

VD_FINDINFO AI 338/10 - 67/2012 vom 22. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_338_10_-_67_2012

FR: VD_FINDINFO AI 338/10 - 67/2012 du 22 février 2012

IT: VD_FINDINFO AI 338/10 - 67/2012 del 22 febbraio 2012

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Anamnèse Anamnèse professionnelle et sociale Evolution de la maladie et résultats des thérapies Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle Cf. ci-dessus.

E. 2

Plaintes et données subjectives de l'assuré (e) Cf. ci-dessus.

E. 2.1

Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Il semble que diverses adaptations ergonomiques ont déjà été essayées, sans grand résultat.

E. 2.2

A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e)?

E. 2.3

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui dans quelle mesure (heures par jour)? Oui, environ 6 heures par jour (en fractionnant en deux périodes de 3 heures).

E. 2.4

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Avec un horaire réduit la diminution du rendement ne devrait pas être significative.

E. 2.5

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan somatique, en tout cas depuis l'examen médical au SMR en 2004 mais probablement depuis février 2002, moment où le médecin traitant a attesté une incapacité de travail de 50%. Sur le plan psychique, nous estimons que la capacité de travail était entière depuis l'examen SMR de 2004. Il est impossible pour nous de se prononcer pour la période antérieure.

E. 2.6

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan somatique, les troubles justifiant l'incapacité de travail sont d'ordre dégénératif. Il y a vraisemblablement un continuum de la dégradation qui se fait progressivement et il n'est pas possible de retenir une date précise. On peut noter que pour les mêmes troubles suite à l'examen du SMR, les médecins de l'AI avaient reconnu une incapacité de 30% dans l'activité habituelle et que 4 ans plus tard notre estimation est d'une incapacité de 40%. Sur le plan psychique, la situation est restée identique depuis 2004³. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel? D'un point de vue médico-théorique oui C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants - la possibilité de s'habituer à un rythme de travail - l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social - la mobilisation des ressources existantes Si non, pour quelles raisons? Non. D'une part pour des raisons médicales, car il y a peu d'activités qui seraient mieux adaptées que celle d'employée de bureau. D'autre part pour des raisons non médicales puisque l'assurée est bien intégrée dans l'entreprise qui l'emploie depuis plus de 20 ans, qu'elle n'a pas de formation certifiée et qu'elle a un âge relativement avancé. 2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

E. 3

Status clinique Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs) Résultats des tests avec la méthode utilisée Cf. ci-dessus.

E. 3.1

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Les limitations décrites ci-dessus.

E. 3.2

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? On peut théoriquement envisager une activité par exemple de surveillance, permettant l'alternance des positions, que l'assurée pourrait exercer jusqu'à 7 heures par jour.

E. 3.3

Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Dans une activité permettant de respecter les différentes limitations, on pourrait envisager un rendement normal.

E. 3.4

Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Remarques et/ou autres questions » Un scanner abdominal a été effectué le 6 janvier 2009 par le Dr O._____, spécialiste en radiologie, lequel a constaté que le scanner de la base des poumons et de l'abdomen ne montraient pas de lésion significative, en particulier dans la région sous-costale droite. Il a en revanche noté la présence d'un petit kyste annexiel droit. Dans un avis médical du 19 janvier 2009, le Dr W._____ a écrit ce qui suit: « Le rapport d'expertise du Centre H._____ retient les diagnostics de troubles dégénératifs rachidiens et polyarthrose ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Ces affections

