

## VD\_FINDINFO AI 109/12 - 39/2015 vom 17. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_109\\_12\\_-\\_39\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_109_12_-_39_2015)

FR: VD\_FINDINFO AI 109/12 - 39/2015 du 17 février 2015

IT: VD\_FINDINFO AI 109/12 - 39/2015 del 17 febbraio 2015

### Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI} | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.02.2015 AI 109/12 - 39/2015

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI} | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 109/12 - 39/2015 ZD12.018744 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt

du 17 février 2015 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Neu Juges : M. Merz et Mme Dessaux Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : V. \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. Ressortissante italienne entrée en Suisse en avril 1972, V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C) est mariée et mère de deux enfants nés en 1986 et 1989. Sans formation professionnelle, elle a œuvré dès 1976 au service de différents employeurs avant d'être engagée, le 1 er août 2001, par M. \_\_\_\_\_ SA en qualité de collaboratrice au service du courrier. L'assurée a présenté une incapacité totale de travail dès le 6 mai 2009, puis de 50% à partir du 16 septembre 2009, son taux d'activité ayant été réduit dans cette mesure dès cette date. Le 24 novembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) pour des problèmes lombaires existant depuis le mois de mai 2009. Etaient joints à ce formulaire des certificats médicaux attestant l'incapacité de travail présentée par l'intéressée depuis le 6 mai 2009. D'un rapport d'évaluation du 21 janvier 2010 faisant suite à un entretien du 18 janvier 2010 entre un collaborateur de l'office AI et l'assurée, il ressort que celle-ci a fait état d'une épicondylite, de douleurs à l'épaule droite, d'arthrose, d'une scoliose et d'une période de dépression, dont elle ne s'était pas encore totalement remise. Un ergonome serait mandaté par l'administration en vue d'étudier les mesures ergonomiques à mettre en œuvre sur la place de travail, celle-ci ayant d'ores et déjà bénéficié d'un réaménagement ergonomique à l'initiative de l'employeur. A l'issue de l'examen réalisé par le consultant en ergonomie,

l'organisation de la place de travail devait être modifiée afin de centrer l'activité et de réduire les efforts des bras. De plus, un siège mieux adapté à la morphologie de l'assurée serait fourni pour être testé durant un mois, après quoi une nouvelle évaluation était prévue (rapport d'étude ergonomique non daté, indexé au 22 février 2010). Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a recueilli divers renseignements sur la situation médicale de l'assurée. Dans un rapport du 5 février 2010 sur formule officielle, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de « douleurs des deux épaules sur conflit sous-acromial avec tendinopathie érosive du sus-épineux. » Il a considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'aide de bureau, ajoutant que l'assurée n'était pas en mesure de soulever des charges ni travailler avec les bras en avant surélevés de plus de 45°. A la demande de l'office AI, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis juillet 2009, a complété un rapport en date du 26 février 2010. Il a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), anxiété généralisée (F 41.1) et trouble panique (F 41.0). Il a estimé que la capacité de travail dans la profession habituelle d'aide de bureau était de 50% en raison d'un affaiblissement des capacités intellectuelles (diminution de la capacité de concentration, problèmes de mémoire), d'une irritabilité, d'une anxiété, d'une tension nerveuse, d'un épuisement, d'une diminution de la résistance au stress ainsi que de problèmes relationnels. Sans exclure une amélioration de la capacité de travail, le Dr S.\_\_\_\_\_ a toutefois considéré que cette éventualité n'était pas envisageable pour l'instant et que la prise en charge psychiatrique devait se poursuivre. Le 23 mars 2010, la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a transmis à l'office AI un rapport médical sur formule ad hoc dans lequel, à la suite d'un contrôle ayant eu lieu le 5 mars précédent, elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, état de fatigue chronique, labilité à l'effort ainsi que des douleurs dorsales sous forme de rachialgies, lombalgies et cervicalgies. Elle a estimé que dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 30 à 40% avec des charges allégées. La Dresse P.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'après 15 minutes en position assise, sa patiente devait changer de position, ce qui avait pour corollaire une diminution de rendement. Elle manquait en outre de résistance à l'égard des contraintes professionnelles et ressentait parfois des douleurs au dos ainsi qu'aux membres inférieurs et supérieurs. Tout en constatant un effet favorable du traitement thérapeutique en cours, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a fait savoir qu'elle n'était pas en mesure, pour cette raison, de se prononcer sur une éventuelle amélioration de la capacité de travail. La Dresse P.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport une liasse de pièces rendant compte des examens médicaux subis par sa patiente depuis 2006. Il s'agissait principalement d'investigations oncologiques, gynécologiques, cardiologiques, abdominales, neurologiques, dermatologiques et rhumatologiques auxquelles elle a renvoyé pour l'anamnèse. De ces rapports, on extrait la lettre adressée le 8 juillet 2009 à la Dresse P.\_\_\_\_\_ par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation » : « Cette patiente présente depuis plusieurs mois un syndrome douloureux mal systématisé intéressant l'ensemble de l'hémicorps droit, en particulier le membre supérieur et le membre inférieur. Le status neurologique détaillé est rigoureusement normal. L'examen ENMG [réd. : électroneuromyogramme] du membre supérieur droit effectué le 15.4.2009 avait permis d'exclure formellement un syndrome du tunnel carpien, une neuropathie ulnaire, un TOS [réd. : thoracic outlet syndrome]. Il n'y avait pas non plus d'argument pour un syndrome radicaire. L'examen ENMG du membre

