi à l'heure actuelle, la maladie est en rémission et ne justifie pas à notre sens une incapacité de travail dans une activité d'employée de commerce ou de secrétaire.

**Au plan psychiatrique**, les plaintes de l'assurée sont actuellement essentiellement centrées sur une fluctuation de son moral prégnante, puisqu'elle affirme que près de 60% du temps elle ne se sent pas bien, dort, a des difficultés de concentration et manque d'énergie. Tout comme pour le versant somatique, nous sommes ici également frappés par le grand écart qu'il y a entre la perception subjective de son mal-être et les constatations objectives faites lors de notre examen psychiatrique du 21.06.12. Le moral y paraît en effet préservé, sans tristesse, sans irritabilité, sans idées noires. S'il y a une fatigabilité anamnesticque, il n'y a pas de véritable trouble de la concentration ou de la mémoire. Il n'y a pas d'anhédonie, pas de repli social, pas de perte de l'estime d'elle-même. L'assurée déclare en effet apprécier s'occuper de son chien, faire de la gymnastique, faire de la photo, se promener. Elle déclare une vie sociale assez riche. Elle précise rester titulaire d'un mandat politique même si elle affirme être en retrait depuis quelques temps. Il y a [le] sommeil qui est décrit comme globalement médiocre et qui est vraisemblablement à mettre sur le compte d'apnées du sommeil qui sont actuellement non traitées. L'appétit est conservé. La libido est apparemment suspendue depuis 2009. L'examen psychiatrique met en évidence quelques éléments en faveur d'épisodes d'angoisses itératives qui se résolvent spontanément. Il n'y a pas d'élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de crise d'anxiété généralisée ou de la lignée obsessionnelle. Il n'y a pas de signe psychotique. Il y a finalement quelques traits de la personnalité histrionique avec dramatisation, affectivité superficielle, trous de mémoire, indulgence excessive à l'égard d'elle-même sans que nous puissions parler pour autant d'un réel trouble de la personnalité.

Concernant la plainte algique, nous observons qu'elle prend une dimension dramatique qui occupe beaucoup de place dans le quotidien. Cela pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, ces douleurs ne sont assorties ni d'une comorbidité psychiatrique significative ni de la détresse et du repli social qui pourrait en faire envisager un aspect incapacitant.

Au final donc, nous ne retenons au plan psychiatrique que le diagnostic de dysthymie dont la répercussion sur la capacité de travail n'est pas très importante. Seule l'atteinte neuropsychologique observée actuellement, qui pourrait être en partie du moins mise sur le compte de ce trouble de l'humeur, justifie au plus une discrète diminution de rendement. Notre appréciation actuelle diverge grandement de celle du psychiatre traitant qui lui retient plusieurs diagnostics incapacitants et ceci depuis l'année 2005. Il n'est pas contestable que, au gré des événements difficiles de la vie de cette assurée, la dysthymie ait pu prendre l'ampleur d'un trouble dépressif passager réactionnel à certains des événements pénibles de son existence comme le décès du père par exemple. Nous ne retrouvons pas de réel trouble de la personnalité correspondant à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécus, déviant de la norme et donnant lieu à une souffrance significative s'inscrivant dans la durée chez cette assurée. Rappelons que l'année 2005 correspond au début de l'incapacité de travail selon l'appréciation du psychiatre traitant, l'assurée exerçait un mandat politique à l'échelon national selon l'anamnèse qu'elle nous a donnée, ce qui évidemment ne nous paraît pas crédible avec une incapacité de travail totale d'origine psychiatrique. Notre bilan neuropsychologique actuel n'apporte pas les arguments en faveur d'un trouble de l'hyperactivité. Ainsi donc, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous retenons seul un diagnostic de dysthymie dont l'appréciation classique, en principe, n'envisage pas d'aspect incapacitant.

