

VD_FINDINFO AI 11/12 - 296/2012 vom 10. September 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-09-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_11_12_-_296_2012

FR: VD_FINDINFO AI 11/12 - 296/2012 du 10 septembre 2012

IT: VD_FINDINFO AI 11/12 - 296/2012 del 10 settembre 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.09.2012 AI 11/12 - 296/2012

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 11/12 - 296/2012 ZD12.000912 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 10 septembre 2012 _____ Présidence de Mme Pasche

Juges : MM. Métral et Gutmann, assesseur Greffière : Mme Pradervand

***** Cause pendante entre : K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t : A. K. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1968, mère de deux enfants nés en 1995 et 2000, a suivi une formation commerciale. Elle a notamment travaillé en tant que secrétaire à [...] du 1^{er} janvier 2003 au 31 août 2004, date à laquelle elle a été licenciée. S'en est suivi une période de chômage du 1^{er} septembre 2004 au 31 mars 2006. Le 5 mai 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en faisant état d'un syndrome de viscéroptose et d'un côlon spastique sévère existant depuis plus de vingt ans. Sur le formulaire 531bis qu'elle a complété le 12 décembre 2006, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait entre 70 et 80% dans le secrétariat. Dans un rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 29 juin 2006, le Dr Z. _____, gastroentérologue traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome sévère du côlon irritable et d'état anxiodépressif. Il était d'avis que la patiente pourrait exercer une activité professionnelle au taux de 20% ou 30%. Il a joint à son envoi son rapport médical du 20 juillet 2005 établi à la suite d'une coloscopie, aux termes duquel il constatait que l'aspect de la muqueuse colique était normal et qu'aucune lésion n'avait été décelée. Dans un rapport médical à l'OAI du 2 octobre 2006, le Dr H. _____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dépression récurrente depuis 1990, de côlon irritable sévère avec syndrome de viscéroptose (foie, vésicule et estomac) et d'asthme. Selon ce médecin, l'assurée présentait une capacité

de travail exigible dans sa profession d'employée de commerce de l'ordre de plus ou moins 20% depuis 2005. Le Dr H. _____ a notamment joint à son envoi plusieurs rapports d'examens médicaux spécialisés – lesquels se sont révélés être dans la norme –, ainsi qu'un rapport d'expertise du Dr W. _____, neurologue, du 25 avril 2006. Ce dernier a conclu que l'examen neurologique de l'intéressée était parfaitement normal, les bilans radiologiques et cliniques s'étant révélés eux aussi normaux. Le Dr W. _____ constatait en outre la présence d'éléments le conduisant à retenir un état de stress partiellement géré, secondaire à des préoccupations personnelles, familiales et professionnelles. L'OAI a estimé qu'il convenait de procéder à une évaluation médicale de l'assurée et l'a priée de se rendre à cet effet auprès du Centre N. _____ (ci-après: Centre N. _____) de [...]. Selon le rapport d'expertise de la Dresse B. _____, médecin-chef adjoint, et du Dr S. _____, spécialiste de la médecine physique et réadaptation, du 20 juin 2007, le diagnostic retenu avec effet sur la capacité de travail était celui de douleurs abdominales d'origine indéterminée. Les diagnostics retenus sans effet sur la capacité de travail étaient ceux de dysthymie (F34.1), de trouble obsessionnel-compulsif, forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2), de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3), de trouble hypocondriaque (F45.2) et d'asthme bronchique. Les experts ont par ailleurs retenu ce qui suit sous la rubrique «appréciation du cas et pronostic»: «Cette assurée de 38 ans, secrétaire diplômée et mère de deux garçons de 6 et 11 ans présente des douleurs abdominales survenant par épisode de un à deux jours en moyenne depuis l'âge de 13 ans et s'étant aggravées progressivement ces dernières années. Elle a été licenciée courant 2004 en raison d'un absentéisme lié aux douleurs abdominales et surtout aux suites de deux accidents de la voie publique avec entorses cervicales, le dernier accident ayant eu lieu en février 2004. Les cervicalgies ont évolué plutôt favorablement avec l'aide de différents traitements comme l'ostéopathie. Il persiste une douleur latéro-cervicale gauche se manifestant lors des activités un peu plus lourdes ou lors de la conduite automobile de plus de 45 minutes. Toutefois, ces symptômes sont tout à fait au deuxième plan. En effet, la plainte principale qui empêche Madame K. _____ d'exercer sa profession sont des douleurs abdominales en colique qui entraînent une incapacité de une à quatre journées chaque semaine. L'anamnèse familiale relève des cancers du côlon du côté paternel ayant entraîné le décès de trois oncles et une tante et récemment la découverte de polypes chez un demi-frère, un cousin et une cousine. De multiples investigations ont été pratiquées comprenant une oeso-gastro-duodénoscopie avec biopsie, une colonoscopie et une échographie abdominale supérieure ainsi qu'un transit baryté. Ces examens se sont révélés rassurants et ont permis uniquement de démontrer lors de la dernière échographie du 18.01.2005 une augmentation des gaz avec une aérocolie importante et une ptose viscérale surtout au niveau du foie et de la vésicule biliaire ainsi que l'estomac avec l'antrum se situant nettement sous l'ombilic. Dans le rapport du médecin traitant, Docteur H. _____ du 2 octobre 2006, nous apprenons également que d'autres pathologies type porphyrie, hémoglobinurie paroxystique, thalassémie ou des glucides en C6PD ont été exclues. Les plaintes principales de Madame K. _____ sont ses douleurs abdominales en colique touchant principalement l'hémi-abdomen droit et irradiant en ceinture jusque dans la région lombaire. Ces douleurs sont décrites comme étant intolérables lors des crises, où elle doit rester couchée en position de chien de fusil. En dehors des crises, il n'y a pas de douleur, uniquement une gêne. Ces décompensations douloureuses sont déclenchées par pratiquement tous les aliments sauf les pâtes, le riz et certains légumes cuits, ce qui l'oblige à suivre un régime alimentaire très strict. En effet,