inférieur droit effectué ce jour est également normal, et n'apporte pas d'argument complémentaire en faveur d'une neuropathie ou d'un syndrome radiculaire. On est donc en mesure d'exclure sur la base de l'examen clinique et électrophysiologique, une pathologie neurologique sous-jacente à l'origine des plaintes de cette patiente, qu'elle soit centrale ou périphérique. Par exclusion, je pense qu'il s'agit d'un syndrome douloureux atypique sans substrat organique sous-jacent, chez cette patiente qui présente passablement de difficultés actuellement dans sa vie. L'indication à un traitement antidépresseur mérite d'être discutée. La patiente m'a fait part par ailleurs qu'elle avait pris la décision de consulter un médecin psychiatre, ce qui semble parfaitement judicieux. » Un second rapport à l'intention de l'office AI a été dressé par la Dresse P. \_\_\_\_\_ en date du 31 janvier 2011 aux fins de retracer l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le 5 mars 2010. Elle a posé le diagnostic de « adjustment reaction with predominant disturbance of other emotions ; adjustment reaction with mixed anxiety and depression », en évolution progressive depuis quatre ans. Elle a relevé que l'évaluation clinique faite le 28 janvier 2011 avait mis en évidence une augmentation de la symptomatologie douloureuse ayant provoqué une diminution de l'efficacité et des performances dans le travail. Il en résultait, selon la Dresse P. \_\_\_\_\_, une impossibilité pour sa patiente de s'adapter à un taux d'activité supérieur à 50%. Malgré l'adaptation ergonomique de son poste de travail, la mobilisation des membres supérieurs était douloureuse. Par ailleurs, l'anxiété et la dépression péjoraient les résultats obtenus. Le médecin traitant a souligné que la reprise au taux de 60% commencée le 23 juillet 2010 avait dû être interrompue le 22 janvier 2011, seul un mi-temps étant compatible avec l'état de santé de l'assurée. La Dresse P. \_\_\_\_\_ a de nouveau déposé une liasse de documents médicaux figurant déjà au dossier administratif, à l'exception d'une lettre de sortie du 25 mai 2010 adressée au médecin traitant par la Dresse D. \_\_\_\_\_, médecin associée au département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, faisant suite à une prise en charge intensive et multidisciplinaire du 26 avril au 14 mai 2010. Il était relevé que le traitement administré n'avait pas amené de changement important pour que l'assurée puisse augmenter sa capacité de travail. Était jointe aussi une lettre du 10 mars 2010 due à la plume de la physiothérapeute L. \_\_\_\_\_, rendant compte à la Dresse P. \_\_\_\_\_ des sept séances de rééducation suivies par l'assurée entre octobre et décembre 2009. En réponse à une demande de renseignements de l'office AI, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué en date du 7 avril 2011 qu'il était sans nouvelles de l'assurée depuis le mois d'avril 2010. Précisant que le suivi avait duré du 9 juillet 2009 au 19 avril 2010, il écrivait que, pendant cette période, l'évolution clinique avait été très favorable avec un état clinique resté stable et une patiente normo-thymique. Celle-ci ayant décidé de façon unilatérale d'interrompre le suivi sans en informer son médecin, ce dernier constatait qu'au terme du mandat thérapeutique, l'état psychique était complètement stabilisé. En outre, celui-ci ne justifiait pas la poursuite des mesures telles que mises en œuvre par l'assurance-invalidité. Se prononçant dans un avis médical du 27 avril 2011 sur les renseignements médicaux recueillis, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a écrit ce qui suit : « Cette assurée de 51 ans, mariée et mère de deux enfants adultes, n'a pas de formation ; elle travaille comme aide de bureau chez M. \_\_\_\_\_ SA et se trouve en IT [réd. : incapacité de travail] depuis mai 2009 en raison de tendinopathies des sus-épineux sur conflit sous-acromial aux deux épaules, et d'un trouble dépressif récurrent. Elle a repris son activité habituelle à 50% en septembre 2009 avec une nouvelle IT totale temporaire de 6 semaines à partir du 6 avril 2010 pour une fracture de l'avant-bras droit. L'orthopédiste Dr N. \_\_\_\_\_ estime qu'il

existe des limitations fonctionnelles pour les épaules et la CT [réd. : capacité de travail] est entière dans une activité adaptée ; l'activité habituelle est adaptée, mais l'assurée n'a jamais augmenté sa CT au-delà de 50%, pour des raisons psychiatriques selon la Dresse P. \_\_\_\_\_ médecin traitant. Le psychiatre Dr S. \_\_\_\_\_ estimait en février 2010 qu'en raison du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, accompagné d'un trouble anxieux, la CT était encore limitée à 50% ; mais le 7 avril 2011, ce même psychiatre signale que l'assurée a mis fin à la prise en charge en avril 2010 et qu'à cette période la situation était stabilisée, sans motif d'intervention pour l'AI. Dans ces conditions et puisque le MT [réd. : médecin traitant] atteste toujours une CT de 50% seulement, il faut un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Centre Q. \_\_\_\_\_ à F. \_\_\_\_\_ pour préciser les limitations fonctionnelles et la CT exigible dans l'activité habituelle et dans une activité éventuellement encore mieux adaptée. » Daté du 25 novembre 2011, le rapport d'expertise bidisciplinaire a été rédigé par les Drs C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. S'ouvrant par un bref rappel du contexte administratif dans lequel s'inscrit le mandat confié, le rapport comporte une analyse des pièces médicales au dossier, rend compte des données subjectives de l'assurée (histoire médicale, plaintes, activités quotidiennes, habitudes, médicaments prescrits et médecins consultés entre autres) et contient un bref résumé de ses données personnelles, familiales et socioprofessionnelles (pp. 3 – 9). Les experts s'attachent ensuite à décrire les status rhumatologique, neurologique, ostéo-articulaire et psychique de l'assurée, puis procèdent à une étude du dossier radiologique, précisant n'avoir effectué aucun examen complémentaire dans le cadre de leur expertise (pp. 9 – 12). Ils s'expriment en ces termes sous l'intitulé « synthèse et discussion » : « Rappel de l'histoire médicale : Madame V. \_\_\_\_\_ est une assurée de 51 ans, née en Sicile, en Suisse depuis l'âge de 11 ans, au bénéfice d'un permis C, mariée et mère de deux enfants indépendants. Sans formation, elle a exercé diverses activités, depuis 10 ans à la réception et au service du courrier d'une caisse-maladie. Elle est en incapacité de travail totale depuis mai 2009, à 50% dès septembre de la même année, en raison de douleurs dans les épaules et d'un trouble dépressif récurrent. Une tentative d'augmentation à 60% s'est soldée par une recrudescence des symptômes. Madame V. \_\_\_\_\_ souffre de lombalgies récidivantes depuis plusieurs années, de caractère mécanique, accentuées aux mouvements du tronc, à l'effort, à la charge et aux positions immobiles prolongées. Au cours du temps, l'intensité douloureuse augmente et la douleur n'est plus calmée par le repos. Elle reste localisée à la charnière lombo-sacrée, n'irradie pas et n'est pas associée à [des] troubles neurologiques périphériques. Elle a toujours été attribuée à des troubles statiques et dégénératifs rachidiens. Le traitement, essentiellement conservateur (mobilisation en piscine, physiothérapie, rééducation intensive en milieu hospitalier), n'est couronné que d'un succès momentané. Madame V. \_\_\_\_\_ a également présenté plusieurs épisodes dépressifs dans le contexte d'une leucémie chez sa fille alors qu'elle avait 5 ans. Elle a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique auprès du Dr S. \_\_\_\_\_ de juillet 2009 à avril 2010. Dans son rapport du 26.02.2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ mentionne un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, une anxiété généralisée et un trouble panique; ces diagnostics ont justifié une incapacité de travail jusqu'en janvier 2009 environ, en raison d'un affaiblissement des capacités intellectuelles (concentration, mémoire), d'une irritabilité, d'une anxiété avec tension nerveuse, ainsi qu'un épuisement avec diminution de la résistance au stress. Le premier épisode dépressif remonte à 1995. La prise en charge médicale a été faite par les médecins de premier recours, à savoir le Dr X. \_\_\_\_\_ et lors