dégénératives se sont progressivement aggravées entre 2002 et la date de l'expertise. Les experts valident la CT de 70% établie par le SMR sur la base de l'examen de mai 2004. Les experts retiennent le diagnostic de fibromyalgie, sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a en effet aucune comorbidité psychiatrique, aucun trait de personnalité prémorbide, pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (l'assurée travaille à 50%, voit ses enfants et petits-enfants). On ne peut pas parler d'échec des traitements conformes aux règles de l'art dans la mesure où l'arthrose est une maladie dégénérative progressive quel que soit le traitement et que l'introduction d'un traitement d'amitriptyline a eu un effet positif. Ces atteintes sont responsables des limitations fonctionnelles suivantes: Epargne rachidienne, pas de port de charges, pas de mouvements répétitifs en flexion/extension ou en rotation du dos. Possibilité d'alterner les positions assise et debout. Pas de travaux de force ni nécessitant une grande dextérité des mains. Pas d'activité longtemps debout, ni de montée/descente fréquente d'escaliers. L'évolution de la capacité de travail est la suivante: Dans l'activité habituelle: CT de 70% de février 2002 à septembre 2008 CT de 60% dès octobre 2008 Dans une activité adaptée, les experts fixent la capacité de travail à 7 heures par jour. L'horaire normal de l'entreprise étant de 8h. 15 minutes par jour, la capacité exigible est donc de 85% depuis mars 2002. » Dans une correspondance du 30 septembre 2009 adressée au conseil de l'assurée, la Dresse Q. _____ s'est exprimée en ces termes: « J'ai pris connaissance du rapport d'expertise concernant Mme J. _____ effectué les 11 et 25 septembre 2008. Voici quelques remarques à ce sujet: Concernant la page 3/23, sous « mandat », les experts parlent du diagnostic mais ils ne mentionnent pas les opérations des hernies lombaires avec, comme séquelle, des lombalgies persistantes qui s'aggravent lors de position assise prolongée ou lors de marche prolongée. Je ne suis pas non plus d'accord avec la notion « sans comorbidité psychiatrique » car la patiente présente un état anxio-dépressif réactionnel à son problème d'aggravation de santé depuis 2002, problème qui a dernièrement été aggravé par le décès de son époux et qui est traité par des antidépresseurs. Concernant le fait qu'elle a réduit son activité à 50% dès mars 2002, il ne s'agit pas d'une décision de sa part mais de la mienne. J'ai estimé qu'elle ne pouvait pas travailler plus de 3 à 4 heures par jour dans son activité. Je ne suis pas non plus d'accord avec l'estimation des experts qui dit qu'elle peut travailler à 70% dans son activité habituelle et à 80% dans une activité adaptée. Elle travaille depuis de nombreuses années dans les bureaux de R. _____ SA et grâce à la bonne compréhension de ses employeurs et collègues, elle a pu adapter ses conditions de travail à ses possibilités. Le maximum qu'elle peut effectuer est 3 à 4 heures de travail par jour avec une longue pause entre deux. Je ne pense pas qu'ailleurs elle pourrait avoir une aussi bonne condition de travail. Si elle change de place, l'arrêt de travail risque de se prolonger et de se répéter. Sur la page 6, sous diagnostic, il est dit que la patiente n'a jamais été examinée, ni par un rhumatologue, ni par un psychiatre. Effectivement une consultation psychiatrique n'était pas nécessaire car je la traitais moi-même par antidépresseur. Par contre elle a été vue par deux rhumatologues, la Dresse S. _____ et la Dresse Z. _____. Mme J. _____ est d'ailleurs toujours suivie par la Dresse Z. _____. Les rapports se trouvaient dans le dossier mais ils n'ont probablement pas été lus par les experts. Sur la même page, il y a une conclusion d'une scintigraphie osseuse qui montre une polyarthrite ainsi qu'une arthrose cervicale et lombaire, une arthrose des grosses articulations comme les épaules, les genoux et les chevilles, ainsi que des petites articulations des mains et des pieds. Tout en bas de la page, il est cité que les problèmes pathologiques qui influencent les mesures professionnelles sont les gonalgies bilatérales. La