elle ne s'alimente en général qu'une fois par jour, ceci plutôt le soir. A cela s'ajoute une importante asthénie et une impression de faiblesse obligeant l'assurée de s'allonger entre 2 et 3 heures en début d'après-midi, que l'assurée met en relation avec les troubles du sommeil. Les autres plaintes notamment les céphalées avec une douleur rétro-oculaire ou des crampes musculaires des mollets sont décrites comme étant tout à fait mineures par rapport au problème abdominal. L'examen clinique révèle une assurée en bon état général, un indice de masse corporelle conservée. Au niveau abdominal, des bruits rares, un ballonnement et une fosse iliaque droite sensible à la palpation. L'examen de l'appareil locomoteur montre des troubles fonctionnels mineurs (appelés aussi des dysfonctions intervertébrales mineures) du rachis prédominant au niveau cervical. Ceux-ci répondent généralement à des mobilisations articulaires comme le font par exemple les ostéopathes. Le bilan sanguin réalisé en janvier 2007 montre un discret syndrome inflammatoire avec une leucocytose et une élévation de la vitesse de sédimentation à 20 minutes la première heure. L'évaluation psychiatrique met en évidence une personnalité émotionnellement labile de type borderline, un trouble hypochondriaque et des troubles obsessionnels compulsifs n'entraînant pas de limitation de la capacité de travail. A cela s'ajoute un état dépressif sous forme de dysthymie traitée par Fluoxétine avec une bonne compliance médicamenteuse qui n'a pas non plus de répercussion sur la capacité de travail. Les troubles constatés au niveau de l'appareil locomoteur, notamment au niveau cervical n'entraînent pas non plus de limitation professionnelle dans une activité sédentaire de secrétaire. Sur le plan gastro-intestinal, notre expert, le Docteur T. _____, estime qu'un diagnostic définitif de ces troubles digestifs n'est pas encore posé, mais que cela est indispensable afin de pouvoir déterminer de façon précise la capacité de travail de l'assurée, notamment si un traitement lege artis est instauré. La réponse favorable à une corticothérapie reçue antérieurement ainsi que le syndrome inflammatoire actuel évoque une entérite inflammatoire de type maladie de Crohn. L'iléo-coloscopie réalisée en 2005, qui était alors dans les limites de la norme, ne permet pas d'exclure avec certitude ce diagnostic, une observation plus proximale n'ayant pas pu être effectuée. Les autres diagnostics différentiels sont un status adhérentiel intra-abdominal après appendicectomie ou des invaginations intestinales récurrentes. Ce n'est que lorsque ces diagnostics auront été écartés que l'on pourra retenir un trouble fonctionnel de type syndrome de l'intestin irritable. D'autres causes à l'origine des douleurs abdominales semblent peu probables et le syndrome de viscéroptose n'est pas reconnu comme diagnostic dans la littérature médicale. Les investigations nécessaires sortent du cadre de cette expertise puisqu'elles demandent plusieurs examens très spécialisés avec ou sans hospitalisation (nouvelle iléo-scopie, radiographie de l'abdomen en urgence lors d'un épisode douloureux aigu, vidéocapsule entérique et éventuellement transit suivi du grêle, entéroclyse voire entéro-IRM et si nécessaire, laparoscopie exploratrice). En résumé, en l'absence de diagnostic définitif au niveau abdominal, il nous est impossible de nous prononcer sur la capacité de travail de Madame K. _____ d'autant plus que certains diagnostics qui pourraient être responsables de crises douloureuses abdominales sont traitables médicalement ou chirurgicalement. Les autres affections psychiques et physiques ne limitent pas la capacité de travail en tant que secrétaire. En l'état actuel des plaintes de l'assurée, de l'aggravation anamnétique des symptômes depuis 2004 avec crises douloureuses invalidantes 1 à 4 fois par semaine, nous estimons cependant que Madame K. _____ n'est pas apte à réintégrer le circuit professionnel actuellement. Une fois que les investigations proposées ci-dessus auront permis de valider ou non les diagnostics différentiels évoqués, nous restons à