de l'épisode de 2006, la Dresse P. \_\_\_\_\_. En 1995, l'expertisée a été traitée par Seropram. En ce qui concerne le problème actuel, le Dr S. \_\_\_\_\_ note une légère amélioration, mais la persistance d'une symptomatologie anxio-dépressive avec des somatisations sous forme de douleurs, surtout dans les membres supérieurs et au niveau lombaire. Il parle d'un affaiblissement des capacités cognitives, en particulier au niveau de la mémoire et de la concentration. Il mentionne des capacités introspectives et de représentation limitées, sa patiente ayant de la peine à établir un lien entre son état psychique et son corps. Dans son rapport du 07.04.2011, le Dr S. \_\_\_\_\_ rappelle qu'il a suivi cette patiente du 09.07.2009 au 19.04.2010 et indique que l'évolution clinique a été favorable. L'état clinique s'est stabilisé, Madame V. \_\_\_\_\_ étant normothymique.

Situation actuelle et conclusions : Sur le plan rhumatologique, la symptomatologie douloureuse est superposable en caractère et en intensité à ce qui est mentionné plus haut. Lors du travail, qui commence le matin à l'aube par le tri du courrier en position assise ou debout, les lombalgies deviennent intolérables dès que le taux d'activité dépasse 50%, malgré l'utilisation d'une chaise ergonomique. Parallèlement, l'expertisée se plaint, depuis environ 6 mois, de douleurs en périphérie, soit : - de gonalgies du compartiment antérieur prédominant à la marche et en charge, à l'accroupissement, lors de positions debout prolongées, à la descente des escaliers et lorsqu'elle se trouve dans une position en charge dans les derniers degrés de l'extension. Il n'y a jamais eu d'épanchement; - d'une épaule douloureuse simple droite, surtout dans les mouvements de rotations et d'élévations, qui aurait été consécutive à un conflit sous-acromial et qui a bien répondu à des infiltrations locorégionales de dérivés stéroïdiens effectuées à trois reprises. L'activité professionnelle serait responsable des récurrences puisqu'une partie du travail s'effectue en hauteur (bras au-dessus du plan des épaules). L'examen du rachis ne révèle rien d'important. L'imagerie confirme qu'il existe quelques modifications dégénératives de la colonne lombaire, mais que ce ne sont que des ébauches d'ostéophytes antérieurs, sans pincement de disque, qui ne peuvent avoir valeur de maladie. L'examen clinique montre que les limitations fonctionnelles qui en découlent sont peu importantes: il n'existe, au demeurant, aucun signe de déficit neurologique périphérique, tant moteur que sensitif. Malgré une recherche scrupuleuse, aucun signe de non organicité (Waddell) ou de fibromyalgie (trigger points) n'ont pu être mis en évidence. Les lombalgies chroniques dont se plaint Madame V. \_\_\_\_\_, mais dont elle n'a pas fait état à l'expert psychiatre, ne s'expliquent pas par une lésion anatomique. En revanche, les gonalgies s'expliquent bien par un syndrome douloureux fémoro-patellaire, comme en témoigne la présence d'un important rabet rotulien droit à l'examen clinique. Les radiographies du genou droit d'avril 2011 sont normales dans l'espace tibio-fémoral. En revanche le pôle supérieur de la rotule montre une ébauche d'ostéophytose; le compartiment antérieur ne montre rien de particulier sur le défilé fémoro-patellaire à 30° de flexion. Les images sont compatibles avec un syndrome douloureux du compartiment antérieur. Cette condition est rarement invalidante, a fortiori dans une activité en position assise sans longs déplacements au poste de travail. Les radiographies de l'épaule droite du 09.11.10 ne montrent rien de particulier, en l'occurrence pas de calcification surajoutée, ni de signe d'arthrose. Les manifestations cliniques tapageuses du début, qui faisaient craindre une lésion de la coiffe en relation avec un syndrome irritatif sous-acromial, ont disparu sous l'effet des infiltrations locorégionales de dérivés stéroïdiens. Si l'activité professionnelle devait impliquer automatiquement des rechutes successives, il pourrait comme limitation fonctionnelle être conseillé d'exclure tout travail au-dessus du plan des épaules. Les conditions morbides qui touchent certains