patiente travaille comme secrétaire donc pour elle la position assise est problématique pour sa coxarthrose, sa gonarthrose ainsi que l'arthrose de la colonne cervicale. Mais le plus difficile pour elle est le problème d'arthrose médullaire des petites articulations des deux mains dont elle a énormément besoin dans son travail. A la page suivante, dans le deuxième paragraphe il est écrit qu'une « éventuelle rééducation aurait pu commencer un mois plus tard. » La patiente a été vue par le physiothérapeute spécialiste en médecine manuelle, le Dr D. _____ et grâce à cela elle a pu commencer à travailler à 50% et ce taux de travail n'a pas pu être changé jusqu'à maintenant. Il y a aussi plusieurs rapports de médecins qui connaissent bien Mme J. _____ comme par exemple la Dresse Z. _____, rhumatologue qui ont été minimalisés par les experts. Je pense que le taux d'incapacité de travail a été repris tout comme le précédent sans prendre en compte l'état actuel de la patiente ainsi que les rapports des spécialistes qui la suivent depuis des années. Au bas de la page 12, il y a toute une explication sur son travail. Il est écrit qu'elle travaille de 9h30 à 16h00-16h30. En réalité elle travaille de 9h30 jusqu'à 11h45 où elle a une heure de pause pour manger, puis elle reprend à 12h45 jusqu'à 14h45 et c'est tout ce qu'elle peut faire. Elle n'a jamais fini son travail à 16h sauf lorsqu'elle ne travaille que l'après-midi, ce qui est rare. Mme J. _____ est très limitée dans son travail ainsi que dans sa vie quotidienne par des douleurs pratiquement constantes des articulations mais également musculaires. Ces dernières ont provoqué chez elle un état anxio-dépressif réactionnel accompagné de troubles du sommeil et de fatigue. A la page 19, sous le point « synthèse et discussion » le 3^{ème} paragraphe parle de tous les diagnostics et une phrase très importante m'interpelle. Il est dit que « Du point de vue médical, Mme J. _____ présente des antécédents chargés. » Cette phrase ne correspond pas à la conclusion citée plus loin. A la page 22 sous le point 2.2 parlant de la capacité résiduelle de travail, il est inscrit que sa capacité est de 60% en tant qu'employée de bureau, soit environ 6 heures par jour en les fractionnant en deux périodes de 3 heures. Or, la patiente ne peut travailler au maximum que 4 heures par jour en fractionnant en deux périodes de deux heures. A la page 23, au point 1, je suis absolument d'accord avec cette conclusion qui n'a tout de même pas été prise en considération par l'Al. Au point 3.2, dans l'activité de surveillance que proposent les experts, il faut souvent être très concentré sur la même position et ceci n'est pas possible pour la patiente. Enfin au point 3.3, je ne suis pas d'accord avec ce point. Il n'y a aucune possibilité pour que Mme J. _____ puisse avoir un rendement normal et ceci pour la même raison que cité par l'expert au point 1 de la même page. Diagnostics - Accidents de ski en 1986 avec contusions et distorsions lombaires; - Opération d'hernies lombaires L5-S1 L4-L5 pour des hernies volumineuses du côté droit en 1987 et en 1990 une opération de deux hernies L4-L5 et L5-S1 à gauche, luxées; - Lombalgies résiduelles sur troubles dégénératifs statiques avec irradiation dans la fesse et la cuisse droite; - Status post-sciatique paralysante et troubles moteurs du membre inférieur droit; - Syndrome lombo-vértébral résiduel; - Coxarthrose bilatérale; - Gonalgies sur gonarthrose bilatérale; - Déchirure du ménisque; - Status post fracture du calcanéum en 2001; - Syndrome fémoro-patellaire bilatéral; - Cervicarthrose marquée de C2 à C6 accompagnée de cervicalgie et contracture de la ceinture scapulaire suite à un accident de voiture et à un coup du lapin; - En 1992 opérations de varices; - En 2008 annexectomie gauche pour un kyste ovarien; - Opération d'une bursite du calcanéum droit en 1992; - Arthrose nodulaire des doigts, des mains et des petites articulations des pieds; - Fracture sous capital de l'humérus droit; - HTA; - Fibromyalgie; - Etat anxio-dépressif réactionnel depuis 1998 traité par des antidépresseurs. » Dans un rapport médical du 14 décembre 2009 dressé à l'intention de l'OAI, la Dresse Q. _____ a retenu