disposition pour compléter cette expertise.» Les experts ont joint à leur rapport d'expertise un rapport médical du 1^{er} mai 2007 du Dr T. _____, gastroentérologue, qui a notamment relevé ce qui suit: « Discussion : le diagnostic différentiel du syndrome douloureux abdominal avec diarrhées me fait évoquer premièrement une entérite inflammatoire de type maladie de Crohn. Bien que l'iléo-coloscopie de 2005 fût dans les limites de la norme, une atteinte grêle puis proximale pourrait être présente, et le syndrome inflammatoire de janvier 2007 m'est inexpliqué. Le souvenir d'une amélioration de son état général et digestif sous Entocort fait aussi évoquer cette hypothèse. Deuxièmement, compte tenu de l'antécédent d'appendicite, un syndrome adhérenciel avec bride et subvolulus répétitifs peut également être invoqué. Troisièmement, la survenue depuis l'enfance des douleurs abdominales peut faire évoquer une invagination intestinale récurrente. Quatrièmement, un trouble fonctionnel intestinal de type syndrome de l'intestin irritable de type diarrhées peut également être incriminé chez cette personnalité psychologiquement perturbée. Finalement, je doute qu'une cause médicale (porphyrie, maladie périodique, drépanocytose ou vasculite) ou une cause gynécologique puisse être invoquée, et le syndrome de viscéroptose décrit par un confrère n'a pas à ma connaissance de réalité dans la littérature.» Sur le plan diagnostique, je proposerais lors d'un épisode douloureux la réalisation en urgence d'une Rx d'abdomen sans préparation debout lors des épisodes douloureux pour tenter la mise en évidence d'anse dilatée dans la fosse iliaque droite. La discussion de répéter l'iléo-scopie effectuée il y a 2 ans devrait être abordée. En l'absence de pathologie démontrée de l'iléon terminal il y aurait lieu de compléter par une vidéocapsule entérique. Si ces investigations étaient dans les limites de la norme, un transit suivi du grêle, une entéroclyse ou une entéro-IRM pourrait mettre en évidence un status adhérenciel ou inflammatoire. Enfin, en dernier ressort, la question d'une laparoscopie exploratrice, à but diagnostique et potentiellement thérapeutique, devrait être abordée. Etait également joint au rapport d'expertise, un courrier du Dr T. _____ du 8 mai 2007 à teneur duquel ce spécialiste expliquait être dans l'impossibilité de se prononcer actuellement sur la capacité de travail de l'assurée tant qu'un diagnostic définitif de ses troubles digestifs ne serait pas posé. Finalement, un rapport médical du Dr L. _____, psychiatre et psychothérapeute, était joint au rapport d'expertise. De l'avis du Dr L. _____, le pronostic demeurait réservé et une psychothérapie restait indispensable. Le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a considéré dans son rapport du 16 août 2007 qu'il convenait de transmettre l'expertise Centre N. _____ au médecin de l'assurée afin que les investigations recommandées par le Dr T. _____ soient mises en place dans le cadre de la LAMal. Il a précisé que si les problèmes de l'assurée persistaient après la démarche visant à établir un diagnostic et la mise en place d'un traitement, alors les conditions légales pour le dépôt d'une nouvelle demande seraient remplies. Dans un rapport médical du 16 juillet 2009, le Dr Z. _____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome sévère du côlon irritable et d'état anxio-dépressif. En revanche, les diagnostics de carence martiale substituée, de carence en Vitamine B12, d'intolérance au lactose, de status post-appendicectomie, post-amygdalectomie et post-deux traumatismes de la colonne vertébrale cervicale, étaient sans effet sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr Z. _____ a estimé une baisse de rendement de l'assurée de 100% pendant les crises abdominales. Le rapport médical du Dr Z. _____ du 16 juillet 2009 a été soumis au SMR. Selon l'avis médical du Dr M. _____ du 5 août 2009, un complément d'expertise auprès du Centre N. _____ était nécessaire afin de mettre à jour les données du Centre