organes internes (HTA, lithiase vésiculaire, céphalées de tension, vertiges) sont pauci, voire asymptomatiques. Certaines n'ont pas reçu d'explication malgré des investigations poussées en milieu hospitalier et sont à mettre sur le compte de somatisations. De ce qui précède, on constate qu'il n'existe, sur le plan de l'appareil locomoteur, aucune justification à une incapacité définitive de travail dans la mesure où les plaintes sont consécutives à des maladies ou conditions douloureuses traitables, si ce n'est guérissables, en tout cas susceptibles de rémission. Sur le plan psychique, nous basant sur les plaintes, l'observation clinique et le dossier médical, nous retenons, par ordre d'apparition, les diagnostics suivants: 1. Des troubles anxieux phobiques (F 40). De longue date, il existe une phobie sociale, avec timidité, difficulté à s'affirmer et comportements d'évitement. Cela a fait que Madame V. \_\_\_\_\_ n'a pas osé se présenter à une place d'apprentissage et qu'elle a échoué aux examens du permis de conduire. Par la suite, elle a eu besoin du soutien de sa soeur, avec qui elle a travaillé, pour entreprendre une activité professionnelle. Ces problèmes se sont amendés et n'ont pas interféré avec sa dernière activité. Il existe aussi, depuis longtemps, une claustrophobie. Surtout depuis 2009, l'expertisée présente une agoraphobie avec épisodes paniques dont la description est assez caractéristique, avec notamment la crainte d'un évanouissement. Grâce à la thérapie, ce trouble s'est progressivement atténué, avec diminution des épisodes nocturnes et du besoin d'accompagnement pour sortir de chez elle. Il persiste un épisode hebdomadaire d'anxiété majeure. 2. Une anxiété généralisée (F 41.1). Madame V. \_\_\_\_\_ présente également une anxiété flottante, qui n'a pas de circonstances de déclenchement bien précises, raisons pour lesquelles nous retenons aussi le diagnostic d'anxiété généralisée; elle est présente de longue date, exacerbée par les maladies successives de sa fille et de son mari. Actuellement, l'expertisée a toujours tendance à élaborer des scénarios-catastrophes, craignant la survenue d'accidents. Elle peine également beaucoup à se détendre. 3. Un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4). Le premier épisode dépressif est survenu vers 1991, lors de la découverte de la leucémie de sa fille; le troisième – le plus important – a débuté en 2007. Il n'y a pas eu de prise en charge psychiatrique pour les deux épisodes survenus dans les années nonante; lors du deuxième, le médecin traitant a prescrit un antidépresseur. Lors du dernier épisode, surtout marqué durant l'année 2009, l'antidépresseur prescrit (Cipralax) n'a été ni supporté, ni efficace. Cela a conduit à une prise en charge par le Dr S. \_\_\_\_\_. Dans sa dernière appréciation, ce confrère décrit que l'état étant devenu normothymique, le suivi a pris fin en avril 2010. Actuellement, nous n'observons pas de ralentissement psychique. Madame V. \_\_\_\_\_ ne présente pas de tristesse envahissante et ne décrit pas non plus d'état de tristesse. Elle se plaint de troubles cognitifs, qui avaient également été décrits par le Dr S. \_\_\_\_\_, et que nous n'observons pas actuellement. Toutefois, il faut noter que certains troubles anxieux (cf. point 2) peuvent provoquer une fatigabilité et certains troubles de la concentration. Actuellement, nous pouvons donc confirmer que le trouble dépressif récurrent est en rémission. 4. Des somatisations (F 45.0). C'est probablement la leucémie de sa fille enfant, mais surtout les problèmes de santé du mari (en arrêt de travail depuis 2007) qui ont déclenché, chez cette personne aux capacités d'élaboration psychique estimées faibles par le Dr S. \_\_\_\_\_, des préoccupations sur son propre état de santé; elles ont entraîné un nombre impressionnant d'investigations somatiques, surtout dès 2006. Que ces préoccupations soient attribuées à une somatisation (F 45.0) ou à un trouble hypochondriaque (F 45.2) n'a pas grande importance. Madame V. \_\_\_\_\_ estime que ses troubles s'atténuent. Elle a davantage confiance dans les explications que lui fournit son thérapeute. Toutefois, les visites médicales restent

relativement fréquentes (mensuelles). En conclusion, les limitations fonctionnelles découlent d'une plus grande fatigabilité en lien avec l'anxiété généralisée; celle-ci peut aussi occasionner quelques troubles cognitifs responsables d'erreurs. Madame V. \_\_\_\_\_ doit donc bénéficier de pauses plus fréquentes afin de pouvoir se détendre. Cela n'a toutefois de sens que si elle acquiert des techniques de relaxation. En ce sens, le suivi par un psychologue, récemment instauré, devrait être bénéfique. La nécessité de davantage de pauses entraîne une baisse de rendement, qui reste cependant très faible, d'au plus de 10 %. Les patients présentant des somatisations étant souvent particulièrement sensibles aux effets secondaires des médicaments, nous pensons que, dans le contexte de l'expertisée, une approche psychothérapeutique est suffisante. Celle-ci devra viser à une atténuation de l'anxiété, avec possiblement la récupération d'un rendement plein. Répondant pour terminer aux questions de l'administration, les experts ont retenu pour seul diagnostic affectant la capacité de travail une anxiété généralisée (F 41.1). Sans effet sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent alors en rémission existant depuis 1991 environ (F 33.4), des lombalgies chroniques, une épaule douloureuse simple à droite, un syndrome douloureux du compartiment antérieur des genoux, surtout à droite, une somatisation (F 45.0), un trouble panique depuis 2007 (F 41.0), une hypertension artérielle ainsi qu'une lithiase vésiculaire. S'agissant de la capacité de travail, ils ont expliqué que la seule limitation présentée par l'assurée consistait en un état de fatigue induit par l'anxiété, laquelle était aussi susceptible de conduire à quelques troubles cognitifs pouvant entraîner des erreurs. Pour le reste, l'activité habituelle était exigible à plein temps soit huit heures par jour dès le 20 avril 2010, c'est-à-dire dès la date de la fin du suivi psychiatrique, une diminution de rendement de 10% au plus étant retenue en raison de la fréquence accrue des pauses. Les experts étaient d'avis qu'un suivi psychothérapeutique était de nature à déboucher sur un plein rendement. Se déterminant sur le rapport d'expertise dans un avis médical du 5 décembre 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions des experts. Il a considéré que l'anxiété généralisée ancienne, de degré léger, pouvait tout au plus justifier une baisse de rendement de 10% dans toute activité, si bien qu'il convenait d'admettre que, depuis le 20 avril 2010, l'incapacité de travail n'était plus justifiée médicalement. Le 10 janvier 2012, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser tout droit à des prestations (rente et mesures professionnelles). Se fondant sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée auprès du Centre Q. \_\_\_\_\_, il a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 6 mai 2010, la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle, au demeurant adaptée à son état de santé, sous réserve d'une diminution de rendement de 10%. En présence d'un degré d'invalidité de 10%, soit inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente, il s'ensuivait que la demande de prestations déposée par l'assurée devait être rejetée. Agissant désormais par l'intermédiaire de Me Anne-Sylvie Dupont, l'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce préavis en date du 17 février 2012. Dans un avis médical du 29 février 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a répondu en ces termes aux critiques soulevées par l'assurée : « Les objections de Me Dupont portent sur les points suivants : · L'expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_ ne serait pas un « consilium pluridisciplinaire » puisque chaque expert se serait borné à examiner l'assurée sous l'angle de sa discipline propre. « Le poids supplémentaire représenté par le cumul des atteintes » n'aurait pas été pris en considération. Cette objection n'est pas pertinente. En préambule à l'expertise, on peut lire ceci : « le rapport présent a été établi conjointement après examen de Madame V. \_\_\_\_\_ et une lecture attentive, par chacun des experts soussignés, du dossier mis à disposition. Selon notre habitude, il s'agit