les diagnostics suivants affectant la capacité de travail: « lombalgies chroniques avec lombopygalgies sur un trouble statique et dégénératif rachidien; status post cure d'une hernie discale L4-L5 droite, L5-S1 droite en 1987 avec reprise en 1990. Discopathie L4-L5, L5-S1, avec spondylarthrose et disbalance musculaire; cervicobrachialgie droite sur troubles statiques, status post whiplash en 2001; uncarthrose C5-C7 bilatéral avec ténomyogènes cervicoscapulaires; douleurs de la cheville droite dans le contexte d'une tendinopathie retroachillienne ainsi qu'une arthropathie astragalo-naviculaire; status post fracture du calcanéum sur chute en 1998; coxarthrose droite débutante avec periarthropathie d'accompagnement; gonalgies bilatérales sur chondropathie rotulienne; status post méniscectomie droite; arthrose des doigts avec crises d'arthrose débutante; fibromyalgie; état anxio-dépressif réactionnel; status post fracture de l'humérus droit en 2008; status post contusion et distorsion lombaire et sacroilliaque droite sur accident de ski en 1986. » Sans effet sur la capacité de travail, elle a posé les diagnostics suivants: « HTA, hypovitaminose B12; status post appendicectomie; cure de varices des MI deux fois; état anxio-dépressif sur le décès de son mari au mois d'août 2008; status post bronchopneumonie avec une atteinte pleurale; syndrome d'apnée du sommeil légère; status post excision d'un cystoadénome de l'ovaire droit en 2004. » Elle a retenu les incapacités de travail suivantes: 50% dès le 31 octobre 2002; 100% du 27 février 2008 au 20 avril 2008; 50% du 21 avril 2008 au 5 mai 2008 (fracture de l'humérus); 100% du 12 août 2009 au 31 août 2009; 50% dès le 1^{er} septembre 2009, avec des périodes d'aggravation. La Dresse Q._____ a indiqué que l'assurée travaillait à 50% avec un rendement d'environ 80% et qu'elle avait besoin de pauses de repos régulières durant l'après-midi. Elle estimait que la capacité de travail se situait entre 40 et 50%, avec un rendement réduit entre 80 et 90%. Depuis son précédent rapport, elle a constaté une nette aggravation des douleurs avec une augmentation de l'état dépressif réactionnel à une fracture de l'humérus le 27 avril [recte: février] 2008. Elle a ajouté que la patiente travaillait entre 3 et 4 heures par jour avec beaucoup de peine et qu'il lui fallait des périodes de repos régulières; l'assurée souffrait de troubles du sommeil, d'anxiété et était fortement limitée dans ses mouvements. La Dresse Q._____ a réservé son pronostic, ne pensant pas que l'assurée puisse exercer une activité à un taux plus élevé que celui qui était le sien au jour du rapport médical. Par projet d'acceptation de rente du 26 janvier 2010, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2009. Il a pour l'essentiel retenu ce qui suit: « Conformément au jugement du 22 novembre 2007 du Tribunal cantonal des assurances, vous avez été convoquée par le Centre H._____ les 11 et 25 septembre 2008 en vue d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Cette dernière conclut à une aggravation de votre état de santé. Elle retient une capacité de travail de 80% dans une activité totalement adaptée à vos limitations fonctionnelles mais relève que votre activité habituelle, même adaptée, n'est exigible qu'à 60%. Cette expertise médicale justifie la différence entre le taux de capacité de travail de 70% retenu par le Service médical régional lors de notre décision du 16 juillet 2007 et celui de 60% par une aggravation de votre état de santé qu'elle fixe à la date de l'expertise soit en septembre 2008. Au vu de ce qui précède, nous constatons que jusqu'au mois de septembre 2008, date de l'expertise médicale pluridisciplinaire et du début du délai d'attente d'un an, votre préjudice économique est de 30%, ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité. A partir du 1^{er} septembre 2008, votre préjudice économique est de 40%, ce qui vous donne droit à un quart de rente. » Le 10 février 2010, l'assurée, représentée par son conseil, a contesté ce préavis, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2003. Elle a fait valoir que l'aggravation de son état de santé psychique avait échappé aux experts, pour la période