Enfin, nous avons renouvelé l'examen neuropsychologique qui a été effectué en comparaison avec le dernier bilan réalisé en septembre 2010 au Centre N.\_\_\_\_\_. Cette nouvelle évaluation, réalisée chez une patiente collaborante et adéquate, met en évidence une évolution favorable avec la normalisation du fonctionnement exécutif et de l'accès aux noms propres, l'amélioration des capacités mnésiques antérogrades et une légère amélioration attentionnelle.

Il persiste actuellement au premier plan des troubles attentionnels avec un ralentissement psychomoteur modéré à sévère associé à de légères fluctuations attentionnelles ainsi qu'à des troubles modérés d'apprentissage de nouvelles informations et à une mémoire à court terme limite. L'orientation, de même que les fonctions langagières, practo-gnosiques ainsi que la reconnaissance et les rappels libres différés en mémoire verbale et visuelle et le raisonnement sont dans les limites de la norme.

Ce tableau neuropsychologique peut s'inscrire dans le cadre du syndrome des apnées du sommeil non traité actuellement avec une participation certaine des troubles thymiques et douloureux. Une maladie dégénérative du système nerveux central n'entre de toute évidence pas en ligne de compte face à cette évolution du tableau neuropsychologique.

Au terme de notre expertise, concernant l'exigibilité, après avoir étudié en détail la situation médicale complexe de cette assurée, nous retenons comme seul trouble limitant la capacité de travail: une atteinte neuropsychologique -caractérisée par un trouble de l'attention, un ralentissement psychomoteur, un trouble de l'apprentissage - à mettre sur le compte du SAHOS non traité et dans une certaine mesure de la dysthymie. Les troubles objectivés sont de nature à entraver de manière significative le rendement ainsi qu'à ralentir les nouveaux apprentissages.»

Les Drs J.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'employée de commerce ou secrétaire avec une diminution de rendement de 20% en raison d'un déficit attentionnel. Selon les experts, le traitement adéquat du SAHOS serait susceptible d'améliorer le trouble de l'attention présenté par l'assurée à l'origine de la diminution de rendement.

Il ressort de l'expertise rhumatologique du 20 juin 2012 effectuée par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans le cadre du séjour de l'assurée au sein de la E.\_\_\_\_\_, que seuls des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée ont été retenus, à savoir un état douloureux chronique diffus, une discopathie L4-L5 modérée et une arthrose postérieure L3 à S1. A l'examen clinique, ce médecin a observé les éléments suivants:

«[...] elle peut marcher sur les talons et la pointe des pieds, se déplacer sans boiterie, fait [preuve] d'une bonne force de préhension (150mmHg aux deux mains pour un témoin à 250). Elle n'oppose pas à l'investigation de comportement douloureux. Les signes de Waddell pour la lombalgie ne sont pas significatifs.

### **Status ostéo-articulaire**

#### **Rachis**

Cyphose à long rayon avec projection antérieure de la tête. Pas de trouble de la statique dans le plan frontal. Déroulement lombaire médiocre, avec un Schober qui passe de 10 à 13 cm pour une distance doigts-sol de 10 cm. Les mouvements de latéflexion et de rotation sont amples et harmonieux. La distance menton-sternum est nulle en flexion, de 17 cm en extension, les rotations cervicales

sont à 70°, les latéflexions à 30°. Les points de fibromyalgie ne sont pas particulièrement douloureux.

### **Membres supérieurs**

Il n'y a pas d'amyotrophie. La mobilité des épaules est symétrique. Rotation externe coudes au corps de 70°; abduction de la gléno-humérale lorsque la scapulo-thoracique est bloquée de 90°; distance pouce-C7 par le bas de 20 cm. Lors du mouvement actif d'abduction, l'assurée annonce une douleur axillaire postérieure. Il n'y a pas de signe de conflit sous-acromial. Il n'y a pas de gros bras. La flexion-extension des coudes est à 140-0-0°. La flexion-extension des poignets est à 90-0-90°. La distance pulpe-paume est nulle sur les doigts longs. Les vallécules sont bien profilées. Aucune synovite.