N. _____ de 2007 et de répondre aux questions de l'exigibilité et des limitations fonctionnelles. L'assurée a ainsi été convoquée pour un examen auprès du SMR le 28 octobre 2009. Dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne du 2 novembre 2009, les Drs Q. _____ et D. _____ n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de somatisation (F45.0), de dysthymie (F34.1) et de cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis avec status après deux entorses cervicales bénignes, étant sans répercussion sur la capacité de travail. Les médecins du SMR ont en outre retenu ce qui suit sous la rubrique «appréciation du cas» de leur rapport: «Depuis l'âge de 13 ans, l'assurée signale des douleurs abdominales sous forme de crises très intenses. Au fil des années, ces crises sont devenues de plus en plus fréquentes et leur durée de plus en plus longue. Actuellement, les crises durent de 24 à 48h, mais elles peuvent aussi durer 3 à 4 jours. Elles surviendraient en moyenne 3 à 4 fois/semaine. Lors de crises, l'assurée ne peut rien faire et s'étend en chien de fusil. Quand je lui fais remarquer que, si les crises durent de 1 à 4 jours et qu'elles surviennent 3 à 4 fois/semaine, elle doit avoir des crises en permanence, elle me dit effectivement qu'elle a mal tous les jours sans me confirmer qu'elle a des crises en permanence. Par la suite, on note d'autres contradictions. Effectivement, elle me dit faire le ménage tous les jours par petites étapes, ce qui contredirait le fait qu'elle aurait des crises douloureuses tous les jours qui, comme elle l'a dit, l'obligent de ne rien faire. Les douleurs abdominales sont situées à l'hémiabdomen D. Elles sont ressenties comme des crampes. L'assurée a par ailleurs en permanence la nausée, mais rarement des vomissements. Elle souffre également de diarrhées chroniques et de régurgitations acides le soir. L'état général n'est pas perturbé et le poids est plus ou moins stable à 5 kg près. Par ailleurs, l'assurée se plaint d'une grosse fatigue chronique, l'obligeant à faire la sieste pendant 2h à 2h30. La nuit, elle dort mal, car elle transpire beaucoup et, lors des crises douloureuses, elle est réveillée par ses douleurs. Elle nous signale également des douleurs oculaires, des 2 hémifaces surtout à D, musculaires et articulaires prédominant à l'hémicorps D et des cervicalgies survenues suite à 2 accidents de voiture. Les douleurs articulaires, musculaires et de la nuque ne s'accompagnent pas de réveil nocturne ou de dérouillage matinal. Au status, on note un abdomen adipeux avec bruits intestinaux rares. Il existe une douleur à la palpation de l'hémiabdomen D, à l'hypochondre D et surtout à la fosse iliaque D. Il n'y a pas de défense ou de détente. On ne palpe pas le cadre colique. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable. Par ailleurs, l'assurée est en bon état général, présentant un poids normal avec un BMI à 22. Elle est un peu hypotendue. Le status rhumatologique est normal. On note effectivement une mobilité lombaire et cervicale bien conservée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. On note des douleurs à la palpation de 4 points typiques de la fibromyalgie, ce nombre étant bien insuffisant pour poser le diagnostic de fibromyalgie. Le status neurologique est par ailleurs sp. Les divers examens radiologiques et endoscopiques digestifs n'ont pas révélé de pathologie abdominale. Une IRM du genou D s'est avérée normale. Des radiographies du rachis cervico dorso-lombaire se sont avérées normales, mis à part de discrets troubles statiques du rachis et de discrets troubles dégénératifs de la colonne dorsale. Dans ce contexte, nous retenons essentiellement le diagnostic de somatisation à prédominance abdominale. Ce diagnostic ne s'accompagnant pas d'une pathologie psychiatrique incapacitante ou de critère de sévérité dans le cadre d'un syndrome douloureux, il n'est pas pris en charge par l'Assurance Invalidité. Les troubles statiques du rachis et les troubles dégénératifs du rachis dorsal sont trop discrets pour définir des limitations fonctionnelles.

L'examen psychiatrique SMR met en évidence: - Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec thymie bonne, sans irritabilité ni tristesse, sans rumination existentielle, fatigabilité anamnestic sans anhédonie, sans replis sur elle-même, sans perte d'estime. Le sommeil est perturbé par des réveils fréquents. Appétit conservé. Le tableau est particulier de part sa fluctuation avec: à raison de 30% du temps des moments où elle se sent moins bien et multiplie alors les contacts avec sa famille et à raison de 70% du temps des moments où elle se sent mieux et effectue ses différentes activités (bricolage, peinture, confection de collage et de bijoux, cuisine et entretien sa maison). L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée. - Un tableau de somatisation (F45.0) doit être évoqué à l'instar du rapport médical du psychiatre consulté en 2007, le Dr L. _____, qui évoque une somatisation depuis de nombreuses années. En effet, les douleurs abdominales régulières semblent inscrites, d'après l'anamnèse, depuis l'adolescence avec refus persistant d'envisager l'absence de toute cause organique mais aussi consultations itératives chez des psychiatres qui, d'après l'assurée, auraient conclu à l'absence de nécessité de poursuite des rendez-vous au-delà de 2 à 3 consultations. Ces symptômes s'accompagnent, semble-t-il, d'une perturbation de la relation conjugale. Ce diagnostic de somatisation (F45.0) doit nous faire envisager d'apprécier les critères de sévérité afin d'envisager l'aspect incapacitant du tableau à savoir:

- Une co-morbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée lors de l'examen SMR puisqu'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une co-morbidité.
- Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'assurée fait état de douleurs abdominales dès l'adolescence ce qui l'a amenée à multiplier les consultations sans résultat probant, mais sans entrave particulière.
- Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas retrouvée.
- Un état psychique cristallisé est difficile à mettre en place.
- L'échec au traitement ne peut être envisagé puisque l'assurée affirme que les différents psychiatres consultés n'ont pas donné suite à sa demande de consultation.
- L'ensemble des critères de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de ce tableau de somatisation. Par ailleurs, notre examen clinique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Les limitations fonctionnelles Sur le plan somatique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Sur le plan psychiatrique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan somatique, l'assurée ne travaille plus depuis 2004. Cependant, selon la jurisprudence, il n'y a aucune incapacité de travail au sens de l'Al. Sur le plan psychiatrique, sans objet. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan somatique, cette question est sans objet puisqu'il n'y a pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, sans objet. Concernant la capacité de