d'un travail nécessitant un consensus. Nous avons réalisé cette expertise selon les règles de l'art et en toute indépendance des parties. » · Il n'a pas été procédé à des tests neuropsychologiques : l'expert psychiatre relève que l'assurée ne présente pas de troubles de la vigilance. Son orientation est normale. Elle ne présente pas de problèmes de jugement ni de raisonnement. Il n'observe pas non plus de troubles cognitifs. La capacité d'élaboration psychique est assez bonne. Les compétences intellectuelles sont tout à fait normales. Il n'y a pas de ralentissement psychique. La normalité du status clinique permet de s'abstenir d'un examen neuropsychologique complémentaire. · Il n'y a pas de proposition thérapeutique : une fois de plus, cette affirmation est fautive. A la question « Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? », les experts répondent qu'un suivi psychothérapeutique permettra d'obtenir un rendement plein. · Il n'a pas été tenu compte de la pathologie cardiaque : cette objection est inappropriée. En page 4, les experts résument le rapport cardiologique d'avril 2009 qui conclut à une mauvaise tolérance à l'effort « vraisemblablement par l'absence d'exercice physique ». Il est permis de penser que l'activité d'aide de bureau chez M. \_\_\_\_\_ SA n'exige pas des efforts physiques insurmontables par l'assurée, surtout si l'on tient compte d'une baisse de rendement de 10%. » En résumé et en bref, les objections de Me Dupont sont creuses. Il n'y a pas lieu de revenir sur notre position, ni d'interroger le Dr J. \_\_\_\_\_ [cardiologue ayant examiné l'assurée en novembre 2007 et dont les deux rapports datés des 7 et 19 novembre 2007 ont été transmis par la Dresse P. \_\_\_\_\_ à l'office AI, réd.]. » Par décision du 21 mars 2012, l'office AI a confirmé son refus de toutes prestations (rente et mesures professionnelles) avec une motivation identique à celle contenue dans son projet du 10 janvier précédent. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a pris position sur les objections formulées par l'assurée en reprenant les considérations développées par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son avis du 29 février 2012. B. Par acte du 11 mai 2012, V. \_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Sous suite de frais et dépens, elle conclut principalement à sa réforme, en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010 lui est reconnu. A titre subsidiaire, elle demande l'annulation de la décision attaquée, l'affaire étant renvoyée à l'office AI pour complément et nouvelle décision. La recourante s'en prend pour l'essentiel à l'appréciation médicale à laquelle s'est livrée l'administration et lui reproche de ne s'être fondée, dans la décision dont est recours, que sur la seule expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_ pour motiver le refus de ses prestations. Sous l'angle formel, elle se plaint de n'avoir été vue dans ce cadre que par un rhumatologue et un psychiatre, alors que les pathologies dont elle est atteinte ne se limitent pas à ces deux spécialités. En outre, les experts n'auraient pas procédé à une véritable évaluation interdisciplinaire, impliquant de prendre en considération les interactions existant entre les différentes affections. En ce qui concerne l'analyse médicale proprement dite, la recourante convient que l'appréciation de l'expert et celle des médecins consultés, telle qu'elle ressort du dossier, concordent sur le plan rhumatologique. S'agissant du volet psychiatrique, la recourante se réfère à une lettre du 5 mai 2012 de la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant. Reprochant aux experts de ne pas avoir mentionné le nom de cette praticienne dans leur rapport, la recourante soutient que son état de santé psychique serait fluctuant depuis le début de la thérapie, que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ne serait pas en rémission et que les tentatives de travailler à plus de 50% se seraient toutes soldées par un échec en raison de la fatigabilité et des troubles de la concentration. Au sujet des autres diagnostics, la Dresse I. \_\_\_\_\_ rejoint l'analyse de l'expert

psychiatre. La recourante s'étonne en revanche que les experts aient considéré que la présence d'un trouble panique serait sans incidence sur sa capacité de travail, dans la mesure où ils relatent les difficultés qu'elle a éprouvées pour entrer en contact avec le marché du travail, le concours de sa propre sœur étant même nécessaire à cet égard. Dans ce contexte, elle fait valoir que, contrairement à ce que prétendent les experts, les attaques de panique dont elle est l'objet représente un handicap dans l'éventualité d'une recherche d'emploi à un taux supérieur à celui qui est le sien actuellement. A ses yeux, il conviendrait de procéder à des investigations complémentaires sur ce point, de même qu'en ce qui concerne les troubles cognitifs, dans la mesure où les experts sont les seuls à ne pas les avoir constatés, ce qui pourrait s'expliquer par la brièveté de leur contact avec elle. La recourante fait enfin grief à l'autorité intimée de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de la pathologie cardiaque et signale des investigations complémentaires en cours à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_. Estimant sur la base des moyens développés que la situation médicale ne correspond pas à la réalité, elle sollicite, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre « d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, avec réalisation de tests neuropsychologiques pour confirmer – ou infirmer – la présence de troubles cognitifs et déterminer leur impact sur la capacité de travail (...), rhumatologique et cardiologique). » Par décision du 15 mai 2012, le magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 19 avril 2012. Celle-ci a été exonérée du paiement d'avances et un conseil lui a été commis d'office en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont. Dans sa réponse du 6 juin 2012, l'office intimé déclare se rallier sans autre précision à l'avis médical joint en annexe du 4 juin 2012 du Dr T.\_\_\_\_\_ à la teneur suivante : « Le rapport de la Dresse I.\_\_\_\_\_ retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, une anxiété généralisée et une phobie sociale. C'est sur le premier de ces diagnostics que porte la controverse. Le trouble dépressif est-il en rémission, comme l'a constaté l'expert en juin 2011, ou est-il moyen comme retenu par la Dresse I.\_\_\_\_\_, ou est-il sujet à des fluctuations qui rendraient justice aux deux évaluations ? A cet égard, je relève que le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 7 avril 2011, va dans le sens de la rémission. Le spécialiste précise textuellement que « l'évolution clinique est très favorable, l'état clinique reste stable et la patiente est normo-thymique », ajoutant que « l'état de santé psychique de la patiente ne justifiait pas la poursuite des mesures AI ». J'observe aussi que la Dresse I.\_\_\_\_\_ a omis de préciser la date à laquelle sa prise en charge a débuté. Nous ignorons également la nature du traitement prescrit, sans parler de la compliance de l'assurée. Dans ces conditions, une expertise me paraît pour le moins prématurée. Il conviendrait à mon sens de compléter l'instruction dans le sens indiqué ci-dessus. On pourrait aussi éviter une expertise cardiologique en interrogeant le cardiologue traitant de Mme V.\_\_\_\_\_ qui confirmera sans doute ses conclusions de 2007, à savoir qu'il existe un hypercinétisme cardiaque et une intolérance à l'effort probablement dus à un manque d'entraînement, sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité sédentaire légère. » En réplique du 17 juillet 2012, la recourante se prévaut d'une lettre de la Dresse I.\_\_\_\_\_ du 28 juin 2012. Précisant assurer le suivi de la recourante depuis le mois de juin 2011, la psychiatre traitant met en exergue une augmentation de l'intensité de l'épisode dépressif depuis cette date. Ayant bénéficié de séances de psychothérapie ainsi que d'un traitement anti-dépresseur par Cipralex en 2010-2011 auxquels elle se serait dûment conformée, la recourante n'aurait pas constaté d'amélioration de son état dépressif. En outre, des effets secondaires seraient apparus à la suite du traitement médicamenteux, si bien qu'elle aurait renoncé à un autre anti-dépresseur, préférant un traitement