postérieure au mois de septembre 2008, si bien qu'elle sollicitait la mise en œuvre d'un complément d'expertise, « laquelle devra se déterminer sur les conséquences des atteintes à la santé sur [sa] capacité de travail [...] depuis février 2002. » Dans un avis médical du 21 avril 2010, le Dr W. _____ s'est exprimé en ces termes: « L'aspect médical des objections de Me Duc dans son courrier du 10.02.10 concerne la motivation par les experts de la capacité de travail qui serait « peu précise et peu crédible notamment en regard de la polyarthrose des mains » (point 2.1). Le reproche ne repose sur aucun argument médical. Sauf s'il fallait reconnaître à Me Duc des compétences médicales supérieures à celles des experts, je ne vois pas en quoi sa remarque remettrait en question l'appréciation médicale des experts. Au point 2.2, Me Duc se contente de rappeler que la Dresse Q. _____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité de travail de 50% depuis mars 2002. Cet avis a cependant été contredit d'une part par les examinateurs du SMR après leur examen clinique du 03.05.2004, d'autre part par les experts du Centre H. _____, spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie en 2008. L'avis des experts doit prévaloir sur celui du médecin traitant; en effet, les experts bénéficient de compétences spécifiques dans leur spécialité médicale et sont neutres et objectifs, tandis que le médecin traitant est enclin à plus d'empathie en raison du lien thérapeutique avec sa patiente. Le point 2.3 reproche aux experts d'avoir ignoré l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique suite au décès du mari de l'assurée et la prise d'antidépresseurs. Or le rapport d'expertise est sans équivoque sur ce point: « le médicament Tryptizol (antidépresseur) dont elle dispose depuis un certain temps lui a fait du bien pour les douleurs et pour son moral », et « l'assurée ne parle pas spontanément du deuil qu'elle a vécu récemment ». Il est clair que aussi bien le deuil que le traitement antidépresseur étaient connus des experts et a été pris en compte. L'aggravation est prise en compte sur le plan somatique puisque les experts estiment que l'incapacité de travail a passé de 30% en 2004 à 40% en 2008. Quant au plan psychique, ils notent que « les quelques fluctuations dysthymiques mentionnées n'atteignent pas un seuil clinique. En conséquence, il n'y a aucune incapacité de travail ni diminution de rendement à stipuler ». L'expertise du Centre H. _____ garde toute sa valeur probante. L'instruction médicale est complète et aucun complément d'expertise n'est requis. » Le 16 août 2010, l'OAI a écrit au conseil de l'assurée une lettre à la teneur suivante: « Nous nous référons à votre contestation du 10 février dernier de notre projet de décision du 26 janvier 2010 et sommes en mesure de nous déterminer comme suit. Vos objections portent avant tout sur l'aspect médical et la détermination de l'incapacité de travail. Nous avons soumis vos arguments au Service médical régional qui maintient sa position faisant valoir les arguments suivants. Vous soulignez que les explications des experts sur la capacité de travail sont peu précises et peu crédibles notamment en regard de la polyarthrose des mains. Nous relevons au contraire que l'expertise est précise et se fonde sur des éléments objectifs pour déterminer l'incapacité de travail. Les experts justifient qu'ils s'écartent des plaintes de l'assurée en raison de perceptions subjectives négatives liées à la fibromyalgie. Vous soulignez encore que la diminution de la capacité de travail de 50% avant 2008 relève d'une décision médicale de la Dresse Q. _____. Or, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin-traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation [...]. Nous relevons que l'expert connaissait la position du médecin traitant lorsqu'il s'est déterminé et a déterminé l'incapacité en connaissance de l'ensemble du dossier. Vous relevez par ailleurs que les experts ont ignoré l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique suite au décès du mari de l'assurée et la prise