travail exigible , sur la base des constatations pluridisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 28.10.2009, il apparaît que la capacité de travail est complète dans l'activité habituelle de secrétaire comme dans toute activité. Sur le plan psychiatrique et sur le plan somatique, la capacité de travail est de 100% dans l'activité habituelle comme dans toute activité.» Le 26 novembre 2009, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit de l'assurée à des prestations AI. Il s'est basé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 2 novembre 2009, lequel retenait une pleine capacité de travail. L'assurée, dans ses observations du 14 décembre 2009, a contesté le projet de décision précité, au motif que ses problèmes de santé étaient un syndrome de viscéroptose et un côlon spastique sévère, ne comprenant dès lors pas pour quelles raisons un examen rhumatologique et psychiatrique avait été effectué. Par courrier de sa protection juridique du 1^{er} février 2010, l'assurée a complété ses observations. Elle a considéré que l'expertise rhumatologique SMR n'était pas la bonne démarche à entreprendre, vu les conclusions du Dr T. _____ dans ses rapports des 1^{er} et 8 mai 2007. Elle a requis la suspension du dossier pour permettre d'organiser les examens médicaux proposés par le Dr T. _____ dans son rapport du 1^{er} mai 2007, en vue d'établir un diagnostic, puis d'organiser une expertise. L'OAI a accepté la suspension du dossier jusqu'au 30 juin 2010. Par courrier du 22 juin 2010 à l'OAI, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle se trouvait actuellement en expertise auprès des Drs X. _____, gastroentérologue, et P. _____, psychiatre et psychothérapeute. Sur requête de l'OAI, elle lui a en outre fait savoir le 28 septembre 2010 qu'elle demeurait dans l'attente d'un des deux rapports d'expert. Le 29 novembre 2010, l'assurée a sollicité un nouveau délai de l'OAI avant que celui-ci ne rende sa décision, en faisant valoir qu'elle avait obtenu les rapports des Drs X. _____ et P. _____, mais demeurait dans l'attente d'un rapport du Dr T. _____. L'assurée a finalement fait part de ses observations à l'OAI le 25 février 2011. Elle a relevé que le diagnostic principal (syndrome particulièrement sévère du côlon irritable) avait pu être établi et que le Dr X. _____ s'était prononcé de manière générale sur la capacité de travail que comportait un tel diagnostic (60%). Toutefois, l'assurée a précisé qu'il convenait de déterminer dans son cas concret quelles étaient les répercussions sur sa capacité de travail, compte tenu d'un syndrome particulièrement sévère et d'autres affections, telles que l'apnée du sommeil et les carences alimentaires. Elle a joint à son envoi le rapport d'expertise du Dr X. _____ du 19 juillet 2010. Ce spécialiste y a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'intestin irritable présent depuis l'âge de treize ans. Il a pour le surplus relevé ce qui suit: « 5. Appréciation du cas et pronostic Madame K. _____ présente donc un intestin irritable. Ce syndrome est lié à un trouble du système nerveux entéral régissant le tube digestif. Cette maladie est également influencée par le vécu psychologique de la patiente. Il s'agit d'une maladie qui habituellement ne s'aggrave pas au cours de la vie et dont l'intensité peut fluctuer en relation avec le vécu émotionnel de la patiente. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés. Sur le plan physique , la patiente est affectée par les douleurs abdominales chroniques qui influencent son sommeil et ses capacités physiques quotidiennes. Sur le plan mental , je vous prie de bien vouloir vous référer à l'expertise psychiatrique. Sur le plan social , ses douleurs influencent ses relations avec son mari, ses enfants et sa vie de manière générale. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici : Les douleurs abdominales chroniques ont entraîné un absentéisme fréquent perturbant sa relation avec son employeur. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail :

Les douleurs abdominales chroniques entraînent un absentéisme fréquent conduisant à une capacité résiduelle de travail que l'on peut estimer à 60%. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Oui, à un taux plus faible. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Oui, de l'ordre de 2 heures par jour. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Depuis 2004. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? : Il n'y a pas eu d'évolution.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Elles ne sont pas nécessaires.
2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Non.
3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? Cela n'est à nouveau pas nécessaire.