homéopathique, lequel n'aurait pas eu les effets escomptés. Elle aurait donc exprimé son accord pour la reprise d'un traitement antidépresseur. La Dresse I. \_\_\_\_\_ spécifie en outre que la recourante a interrompu son suivi psychiatrique au début de l'année 2011, non parce que son état se serait amélioré mais parce que l'approche thérapeutique adoptée ne lui convenait pas. Selon cette praticienne, son état psychique – resté fluctuant – limiterait sa capacité de travail à 50% au maximum. Pour finir, la recourante déclare ne pas s'opposer, sur le plan cardiologique, à la manière de procéder suggérée par l'office intimé. En revanche, elle maintient que, sous l'angle psychiatrique, il existe des doutes suffisants pour mettre en œuvre une expertise, au minimum psychiatrique. Dupliquant le 16 août 2012, l'intimé fait siennes les considérations contenues dans l'avis médical annexé dressé sous la plume du Dr T. \_\_\_\_\_ le 31 juillet 2012 et dont le contenu est le suivant : « Le recours de l'assurée est accompagné d'un courrier de la Dresse I. \_\_\_\_\_ à Me Dupont du 28 juin 2012, dans lequel on relève les points suivants : · La Dresse I. \_\_\_\_\_ dit suivre l'assurée depuis juin 2011. Or, l'expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_ est précisément fondée sur des entretiens du 8 juin 2011 et du 5 juillet 2011. Je rappelle que cette expertise retenait, au plan psychiatrique, un trouble dépressif récurrent en rémission, sans incidence sur la capacité de travail. Force est donc de constater que l'expert psychiatre pose un diagnostic différent de celui de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Dans le cas d'espèce, nous privilégions l'avis de l'expert à celui du médecin traitant généralement enclin à plus d'empathie du fait même de la relation thérapeutique. · La Dresse I. \_\_\_\_\_ dit que « l'intensité de l'épisode actuel a augmenté depuis quelques semaines » et que « par rapport au juin 2011 (sic), l'intensité actuelle de l'épisode dépressif est également augmentée ». Elle écrit aussi qu'« actuellement, elle (l'assurée) continue à présenter un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ». Ces propos ne sont pas absolument cohérents. Si l'on comprend bien, l'état de santé de l'assurée ne cesse de se péjorer depuis juin 2011, mais l'épisode dépressif est toujours qualifié de moyen. · Nous comprenons également que Mme V. \_\_\_\_\_ ne bénéficie toujours pas d'un traitement médicamenteux anti-dépresseur, lui préférant un traitement homéopathique. Ceci laisse penser que l'état de santé de l'assurée n'est pas préoccupant au point qu'elle accepte le seul traitement réputé efficace. En l'absence de traitement, on comprend mal que la Dresse I. \_\_\_\_\_ puisse affirmer que l'assurée est compliant au traitement... · Enfin, la Dresse I. \_\_\_\_\_ avance que l'assurée aurait interrompu la prise en charge psychiatrique au début de 2011 non pas parce que son état s'était amélioré, mais parce que l'approche thérapeutique du Dr S. \_\_\_\_\_ ne lui convenait pas. A cet égard, il convient de préciser que, selon le Dr S. \_\_\_\_\_, le suivi psychiatrique a été interrompu en avril 2010, et non pas au début de 2011. Elle était alors stable et normo-thymique. Je vois mal quels arguments permettent à la Dresse I. \_\_\_\_\_ de contester les constatations objectives de son confrère alors qu'elle ne suit l'assurée que depuis juin 2011. Pour conclure, j'observe que nous sommes en présence de deux avis concordants, respectivement du Dr S. \_\_\_\_\_ et de l'expert Z. \_\_\_\_\_, et d'un avis divergent de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Je remarque aussi que les rapports de la Dresse I. \_\_\_\_\_ ne sont pas dénués d'incohérences voire de contradictions diminuant fortement leur caractère probant. Dans ces conditions, j'aurais tendance à privilégier les deux premiers, et à maintenir notre position. Une expertise psychiatrique supplémentaire ne nous paraît pas nécessaire. » S'exprimant une ultime fois par pli du 11 septembre 2012, la recourante relève qu'en tant qu'il n'est pas psychiatre, le Dr T. \_\_\_\_\_ n'est pas qualifié pour se prononcer sur la valeur probante du rapport de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Au demeurant, un seul entretien – tel que celui du Dr Z. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire – ne saurait suffire pour rendre compte d'un état qui

n'a cessé d'évoluer depuis le printemps 2011. En conséquence, la recourante maintient intégralement ses conclusions, tant en ce qui concerne le fond de l'affaire que s'agissant des réquisitions de mesures d'instruction. Le 28 janvier 2013, cette écriture a été transmise pour information à l'autorité intimée, qui n'a pas réagi. En date du 7 février 2013, Me Dupont a fait parvenir la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 19 avril 2012 au 7 février 2013, ce qui représente un total de 9 heures et 51 minutes soit une indemnité de 1'848 fr. 75. Ce montant comprend les honoraires à hauteur de 1'711 fr. 80, auxquels s'ajoute la TVA au taux de 8%, par 136 fr. 95. Aucun débours n'a été facturé. 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'AI, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 1 let. a et 60 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010. 3. a) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré. b) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), le juge constate les faits d'office, avec la collaboration des parties et administre les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références ; TF 9C\_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3.1).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela vaut aussi pour le psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4). On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). 4. Ayant constaté que la recourante présentait des atteintes à la santé relevant à la fois de la sphère somatique – en particulier rhumatologique – et psychique, l'intimé a diligenté une expertise bidisciplinaire auprès du Centre Q.\_\_\_\_\_ aux fins de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible. Se fondant sur les conclusions des experts

C. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, l'intimé considère que la recourante présente dans son activité habituelle, considérée comme adaptée, une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 10%, ce qui entraîne le refus de toute prestation à défaut d'un taux d'invalidité suffisant. De son côté, la recourante estime que, compte tenu de l'ensemble de ses pathologies, sa capacité de travail n'excède pas 50%, d'où un taux d'invalidité justifiant l'octroi d'une demi-rente. a) aa) En ce qui concerne les affections physiques, la recourante n'avance aucun élément de nature à infirmer les conclusions de l'expertise bidisciplinaire. Elle convient même que l'appréciation des médecins consultés concorde, sous l'angle rhumatologique, avec celle du Dr C. \_\_\_\_\_. A cet égard, ce dernier constate que l'examen du rachis ne révèle rien d'important et que les quelques modifications dégénératives de la colonne lombaire ne peuvent avoir valeur de maladie. Il n'existe aucun signe de déficit neurologique périphérique, tant moteur que sensitif. Il n'y a pas non plus de signe de non organicité et l'existence d'une éventuelle fibromyalgie n'a pu être mise en évidence. Par ailleurs, les lombalgies chroniques ne s'expliquent pas par une lésion anatomique. En revanche, les gonalgies sont dues à un syndrome douloureux fémoro-patellaire. Si les radiographies sont certes compatibles avec un syndrome douloureux du compartiment antérieur, l'expert estime que cette condition revêt rarement un caractère invalidant, à plus forte raison dans une activité en position assise sans longs déplacements au poste de travail. Quant aux radiographies de l'épaule droite, elles ne révèlent rien de particulier et seule l'exclusion de tout travail au-dessus du plan des épaules devrait être conseillée si un syndrome irritatif sous-acromial devait réapparaître, celui-ci ayant disparu sous l'effet d'infiltrations locorégionales. L'expert conclut de son examen que l'état de l'appareil locomoteur ne justifie aucune incapacité de travail définitive dans la mesure où les plaintes sont consécutives à des maladies ou des conditions douloureuses sinon guérissables, du moins accessibles à un traitement. En tous les cas, elles sont susceptibles de rémission. bb) Cela étant, la recourante reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de la pathologie cardiaque qu'elle présente. Elle se prévaut d'investigations complémentaires en cours au service de radiologie de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, auquel son dossier cardiologique aurait été communiqué. Quoiqu'en dise la recourante, on ne saurait faire grief à l'office AI de ne pas avoir recueilli de renseignements à cet égard, dans la mesure où la recourante n'a elle-même pas donné suite à la suggestion émise par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son avis du 4 juin 2012 – avec laquelle elle s'était pourtant déclarée d'accord – d'interroger le cardiologue traitant. On peut d'autant moins faire ce grief à l'office AI qu'il appartenait cas échéant à l'autorité de recours d'ordonner cette production, respectivement de renvoyer la cause à l'office AI pour instruction sur ce point. Cependant, dans son recours, l'assurée n'allègue rien de nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par les experts, à l'exception de récentes investigations au service de radiologie de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, dont on ignore si elles sont antérieures ou postérieures à la décision litigieuse. Pour le surplus, il appartenait à la recourante de produire le résultat de ses investigations, s'il corroborait l'éventualité d'une aggravation ou d'une atteinte nouvelle antérieure à la décision attaquée. Quoiqu'il en soit, il ressort du rapport d'expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_ que l'hypertension artérielle est connue depuis 2000 et fait l'objet d'un traitement, tandis que les accès fréquents de palpitations sont améliorés par bêtabloquants. Il s'ensuit que l'existence d'une aggravation de la pathologie cardiaque n'est nullement rendue vraisemblable au regard du dossier constitué. cc) S'agissant des autres atteintes à la santé, on constate à la lecture du rapport d'expertise du 25 novembre 2011 que, sur la base des pièces en leur possession, les experts ont procédé à une brève anamnèse par

systemes. En regard de l'anamnèse digestive, ils retiennent : « lithiase vésiculaire, maladie de reflux traitée par IPP ; colopathie fonctionnelle » , tandis que le volet neurologique fait apparaître des « céphalées de tensions régulières, sans traitement suivi [et des] vertiges rotatoires investigués, sans diagnostic précis ». Quant aux autres status (pulmonaire, urogénital et « autres »), ils ne révèlent rien de particulier, hormis une mastopathie et une thyroïde, toutes deux sous surveillance. Les experts déduisent de ce qui précède que les conditions morbides qui touchent certains organes internes (hypertension artérielle, lithiase vésiculaire, céphalées de tension, vertiges) sont pauci, voire asymptomatiques. Certaines n'ont pu être expliquées en dépit d'investigations poussées en milieu hospitalier et sont imputables selon eux à des somatisations. On mentionnera encore que, selon le Dr K. \_\_\_\_\_, le status neurologique détaillé est rigoureusement normal et que les examens clinique et électrophysiologique auxquels il a procédé lui permettent d'exclure une pathologie neurologique sous-jacente (appréciation du 8 juillet 2009). dd) Au regard de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, on peut tenir pour établi que l'assurée ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique propre, à elle seule, à entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance. En ce qui concerne cet aspect du dossier, la recourante n'apporte aucun élément concret qui devrait conduire la Cour de céans à s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_ ou, à tout le moins, à mettre en doute la pertinence des conclusions rendues. On rappellera que la tâche des experts est précisément de mettre leurs connaissances spéciales à la disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux du cas (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). b) Pour ce qui est des pathologies psychiques, la recourante soutient, sur la base de l'appréciation de la Dresse I. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, que son état de santé se serait dégradé depuis le mois de juin 2011 et que, associé à ses problèmes somatiques, il ferait par conséquent obstacle à une capacité de travail supérieure à 50%. Outre que les pièces médicales émanant de la Dresse I. \_\_\_\_\_ sont postérieures à la décision querellée (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243 ; 121 V 362 consid. 1b p. 366 ; TF 9C\_392/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2), on ne peut qu'observer, en tout état de cause, qu'elles ne permettent pas de s'inscrire en faux contre l'évaluation faite par l'expert Dr Z. \_\_\_\_\_. aa) Dans le rapport d'expertise du 25 novembre 2011, ce dernier évoque un trouble dépressif récurrent en rémission. Il n'observe pas de ralentissement psychique, l'intéressée ne présentant pas de tristesse envahissante et ne décrivant pas non plus d'état de tristesse. Contrairement au Dr S. \_\_\_\_\_, il ne met pas non plus en évidence de troubles cognitifs. Tout au plus, il signale certains troubles anxieux susceptibles de provoquer une fatigabilité et certains troubles de la concentration. Associée à une anxiété flottante, cette symptomatologie conduit l'expert à poser le diagnostic d'anxiété généralisée (F 41.1). Dans la mesure où, en lien avec une fatigabilité, cette affection entraîne des limitations fonctionnelles, l'expert considère qu'elle affecte la capacité de travail ; elle peut aussi occasionner quelques troubles cognitifs responsables d'erreurs. Aux fins de remédier à ces accès de fatigue, une fréquence accrue des pauses est rendue nécessaire, ce qui conduit à une baisse de rendement que l'expert estime à 10% au maximum. Quant aux diagnostics de troubles anxieux phobiques (F 40) et de somatisations (F 45.0), l'expert souligne qu'ils se sont atténués grâce à la prise en charge thérapeutique dont l'assurée fait l'objet. Ils n'ont donc pas d'incidence sur la capacité de travail. Dans ce contexte, on peine à suivre l'argumentation de la recourante lorsqu'elle prétend que les troubles psychiques dont elle souffre se seraient aggravés depuis le début de sa prise en charge par la Dresse I. \_\_\_\_\_, au mois de juin 2011. En effet, l'examen auquel a procédé l'expert s'est déroulé le 8 juin