### **Membres inférieurs**

Les membres inférieurs sont normoaxés. La mobilité des hanches est symétrique avec une flexion-extension à 130-0-5° pour une rotation externe-interne à 40-0-20°. La distance talon-fesse est de 5 cm des deux côtés. Les genoux sont secs, stables latéralement et sagittalement. La mobilité des tibio-taliennes et des sous-taliennes est symétrique. Pied creux du premier degré.»

Le 18 juin 2012, R.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a examiné l'assurée dans le cadre de son séjour à la E.\_\_\_\_\_. Il notait, par rapport au dernier bilan effectué le 6 septembre 2010 au Centre N.\_\_\_\_\_, une évolution favorable avec la normalisation du fonctionnement exécutif et de l'accès aux noms propres, l'amélioration des capacités mnésiques antérogrades et une légère amélioration attentionnelle. Il relevait que les troubles objectivés étaient de nature à entraver de manière significative le rendement ainsi qu'à ralentir les nouveaux apprentissages.

Selon un avis du Dr X.\_\_\_\_\_, du 25 juillet 2012, il n'y avait pas d'atteinte à la santé susceptible d'entraver l'exercice d'une activité d'employée de commerce. En outre, ni les antécédents chirurgicaux ni le cancer du sein et son traitement ne justifiaient d'incapacité de travail. Il affirmait encore que le syndrome d'apnées du sommeil pouvait être responsable des troubles neurologiques constatés, qui devraient pouvoir s'amender, voire disparaître si l'assurée se soumettait à un traitement du SAS par pression positive continue.

Par projet de décision du 7 août 2012, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité, sur la base des conclusions de l'expertise de la E.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 24 septembre 2012 à la CAP compagnie d'assurance de protection juridique SA, représentant de l'assurée à cette époque, la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a estimé, que d'un point de vue gynécologique, sa patiente était capable de s'adapter à un environnement professionnel, dans la mesure où elle pouvait éviter un travail de force ou un travail qui entraînerait des piqûres ou blessures au membre supérieur droit.

Par l'intermédiaire de la CAP compagnie d'assurance de protection juridique SA, l'assurée a formulé des observations le 12 octobre 2012 concluant à la réforme du projet de décision, en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée.

A l'appui de ses observations, l'assurée a produit:

- un rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2012, qui retenait un trouble apparenté au trouble somatoforme douloureux et un syndrome dépressif chronique récurrent. Il admettait, sur cette base, une capacité de travail résiduelle de 50%, avec un rendement diminué de 40 à 50%, en raison des troubles de concentration et de la mémoire. Selon lui une activité dans un milieu adapté était encore exigible à hauteur de 30 à 40%. Il préconisait la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle rapidement en tenant compte des réserves. Ce médecin proposait une expertise psychiatrique afin d'affiner le diagnostic clinique.
- un rapport médical de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2012, qui indiquait, sur le plan oncologique, une situation calme. La patiente présentait par contre un état dépressif avec perte de l'estime de soi et difficulté d'acceptation des modifications de son image corporelle suite à l'intervention sur le sein. Selon cette médecin, cet aspect influençait probablement davantage sa capacité de travail que l'atteinte somatique

liée à l'intervention oncologique. La Dresse D.\_\_\_\_\_ informait ne pas pouvoir se prononcer sur l'exigibilité.

Le 19 octobre 2012, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ et de M.\_\_\_\_\_, psychologue, du 16 octobre 2012. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles déficitaires de l'attention et de l'hyperactivité depuis 2005, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis 2005, ainsi qu'une accentuation de traits de la personnalité borderline depuis l'adolescence. Il a considéré qu'une adaptation de l'assurée à une activité professionnelle dans une économie libre serait difficile.