d'antidépresseurs. Or, il ressort clairement de l'expertise que les experts ont connu et pris en compte aussi bien le deuil que le traitement antidépresseur. Au plan psychique, ils relèvent clairement que les quelques fluctuations dysthymiques mentionnées n'atteignent pas un seuil clinique. En conséquence, il n'y a aucune incapacité de travail ni diminution de rendement à stipuler. Nous considérons enfin que l'expertise du Centre H. _____ remplit tous les critères de la valeur probante tels que définis par la jurisprudence et qu'elle peut être suivie. L'instruction médicale est complète et aucun complément d'expertise n'est requis. Au vu de ce qui précède, votre contestation du 10 février 2010 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 26 janvier 2010 est fondé et doit être entièrement confirmé. [...] » Par décision du 17 septembre 2010, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2009. La motivation de cette décision était identique à celle de son projet du 26 janvier précédent. C. Représentée par Me Jean-Michel Duc, J. _____, désormais domiciliée dans le canton de Fribourg, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois, qui a transmis cette écriture à l'autorité de céans comme objet de sa compétence le 1^{er} octobre 2010. La recourante conclut, sous suite de dépens, à ce que la décision attaquée soit réformée en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2003. Elle fait en particulier valoir que ses troubles psychiques, et notamment la prise de médicament, entraînent une perte de rendement et n'ont pas été pris en considération par les experts. Elle explique que ces derniers ont omis des affections et des rapports et ont minimisé son état anxio-dépressif réactionnel à son problème d'aggravation de santé depuis 2002, problème qui a été aggravé par le décès de son époux et qui est traité par antidépresseurs. Selon elle, ils ont également minimisé le fait que les stations statiques prolongées doivent être évitées. Elle soutient encore que leur rapport est lacunaire en termes de diagnostic (référence étant faite à cet égard au rapport du 30 septembre 2009 de la Dresse Q. _____), si bien que l'influence du cumul des atteintes sur sa capacité de travail n'a pas été établie. Elle expose ensuite que la Dresse Q. _____ a indiqué le 14 décembre 2009 à l'OAI que sa capacité de travail était de 40 à 50% avec un rendement réduit entre 80 et 90%. Elle fait ainsi valoir en substance que l'expertise du Centre H. _____ ne prend pas en compte la totalité des pathologies qu'elle présente, et que les affections retenues ont été minimisées. En outre, pour la période de février 2002 à septembre 2008, elle se réfère au rapport du 30 septembre 2009 de la Dresse Q. _____, selon lequel sa capacité de travail était réduite de 50% en mars 2002 en raison d'une décision médicale, critiquant que l'OAI retienne une incapacité de travail de 30%. Pour la période postérieure à septembre 2008, elle soutient que la symptomatologie psychiatrique s'est aggravée à la suite du décès de son époux, avec traitement par des antidépresseurs, et en déduit que les conclusions des experts qui estiment que la situation est restée inchangée depuis 2004 sont erronées. Elle requiert dès lors qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre, laquelle devra se déterminer sur les conséquences des atteintes à la santé sur sa capacité de travail dès février 2002. Par courrier du 24 septembre 2010, le conseil de la recourante produit la décision du 17 septembre 2010 et précise que son mémoire de recours déposé le 17 septembre 2010 doit être considéré comme étant formé contre la décision du 17 septembre 2010. Par écriture du 29 septembre 2010, il a précisé demander, sous suite de dépens, la modification de la décision rendue par l'OAI le 17 septembre 2010 en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2003. Dans sa réponse du 25 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il estime qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise et renvoie pour le surplus à son argumentation

exposée dans sa lettre du 16 août 2010. Le 23 novembre 2011, le conseil de la recourante a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise, au motif que le rapport d'expertise du Centre H. _____ se fondait sur un état de fait largement incomplet et qu'il ne tenait pas compte de l'ensemble de la pathologie présentée. Dans ses déterminations du 15 décembre 2011, l'OAI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à son écriture du 25 novembre 2010 qu'il confirmait entièrement. Il proposait derechef le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise, sans nouvelles investigations. Le 20 décembre 2011, une copie de cette écriture a été remise pour information au conseil de la recourante.

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 en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 69 al. 1 let. a LAI et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte principalement sur la détermination de la capacité de travail de la recourante, et partant, son droit à une rente.