2011, de sorte qu'il est concomitant avec le début de la prise en charge de l'assurée par la Dresse I.\_\_\_\_\_. Il rejoint au demeurant les constatations effectuées par le Dr S.\_\_\_\_\_ lequel, dans sa lettre du 7 avril 2011 à l'office intimé, relève que, pendant son suivi du 9 juillet 2009 au 19 avril 2010, l'évolution clinique a été très favorable, l'état clinique étant resté stable et la patiente ayant été qualifiée de normo-thymique. A cela s'ajoute le fait que la rémission du trouble dépressif constatée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ est intervenue en dépit de l'arrêt du traitement anti-dépresseur, lequel, comme l'indique la Dresse I.\_\_\_\_\_, n'avait pas été supporté et s'était révélé inefficace, de sorte que seul un traitement homéopathique avait pu être prescrit. Enfin, on relèvera que l'assurée n'a pas fait l'objet d'un suivi psychiatrique entre avril 2010 et juin 2011. Dans ces conditions, force est donc de constater que les éléments avancés par la recourante ne sont pas de nature à corroborer une aggravation de l'épisode dépressif, telle qu'alléguée. bb) Au reste, la prise de position de la Dresse I.\_\_\_\_\_ prête le flanc à la critique pour d'autres motifs encore. En premier lieu, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11) posé dans sa lettre du 28 juin 2012, ne manque pas d'étonner en présence d'une symptomatologie, qui s'aggraverait selon elle sans discontinuer depuis le mois de juin 2011. En outre, les déclarations de la Dresse I.\_\_\_\_\_ comportent une inexactitude quant au point de départ de la prise en charge thérapeutique, puisqu'elle fait remonter l'interruption du suivi psychiatrique au début de l'année 2011, alors que le Dr S.\_\_\_\_\_ la situe au 19 avril 2010. On s'étonne enfin que la psychiatre traitant puisse contester a posteriori les conclusions de ce dernier, en prétendant dans sa lettre du 5 mai 2012 que l'état psychique de l'assurée est resté fluctuant depuis la fin du précédent suivi psychiatrique en 2010, alors que le Dr S.\_\_\_\_\_ évoque au contraire un état psychique stabilisé et une patiente normo-thymique (cf. lettre du 7 avril 2011). Quoiqu'il en soit, les affirmations de la Dresse I.\_\_\_\_\_, qui se fait d'ailleurs largement l'écho des plaintes de sa patiente, n'emportent pas la conviction, si bien qu'elles ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise bidisciplinaire. 5. Il découle de ce qui précède que, se fondant sur l'expertise bidisciplinaire du 25 novembre 2011 des Drs C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, c'est à juste titre que l'administration intimée a considéré que la recourante présentait, dès le 6 mai 2010, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 10% dans son activité habituelle d'employée de bureau, considérée comme adaptée à son état de santé. Cette expertise satisfait au demeurant aux réquisits jurisprudentiels, pour se voir conférer une pleine valeur probante. Ses conclusions peuvent donc être suivies. Fruit d'une étude circonstanciée du cas, elle rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Il s'ensuit que la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. En effet, l'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur les prétentions de la recourante. Elle permet de tenir compte des interactions des différents troubles, tant sur le plan psychique que somatique. Pareil renvoi ne se justifie donc pas, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 p. 236 ; 124 V 90 consid. 4b p. 94 ; 122 V 157 consid. 1d p. 162 ; TF 9C\_175/2011 du 5 mars 2012 consid. 3.3). Au reste, le grief de la recourante selon lequel l'expert psychiatre ne s'est entretenu qu'à une seule reprise avec elle ne suffit pas à

remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise. En effet, un tel procédé apparaît usuel dans le contexte d'une mission d'expertise, tandis que l'opportunité de plusieurs entrevues peut légitimement être laissée à l'appréciation de l'expert (cf. TF 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 et I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6).

6. En définitive, en déniant le droit de la recourante à toute prestation d'invalidité, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 21 mars 2012.

7. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont à compter du 19 avril 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. Le 7 février 2013, Me Dupont a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 19 avril 2012 au 7 février 2013. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à une durée de 9 heures et 51 minutes, telle qu'annoncée. Aucun débours n'a été facturé. Le tarif horaire applicable étant de 180 fr. pour Me Dupont (art. 2 al. 1 let. a RAJ), les honoraires s'élèvent à 1'711 fr. 80, auxquels il convient d'ajouter la TVA au taux de 8%, par 136 fr. 95. Me Dupont a donc droit à un montant de 1'848 fr. 75, TVA comprise. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 21 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 laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 1'848 fr. 75 (mille huit cent quarante-huit francs et septante-cinq centimes), TVA comprise. VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au

remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour V. \_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.