Selon un avis médical du 31 octobre 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ a considéré, s'agissant du rapport établi par le Dr K.\_\_\_\_\_ le 2 octobre 2012, que la question d'un éventuel trouble somatoforme avait été examiné par les experts de la E.\_\_\_\_\_ et qu'ils avaient constaté qu'à défaut de comorbidité psychiatrique significative, détresse ou repli social, aucun caractère incapacitant ne pouvait lui être reconnu. Il signalait également que les experts avaient diagnostiqué, en l'absence de signe de dépression majeure et au terme d'une expertise pluridisciplinaire récente médicalement probante, une dysthymie et que dès lors une deuxième expertise psychiatrique ne se justifiait pas. Il estimait en outre que les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ sur l'aptitude de l'assurée à la réadaptation étaient contradictoires et devaient être écartées. Enfin, le Dr X.\_\_\_\_\_ a expliqué que le rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ n'était pas de nature à modifier ses conclusions, les diagnostics retenus par celui-ci ayant été dûment examinés et écartés par les experts.

Par décision du 6 décembre 2012, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée.

**B.** Par acte du 10 janvier 2013, A.D.\_\_\_\_\_ elle-même a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une réinsertion professionnelle ou d'une rente. Globalement, elle fait valoir qu'elle n'est pas en mesure

d'exercer une activité professionnelle, ni de tenir son ménage, et que son état de santé se serait aggravé depuis juillet 2012, en raisons d'infections, douleurs et apparition d'un diabète.

Dans sa réponse du 5 mars 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, considérant que le rapport d'expertise médicale de la E.\_\_\_\_\_ remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical.

### **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 compte tenu des feries judiciaires 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 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (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)** Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

**b)** 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.

**c)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**4.** Pour se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, l'office intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise de la E.\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2012. Il ressort de cette expertise que la recourante ne présente pas d'affection psychique invalidante et que, sur le plan somatique, sa capacité de travail est entière dans l'activité habituelle d'employée de commerce, avec une diminution de rendement de 20%, susceptible d'être améliorée avec la mise en place d'un traitement du syndrome des apnées du sommeil. La recourante conteste que l'expertise du 6 juillet 2012 soit pertinente. Elle se réfère à l'appréciation médicale du Dr K.\_\_\_\_\_ des 18 février 2011 et 2 octobre 2012. En 2011, ce médecin a retenu une capacité de travail nulle dans n'importe quelle activité, en raison notamment du status après un cancer du sein, des troubles de la mémoire et de l'état anxio-dépressif de la recourante. En 2012, il posait les diagnostics de trouble apparenté à un trouble somatoforme douloureux et de syndrome dépressif chronique récurrent, estimant l'incapacité de travail à 50% à cette date, avec une diminution de rendement de 40 à 50% pour des troubles de la concentration et de la mémoire. La recourante fait également état du rapport du 23 février 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_, qui a arrêté l'incapacité de travail à 30% sur le plan psychiatrique, les diagnostics de trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité, de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen, et d'accentuation des traits de la personnalité borderline, étant à l'origine de cette incapacité.

**a)** Au plan somatique, il convient de reprendre en détail les différentes atteintes à la santé physique présentées par la recourante (antécédents de tumorectomie et des différentes interventions chirurgicales, douleurs chroniques, discopathie).

Concernant les antécédents de tumorectomie du 14 octobre 2009 et des nombreuses autres interventions chirurgicales, les médecins de la E.\_\_\_\_\_ ont estimé qu'ils ne donnaient pas lieu à une quelconque incapacité de travail à défaut de séquelle physique ou biologique. A la lecture du dossier, on remarque que les autres rapports médicaux sont concordants. Les gynécologues L.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ s'accordaient à dire