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée

selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). b) 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. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion 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; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 et la référence). L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_109/2011 du 4 octobre 2011). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_492/2010 du 31 mars 2011 et les références). 4. La recourante fait état d'atteintes à la santé psychique et physique. a) Au plan psychiatrique,

dès 2002, la Dresse Q. _____ note un état dépressif réactionnel consécutif aux douleurs des petites articulations des deux mains (cf. rapport médical du 22 novembre 2002 à l'OAI). Cette praticienne n'a cependant pas posé de diagnostic relevant d'une atteinte à la santé psychique avec répercussion sur la capacité de travail. De leur côté, les médecins du SMR n'ont retenu aucune pathologie psychiatrique (rapport d'examen du 21 juin 2004). Ils ont conclu à un status psychiatrique dans les limites de la norme, de sorte qu'il n'y a selon eux aucune limitation fonctionnelle sur ce plan. Tel n'est cependant pas l'avis de la recourante qui reproche aux experts du Centre H. _____ d'avoir sous-estimé l'étendue de ses troubles psychiques. Or, ces derniers concluent que la situation sur le plan psychique est identique à celle prévalant en 2004. Ils relèvent certes un « léger abaissement de la forme psychique en lien avec les limitations physiques ». Néanmoins, ces « fluctuations dysthymiques » n'atteignent pas l'ampleur d'un niveau dépressif clinique, si bien qu'aucun diagnostic n'est retenu sur le plan psychiatrique. Il n'y a ainsi pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend la recourante en se fondant à cet égard sur le rapport de la Dresse Q. _____ du 30 septembre 2009, les experts ont dûment pris en considération dans leur analyse le décès de son époux survenu au mois d'août 2008. Tout en constatant un certain abattement en lien avec ce deuil, ils se disent cependant étonnés de la capacité de la recourante à faire preuve de stoïcisme et d'équilibre dans de telles circonstances. On relèvera au demeurant que l'état anxio-dépressif consécutif à ce décès diagnostiqué par la Dresse Q. _____ est, selon cette médecin elle-même, sans effet sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 14 décembre 2009). Au surplus, contrairement à ses allégations, la recourante est au bénéfice d'un soutien médicamenteux sous forme d'anxiolytique et d'anti-dépresseur (Tryptizol) depuis 2005 à tout le moins (cf. rapport médical de la Dresse Z. _____ du 20 septembre 2005 à l'OAI). La prescription de Tryptizol avait en effet été suggérée par le Prof. X. _____ compte tenu des symptômes présentés alors par la recourante (rapport du 19 août 2005 à la Dresse Z. _____). Même si elle se dit un peu fatiguée (rapport d'expertise, p. 13), les experts reconnaissent l'effet favorable du Tryptizol sans qu'une baisse de rendement ne soit évoquée en lien avec les médicaments prescrits. Au vrai, la recourante ne demande aucun suivi sur le plan psychique. Dans sa correspondance du 30 septembre 2009, la Dresse Q. _____ conteste l'absence de comorbidité psychiatrique et soutient une aggravation de l'état de santé psychique de la patiente consécutive au décès de son époux. Elle ne fournit toutefois aucun élément propre à étayer ses allégations. Cette médecin, ainsi qu'on l'a vu, retient surtout que ce diagnostic est sans effet sur la capacité de travail. Elle ne fait en outre état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par les experts du Centre H. _____ dans leur appréciation de la situation psychiatrique, se contentant de critiquer le point de vue des experts sans opposer des faits objectifs. De son côté, la recourante ne produit aucune pièce de nature à infirmer les conclusions des experts du Centre H. _____. L'aggravation de son état de santé n'est ainsi pas rendue vraisemblable. Il y a enfin lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, l'avis du médecin traitant, au demeurant non spécialiste, doit être apprécié avec réserve en présence de celui émis par des experts. Il découle de ce qui précède que les experts ont dûment investigué l'aspect psychiatrique et qu'ils ont fourni des explications claires et convaincantes à l'appui de leur appréciation. C'est donc à tort que la recourante prétend que l'étendue des troubles psychiques a été sous-estimée. En l'absence d'éléments médicaux propres à infirmer les conclusions des experts, il y a ainsi lieu d'admettre que la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle de nature psychique de sorte que sa capacité de travail est entière sur ce plan depuis toujours. b) Sur le plan somatique, la