Remarques : Madame K. _____ souffre donc d'un intestin irritable caractérisé par des douleurs abdominales chroniques majeures. Ces douleurs limitent sa capacité de travail en fonction de l'absentéisme qu'il induit. Son certificat d'employée de commerce est adapté à son handicap physique mais son état physique nécessite une souplesse de la part de son employeur tenant compte à la fois de possibles absences répétées de son lieu de travail et d'une diminution du rendement.» L'assurée a en outre joint à son envoi un rapport médical du Dr J. _____, pneumologue et spécialiste en médecine interne générale, du 9 avril 2010, qui posait le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil débutant, ainsi que de la documentation médicale obtenue sur divers sites Internet, relative au syndrome de l'intestin irritable. Selon avis médical du 11 mars 2011, le Dr M. _____ a constaté que l'expertise du Dr X. _____ du 19 juillet 2010 se recoupait avec l'appréciation du Dr Z. _____ (rapport médical du 29 juin 2006), et que dès lors il y avait lieu de retenir une incapacité de travail de 40% depuis 2004, laquelle prenait en compte une baisse de rendement de 2 heures par jour (25%) et les absences de l'assurée réparties sur une année. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 15 juin 2011 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a proposé le statut de 80% active et 20% ménagère. Elle a notamment relevé qu'aux dires de l'assurée, les crises survenaient une fois par semaine et duraient vingt-quatre heures. L'enquêtrice a finalement évalué les empêchements ménagers à 36%. Elle a en outre noté que l'assurée ne se sentait pas comprise par l'OAI, qu'elle avait expliqué que son atteinte à la santé était particulièrement invalidante et que sa vie en était perturbée constamment. Dans le cadre d'un nouveau projet de décision du 1^{er} juillet 2011, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de l'assurée se montait à 32,2% et n'ouvrait dès lors pas de droit à la rente (80% part active, avec un empêchement de 40% correspondant à un degré d'invalidité de 25%, et 20% part ménagère, avec un empêchement de 36% correspondant à un degré d'invalidité de 7,2%). Il a en outre relevé que sa capacité de travail exigible s'élevait à 60% depuis 2004 dans son activité habituelle de secrétaire. L'assurée, par sa protection juridique, a transmis ses observations sur ce projet de décision le 11 août 2011, en expliquant que sa situation de santé ne lui permettait pas de travailler. Par décision du 25 novembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} juillet 2011 et a refusé le droit à la rente, en retenant un degré d'invalidité de 27,2% (80% part active, avec un empêchement de 25% correspondant à un degré d'invalidité de 20%, et 20% part ménagère, avec un empêchement de 36%, soit un degré d'invalidité de 7,2%). Il a en outre joint un courrier du même jour, dans lequel il se référait aux conclusions du Dr X. _____ dans son rapport d'expertise du 19 juillet 2010, en observant que ce spécialiste avait reconnu une capacité résiduelle de travail de 60% ou autrement dit une diminution de rendement de deux heures par jour et que dès lors pour un horaire de 80%, soit trente-deux heures par semaine, cette diminution de rendement représentait ainsi une incapacité de 25%,

soit un degré d'invalidité de 20% concernant la part active. B. Par acte du 10 janvier 2012, K._____, désormais représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière de l'invalidité depuis la date que Justice dira, subsidiairement à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'office intimé pour complément d'instruction. En substance, elle fait valoir que l'instruction des troubles gastroentérologiques a été insuffisante, en relevant en particulier que les examens requis par le Dr T._____ n'ont jamais été mis en œuvre, que le Dr X._____ ne paraît pas avoir eu connaissance de son rapport, et que l'appréciation de ce dernier correspond à une nouvelle appréciation d'une situation demeurée inchangée. Dans un deuxième moyen, elle note que les autres pathologies dont elle souffre n'ont pas non plus été suffisamment instruites, à savoir le volet psychiatrique d'une part, ainsi que les pathologies périphériques d'autre part (fatigue, apnée, alcoolisme). Dans un dernier moyen, elle relève que les pathologies qu'elle présente et leurs répercussions sur sa capacité de travail posent un problème de fond qui n'a pas encore été tranché par les tribunaux, à savoir la place du syndrome du côlon (ou de l'intestin) irritable dans le système de l'assurance-invalidité. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ainsi que la possibilité de la faire compléter par une expertise scientifique à confier à la Société suisse de gastroentérologie pour «permettre une discussion de fond valable sur la prise en charge de l'affection donc elle est atteinte dans le cadre de l'application de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité». Elle produit en outre un onglet de pièces sous bordereau, qui comprend notamment les pièces suivantes: - le rapport d'expertise du Dr P._____ du 23 juillet 2010, dans lequel ce spécialiste a posé le diagnostic de syndromes comportementaux non spécifiés (ici fluctuations dysthymiques), associés à des perturbations physiologiques (ici intestin irritable) (F59). Il a retenu pour le surplus ce qui suit dans la rubrique «diagnostics et conclusions» dudit rapport: «[...] Contrairement au diagnostic F54, il n'y a pas de facteurs psychologiques supposés avoir joué un rôle majeur dans la survenue d'un trouble physique classé ailleurs. Autrement dit, il y a chez la patiente en question une problématique gastro-intestinale indépendante, peu importe l'étiquette qu'elle porte. Les fluctuations thymiques peuvent être associées à cette problématique gastro-intestinale mais aussi se déclencher selon les contextes de la vie et des facteurs perturbants. C'est d'ailleurs ici un phénomène que l'on rencontre dans une grande partie de la population. Pour les raisons expliquées ci-dessus, les autres notions diagnostiques antérieures nous paraissent ou bien trop spéculatives ou bien trop interprétatives et surtout non prouvées. Il découle de notre constat, qu'il n'existe sur le plan psychiatrique aucune incapacité de travail durable ni diminution de rendement. Même si nous n'utilisons pas les mêmes catégories diagnostiques, nos conclusions sont ainsi très proches de ce que l'expert précédent a retenu.» - un e-mail du Dr T._____ à son avocate du 23 décembre 2010, aux termes duquel ce spécialiste a conclu qu'avant de retenir le diagnostic le plus probable à ses yeux, à savoir celui de syndrome de l'intestin irritable, il convenait de l'étayer par l'exclusion d'autres diagnostics (intolérance au gluten, intolérance au lactose, maladie de Crohn, invaginations intestinales récurrentes, dépendance à l'alcool et/ou haschich), selon une démarche rigoureuse et usuelle. Le Dr T._____ a précisé – le rapport d'expertise du Dr X._____ du 19 juillet 2010 lui ayant été soumis – que ce document ne présentait pas de contradictions, mais une «méthodologie académique théorique». Dans sa réponse du 8 mars 2012, l'OAI propose le rejet du recours. Il produit un avis médical du SMR du 1 er mars 2012, auquel il déclare se rallier. Selon ce dernier, la