que les suites opératoires de la tumorectomie étaient simples et afebriles, le sein demeurant souple et sans signe d'hématome ni d'infection (rapport du 27 octobre 2009). La Dresse T. \_\_\_\_\_ notait en outre qu'à l'issue du traitement par radiothérapie, il n'y avait pas de signe pour une récurrence locale ou loco-régionale (rapport du 20 janvier 2010). En octobre 2012, la Dresse D. \_\_\_\_\_ indiquait, pour sa part, que la situation était calme d'un point de vue oncologique et que l'aspect psychique lié à la perte de l'estime de soi et à l'acceptation des modifications de son image corporelle influençait probablement davantage la capacité de travail de la recourante que l'atteinte somatique liée à l'intervention oncologique. Ainsi, elle a affirmé ne pas pouvoir se prononcer sur l'exigibilité. Autre docteur à s'être prononcé, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas de problème particulier à signaler s'agissant du statut après bypass gastrique et cholécystectomie en 2008. Enfin, le Dr X. \_\_\_\_\_ était d'avis que ni les antécédents chirurgicaux ni le cancer du sein et son traitement ne justifiaient d'incapacité de travail (avis du 25 juillet 2012). L'avis médical isolé du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, qui retenait en 2011 un statut après tumorectomie influençant la capacité de travail, sans autres explications, n'est dès lors pas de nature à remettre en cause l'expertise de la E. \_\_\_\_\_ sur ce point.

Sur un plan rhumatologique, la situation médicale est claire. Une hernie discale L4-L5 avait été décelée, en 2002, par le Dr W. \_\_\_\_\_. En 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ n'avait constaté aucun syndrome lombo-vertébral ni radiculaire de caractère déficitaire objectif. Le Dr K. \_\_\_\_\_ relevait, pour sa part, en 2011, que le statut après syndrome radiculaire déficitaire sensitif de topographie L5-S1 gauche sur hernie discale L4-L5 en 2002 n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante. En 2012, le Dr J. \_\_\_\_\_, expert auprès de la E. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de discopathie L4-L5 modérée, d'arthrose postérieure L3 à S1, d'état douloureux chronique diffus. Après l'étude notamment des documents d'imagerie fournis par la recourante, le Dr J. \_\_\_\_\_ notait qu'il y avait certes quelques signes d'atteinte dégénérative de la colonne lombaire, mais que l'essentiel des douleurs alléguées ne trouvaient pas de socle pathologique.

L'examen clinique était en outre rassurant s'agissant du rachis, du membre supérieur droit et du genou. Il retenait que si la recourante se sentait limitée notamment par la fatigue et la douleur, elle assumait néanmoins son ménage, gardait son petit-fils, promenait son chien, poursuivait une activité de conseillère communale. Enfin, il ressortait de son expertise du 20 juin 2012 que, lors de l'examen clinique, la recourante marchait sur les talons et la pointe des pieds, se déplaçait sans boiterie, disposait d'une bonne force de préhension, n'opposait pas à l'investigation de comportement douloureux et que les signes de Waddell pour la lombalgie n'étaient pas significatifs. Ainsi, tous les médecins s'accordent-ils à dire que du point de vue rhumatologique, il n'existe aucun élément justifiant une diminution de la capacité de travail.

S'agissant du syndrome des apnées du sommeil et de ses conséquences, les rapports médicaux sont également concordants. Les médecins de la E. \_\_\_\_\_ ont considéré que cette atteinte n'avait pas justifié de limitation de la capacité de travail par le passé, mais qu'à présent, non traitée, elle pouvait être à l'origine des troubles neurologiques présentés par la recourante, lesquels entraînaient une diminution de rendement de 20%. Ils relevaient en effet, d'un point de vue neurologique, des troubles attentionnels avec un ralentissement psychomoteur modéré à sévère associé à des légères fluctuations attentionnelles ainsi qu'à des troubles modérés d'apprentissage de nouvelles informations et à une mémoire à court terme limitée. Dans une moindre mesure, les troubles thymiques et douloureux pouvaient également participer à ce tableau neurologique. Une maladie dégénérative du système nerveux central n'entraîne de toute évidence pas en ligne de compte. Ces experts estimaient que la mise en place d'un traitement était susceptible d'améliorer la situation, précisant toutefois que tous les sujets ne parvenaient pas forcément à se traiter et que, chez une faible proportion de patients correctement traitée, le trouble de l'attention et la somnolence persistaient. Dans le même sens, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 25 juillet 2012, que les troubles neurologiques constatés chez la recourante devaient pouvoir s'amender, voire disparaître par le traitement du syndrome des apnées du sommeil

par pression positive continue. Les appréciations médicales des Drs F.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et de la Prof. P.\_\_\_\_\_ ne parviennent pas à des conclusions fondamentalement différentes. En février 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait établi à l'époque aucun certificat d'incapacité de travail pour le compte de la recourante, qu'il n'avait pas revu sa patiente depuis deux et demi et qu'il convenait en principe pour les personnes atteintes de ce syndrome d'éviter les professions nécessitant une attention de tous les instants telle que la conduite. La Prof. P.\_\_\_\_\_, constatant les troubles neurologiques de la recourante, relevait que cette symptomatologie était peu compatible avec un processus dégénératif et paraissait s'inscrire au premier plan dans le cadre de troubles thymiques, même si la participation d'autres facteurs, par exemple, le syndrome des apnées du sommeil, n'était pas exclue. Elle se limitait dès lors à contre-indiquer la conduite automobile (rapport établi à la suite de la consultation du 6 septembre 2010). Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, il a estimé que le diagnostic de syndrome des apnées du sommeil n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante lorsqu'il a établi son rapport en février 2011. Il notait toutefois des troubles de la mémoire et un dysfonctionnement exécutif modéré susceptible d'influencer la capacité de travail de la recourante sous forme d'une participation à la diminution de rendement estimée entre 40 et 50% (cf. rapports médicaux des 18 février 2011 et 2 octobre 2012). Or, comme mentionné précédemment, les médecins de la E.\_\_\_\_\_ et le Dr X.\_\_\_\_\_ retenaient que ces troubles pouvaient s'atténuer moyennant la mise en place d'un traitement du syndrome des apnées du sommeil.

Il sied de relever que l'expertise de la E.\_\_\_\_\_ est très complète, a été rendue en connaissance du dossier médical, repose sur des examens approfondis, prend en considération les plaintes de la recourante et contient des conclusions claires et motivées. Elle remplit donc les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle emporte donc la conviction de la Cour de céans, en ce qui concerne les atteintes physiques.

Ainsi, l'OAI s'est basée, à juste titre, sur cette expertise pour retenir une diminution de rendement de 20%, au plan somatique, compte tenu du syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil.

**b)** Sur le plan psychique, le diagnostic retenu dans l'expertise de la E. \_\_\_\_\_ est sans répercussion sur la capacité de travail.

Cela semble être contesté par le psychiatre traitant de la recourante, le Dr C. \_\_\_\_\_, lequel a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (F 90.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.11) et d'accentuation des traits de la personnalité bordeline (Z 73.1). Il estimait sa capacité de travail à 30% avec une diminution de rendement, en raison de la fatigabilité, des problèmes de concentration et d'attention. Il mentionnait en outre différentes limitations fonctionnelles liées à son état psychique (activités nécessitant un contact avec la clientèle, une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, du stress, de la rapidité, ainsi que les activités exigeant une adaptation permanente et impliquant des tâches complexes). Pour sa part, le Dr K. \_\_\_\_\_ certifiait, en 2011, un état anxio-dépressif associé avec effet sur la capacité de travail, et, en 2012, un syndrome dépressif chronique récurrent. Il ressort à d'autres reprises dans le dossier AI de la recourante qu'elle présentait «des signes probables de la lignée anxio-dépressive» (rapport établi par la Prof. P. \_\_\_\_\_ à la suite de la consultation du 6 septembre 2010) ou «un état dépressif avec perte d'estime de soi et difficulté d'acceptation des modifications de son image corporelle suite à l'intervention sur le sein» (rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2012).