situation de la recourante est suffisamment documentée et ne justifie dès lors pas de plus amples mesures d'instruction. Dans sa réplique du 8 mai 2012, la recourante rappelle qu'il existe selon elle des divergences dans les avis médicaux, qui doivent conduire à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle produit en outre un rapport médical du 31 janvier 2012 du Dr C. _____, psychiatre, qui retient notamment ce qui suit: «[...] En conclusion, s'il y a une forte probabilité de syndrome du côlon irritable chez cette patiente, qu'il y a également une forte probabilité d'une composante psychologique dans l'évolution de cette pathologie et son aggravation, notamment liée à des événements de vie, il apparaît que la confirmation d'un diagnostic psychiatrique autre que la dysthymie (que nous retenons) semble sujette à caution, sauf si l'incertitude diagnostique du point de vue somatique persiste, auquel cas nous serions amenés à conserver le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant avec comme comorbidité une dysthymie. La question qui resterait alors encore ouverte serait celle de savoir dans quelle mesure on peut retenir des conditions telles que: importance et durée de la comorbidité psychiatrique, affection corporelle chronique sans rémission durable, perte d'intégration sociale, état psychique cristallisé, échecs des traitements ambulatoires en dépit des efforts de la personne assurée pour surmonter ses difficultés. La situation de Mme K. _____ correspond, à notre avis, en partie, à certains de ces critères de gravité, et encore une fois nous revenons au fait qu'il n'est pas légitime de faire peser sur elle et sur son devenir tout le poids de nos incertitudes et de nos questions ouvertes, ceci dans la mesure où elle souffre à l'évidence d'une trouble sévère et comportant des facteurs de restriction fonctionnelle.» Dans sa duplique du 6 juin 2012, l'OAI propose une nouvelle fois le rejet du recours. Il produit un nouvel avis médical du 29 mai 2012 du SMR, auquel il déclare se rallier. Selon les Drs M. _____ et V. _____, chirurgien, le Dr C. _____ n'a démontré aucune aggravation de l'état de santé psychiatrique de la recourante depuis l'examen bidisciplinaire du SMR du 28 octobre 2009 et que dès lors sa capacité de travail reste fixée par l'avis SMR du 11 mars 2011. Dans ses déterminations du 2 juillet 2012, la recourante déplore que l'avis médical du 29 mai 2012 du SMR n'ait pas été établi par un psychiatre. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Vu ce qui précède, la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon l'écriture du 10 janvier 2012 de K. _____ contre la décision de refus de rente d'invalidité rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 25 novembre 2011. Formé dans le délai légal de trente jours dès sa

notification compte tenu des fêtes de Noël, le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il convient donc d'entrer en matière. 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 410 consid. 2c p. 417, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail à laquelle l'office intimé a procédé. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Selon l'art. 28 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les arrêts cités; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1). c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références; TF

9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

4. En l'espèce, la recourante se plaint essentiellement du fait que l'Office intimé aurait insuffisamment instruit les troubles gastroentérologiques dont elle souffre, ainsi que ses autres pathologies, notamment psychiatriques, et les pathologies périphériques dont elle fait état (fatigue, apnée, alcoolisme). En outre, elle soutient que les pathologies qu'elle présente et leurs répercussions sur sa capacité de travail posent un problème de fond qui n'a pas encore été tranché par les tribunaux, à savoir la place du syndrome du côlon (ou de l'intestin) irritable dans le système de l'assurance-invalidité. Pour sa part, l'intimé estime avoir suffisamment instruit le cas de la recourante pour pouvoir confirmer sa décision de refus de rente. Il convient de noter que le statut de 20% ménagère et 80% active, tel que retenu par l'OAI dans la décision attaquée, et qui a été posé dans le rapport d'enquête du 15 juin 2011, n'est pas contesté. Il y a lieu d'observer à cet égard que rien ne permet de le remettre en cause, dès lors que la recourante a elle-même indiqué lorsqu'elle a complété le formulaire 531bis qu'elle aurait œuvré à 70-80% si elle était en bonne santé, ce qui correspond au constat posé par l'enquêtrice à la suite de son enquête.

5. Cela étant constaté, il faut à présent évaluer l'incapacité de travail de la recourante.

a) En ce qui concerne l'état de santé physique de la recourante, le Dr M. _____ a expliqué dans son rapport médical du 1^{er} mars 2012 – auquel s'est rallié l'intimé – qu'aucun élément ne permettait de mettre en doute les investigations médicales mises en place par le Dr Z. _____ pour établir un diagnostic et conclure à une capacité de travail nulle de la recourante pendant les crises abdominales. La coloscopie et les autres examens médicaux effectués depuis 2005 se sont avérés être dans les normes, raison pour laquelle le SMR s'estimait suffisamment renseigné au plan somatique. Il a ainsi considéré que les examens médicaux complémentaires conseillés par tel ou tel médecin n'étaient pas indiqués pour juger du réel impact des empêchements de la recourante, contrairement à une anamnèse précise et détaillée, ce qui avait été fait. S'il est exact qu'à l'occasion de l'expertise du Centre N. _____, la capacité de travail de la recourante n'a pas été arrêtée, elle l'a été par la suite, à savoir par le Dr X. _____. Ce dernier, au demeurant spécialiste en gastroentérologie, a noté, dans son rapport du 19 juillet 2010, que les douleurs abdominales chroniques de la recourante entraînaient un absentéisme fréquent conduisant à retenir une capacité résiduelle de travail estimée à 60% et ce depuis 2004. Cela représentait, selon lui,

une baisse de rendement de l'ordre de deux heures par jour. Le Dr X. _____ a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique. Il s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé de la recourante et s'est prononcé sur sa capacité de travail. Ainsi, l'expertise du Dr X. _____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'appréciation du Dr T. _____ du 23 décembre 2010 ne remet d'ailleurs pas en cause ladite expertise. Dans son e-mail du 23 décembre 2010 à Me Dupont, le Dr T. _____ s'est limité à réserver le diagnostic le plus probable de syndrome de l'intestin irritable, sans remettre en cause l'intensité des douleurs ressenties par la recourante ni les empêchements qui en découlent. Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que l'aspect gastroentérologique a été valablement instruit, contrairement à ce que soutient la recourante. Il y a ainsi lieu de retenir, avec l'expert X. _____, que la recourante présente une incapacité de travail de 40% depuis 2004. b) Au plan psychiatrique, les différents rapports médicaux sont concordants. En 2007 déjà, le Centre N. _____ a retenu que les diagnostics de dysthymie, de trouble obsessionnel-compulsif, forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs, de personnalité émotionnellement labile de type borderline et de trouble hypocondriaque, n'avaient aucun effet sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport du 20 juin 2007) et que celle-ci présentait dès lors une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. En 2009, le SMR a relevé, à l'instar du Centre N. _____, que la recourante présentait, au plan psychiatrique, une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de secrétaire (cf. rapport du 2 novembre 2009). En 2010, le Dr P. _____ a établi une nouvelle expertise, laquelle a été produite par la recourante à l'appui de son recours. Ce document, daté du 23 juillet 2010, a confirmé les conclusions précédentes. Le Dr P. _____ a posé le diagnostic de syndromes comportementaux non spécifiés (fluctuations dysthymiques), associés à des perturbations physiologiques (intestin irritable). Selon lui, il devait très certainement exister chez la recourante des fluctuations dysthymiques, un abaissement d'humeur selon les circonstances, l'intensité des douleurs, mais aussi des événements de sa vie, sans qu'il s'agisse d'une pathologie psychiatrique fixée. Il a observé que les autres notions de troubles de personnalité, somatisation et hypochondrie retenus par le Centre N. _____ précédemment n'étaient pas suffisamment étayées ni prouvées pour être retenues. Il a ainsi conclu à une pleine capacité de travail au plan psychiatrique. Quant à l'appréciation du Dr C. _____ du 31 janvier 2012, elle ne permet pas d'établir que la recourante souffrirait d'un problème psychiatrique qui n'aurait pas été pris en compte. A ce sujet, le SMR a constaté, à juste titre, que le Dr C. _____ ne démontrait aucune aggravation de l'état de santé psychiatrique et que, de surcroît, son avis médical ne reposait sur aucun examen médical ni entretien avec la recourante (cf. avis médical du 29 mai 2012). Aussi, les rapports médicaux au dossier concordent et démontrent que l'intéressée présente une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique. c) Concernant enfin les pathologies périphériques alléguées par la recourante (fatigue, apnée, dépendance à l'alcool et/ou cannabis), aucun caractère invalidant ne peut leur être reconnu. En particulier, aucun médecin ayant suivi la recourante n'a estimé nécessaire d'explorer ces problématiques plus avant. A titre d'exemple, le Dr J. _____, mandaté par la recourante, ne s'est pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail liée à ses problèmes d'apnée, mais s'est limité à proposer des solutions thérapeutiques (cf. rapport médical du 9 avril 2010). En outre, s'agissant d'éventuels diagnostics correspondant à une consommation importante de cannabis et d'alcool susceptibles d'aggraver les maux d'estomac, le Dr M. _____ a précisé, dans son avis médical du 1^{er} mars 2012, qu'elles ne pouvaient être

considérées comme une maladie dans le cas d'espèce, relevant en outre à juste titre qu'aucun des médecins qui la suivent depuis des années n'a estimé que ces pratiques toxiques nécessitaient d'être annoncées à l'Institution. d) Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que le dossier médical de K. _____ a été suffisamment instruit et que les pièces produites par la recourante ne sont pas de nature à faire naître un doute sur les appréciations médicales antérieures. En conséquence, il convient d'admettre, avec l'intimé, que la recourante présente, au plan somatique, une incapacité de travail de 40%. 6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire ou d'une expertise scientifique à confier à la Société suisse de gastroentérologie. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2; 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 7. Le taux d'invalidité calculé par l'intimé sur la base des constatations de fait qui précèdent n'est pas critiquable et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la part de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cette question plus avant. 8. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 25 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Anne-Sylvie Dupont (pour Mme K. _____), ■ 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 :

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