Cependant, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin auprès de la E. \_\_\_\_\_, a expliqué, à satisfaction, pour quelles raisons il ne retenait que le diagnostic de dysthymie sans influence sur la capacité de travail. Dans son expertise psychiatrique du 21 juin 2012, il relevait que le moral de la recourante paraissait préservé, sans tristesse, sans irritabilité, sans idées noires, il n'y avait en outre pas d'anhédonie, de repli social, de perte de l'estime d'elle-même. La recourante déclarait apprécier s'occuper de son

chien, faire de la gymnastique, de la photo, se promener et avoir une vie sociale assez riche. Si l'examen psychiatrique mettait en évidence quelques éléments en faveur d'épisodes d'angoisses itératives qui se résolvaient spontanément, il n'y avait en revanche pas d'élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de crise d'anxiété généralisée ou de la lignée obsessionnelle, ni de signe de la lignée psychotique. Finalement, il y avait quelques traits de la personnalité histrionique avec dramatisation, affectivité superficielle, trous de mémoire, indulgence excessive à l'égard d'elle-même sans que l'on puisse pour autant parler d'un réel trouble de la personnalité. Ainsi, si le Dr V. \_\_\_\_\_ a admis, qu'au gré des événements difficiles de la vie de la recourante, la dysthymie ait pu prendre l'ampleur d'un trouble dépressif passager réactionnel à certains des événements pénibles de son existence, il ne trouvait pas de réel trouble de la personnalité correspondant à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécus, déviant de la norme et donnant lieu à une souffrance significative s'inscrivant dans la durée, de sorte qu'il ne pouvait suivre l'avis du psychiatre traitant lorsqu'il posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Le Dr V. \_\_\_\_\_ relevait également qu'il lui paraissait peu compatible le fait que la recourante ait présenté une incapacité de travail dès 2005 comme le soutient le Dr C. \_\_\_\_\_, alors qu'elle menait, selon l'anamnèse, un mandat politique à l'échelon national. Il n'observait en outre aucun signe en faveur d'un trouble de l'hyperactivité. Si certes, le trouble de l'humeur diagnostiqué pouvait participer au trouble attentionnel de la recourante, il n'était en soi pas susceptible d'entraîner une incapacité de travail.

Enfin, concernant la question d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, le Dr V. \_\_\_\_\_ a envisagé ce diagnostic, compte tenu de la grande place que prenait la plainte algique chez la recourante. Toutefois, ces douleurs n'étaient assorties ni d'une comorbidité psychiatrique significative ni de la détresse et du repli social qui pourraient engendrer un aspect incapacitant. Ainsi, le Dr K. \_\_\_\_\_ ne saurait être suivi lorsqu'il pose, en 2012, le diagnostic de trouble apparenté à un trouble somatoforme douloureux, ce d'autant plus que la

reconnaissance de l'existence d'un tel trouble suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur la base de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, laquelle revêt une pleine valeur probante, que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une incapacité de travail.

**c)** Cela étant, seule une diminution de rendement de 20% pour des raisons somatiques peut être admise, en suivant les conclusions des experts de la E.\_\_\_\_\_.

**5. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). Pour des mesures de réinsertion, l'incapacité de gain doit atteindre 50% (art. 14a LAI). La question du degré d'invalidité reste ouverte concernant les autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (TF 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).

A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail (par ex. aides visuelles) ou vis-à-vis de l'employeur (par ex. tolérance de pauses de repos

nécessités par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (TFA I 510/04 du 19 août 2005, consid. 3.1). En revanche, il n'y a pas d'invalidité au sens de cette disposition (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail (p. ex. pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité; TFA I 595/02 du 13 février 2003, consid. 1.2). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente, mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI (TF 9C\_416/2009, consid. 5.2).

**b)** La recourante ne peut bénéficier de mesures de reclassement ni de réinsertion. En effet, elle est encore en mesure d'exercer son activité habituelle d'employée de commerce et secrétaire, et présente une incapacité de travail inférieure à 50%, à savoir le seuil minimum exigé par l'art. 14a LAI.

Le droit aux mesures de placement doit également être nié, à défaut de circonstances particulières présentées par le recourante qui entraveraient sa recherche de travail.

Il s'ensuit que la recourante n'a droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel.

**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<sup>bis</sup> 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 et qu'elle n'est pas représentée par un mandataire professionnel (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 6 décembre 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 :

- A.D. \_\_\_\_\_,
- 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 :