recourante présente plusieurs pathologies. Dans leur rapport du 21 juin 2004, les médecins du SMR retiennent ainsi qu'elle présente plusieurs problèmes ostéo-articulaires: un syndrome lombo-vertébral sur trouble de la statique et discarthroses avancées L4-L5 et L5-S1 sans signe irritatif; au niveau cervical, un trouble de la statique et des lésions dégénératives mineures; une polyarthrose des mains ainsi que des rhizarthroses (p. 8). Ces affections correspondent aux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Prenant connaissance des résultats de l'examen effectué au SMR, la Dresse Y. _____ écrit, le 30 juin 2004, que le problème objectif principal est le syndrome lombovertébral et, dans une moindre mesure, les cervico-brachialgies droites. De leur côté, les experts du Centre H. _____ observent que la recourante « se plaint surtout de rachialgies sous forme de cervicalgies et lombalgies. Elle ressent également des douleurs des mains et des poignets et de façon moins constante également, des douleurs des pieds, genoux, hanches. » En se fondant sur les documents radiologiques, ils notent des signes de polyarthrose. Ils constatent « des troubles statiques du rachis et des discopathies sévères en L4-L5 et L5-S1, niveaux où les disques ont été opérés à deux reprises. Il y a également des signes d'arthrose à la colonne cervicale, aux mains, à la première articulation métatarso-phalangienne des deux côtés et à l'acromio-claviculaire droite. » Les experts en infèrent qu'il existe indéniablement une atteinte organique permettant d'expliquer les plaintes (rapport d'expertise, p. 19). Dans son rapport médical du 14 décembre 2009, la Dresse Q. _____ pose un certain nombre de diagnostics en distinguant leur influence sur la capacité de travail. Parmi ceux ayant des répercussions sur la capacité de travail, elle mentionne, outre des diagnostics similaires à ceux retenus par les médecins du SMR et les experts du Centre H. _____, des atteintes affectant les membres inférieurs: douleurs de la cheville droite dans le contexte d'une tendinopathie retroachillienne ainsi qu'une arthropathie astragalo-naviculaire; coxarthrose droite débutante avec périarthropathie d'accompagnement; gonalgies bilatérales sur chondropathie rotulienne et status post ménissectomie droite. De leur côté, les experts relèvent que la recourante ressent ces dernières années également « des douleurs des jambes et des pieds. Parfois, ce sont les hanches qui sont symptomatiques. » (rapport d'expertise, p. 11). Selon les déclarations de la recourante, elle a toutefois de la peine à décrire ces symptômes et a parfois l'impression de se sentir dans un étau ou un corset. De plus, lorsqu'elle descend les escaliers, les genoux, surtout le gauche, font mal et présentent des craquements. Or, l'examen clinique révèle que la mobilité des hanches est normale, qu'il n'y a pas de signe inflammatoire des genoux, que les chevilles sont sans particularité et qu'il n'y a pas de signe inflammatoire des différentes articulations des membres inférieurs (rapport d'expertise, p. 16). De ce qui précède, les experts ont considéré que les atteintes ostéo-articulaires dégénératives des membres inférieurs n'ont pas une grande influence dans l'exercice d'une activité relativement sédentaire (rapport d'expertise, p. 19). Quant à la fracture de l'humérus, survenue le 27 février 2008, les experts du Centre H. _____ indiquent que l'intéressée a récupéré une mobilité normale, même si elle ressent parfois des douleurs à l'épaule (rapport d'expertise, p. 11). Quant au grief selon lequel les experts auraient minimisé le fait que les stations statiques prolongées doivent être évitées, il tombe à faux: les experts ont décrit avec précision les limitations de la recourante sur le plan physique, retenant en particulier que l'atteinte arthrosique débutante de plusieurs articulations des membres inférieurs contre-indique les activités se déroulant de façon prépondérante en station debout, nécessitant de monter ou descendre fréquemment des escaliers ou de marcher en terrain instable (rapport d'expertise, p. 22). Cela étant, la recourante présente d'autres atteintes à la

santé que celles de nature ostéo-articulaire. A cet égard, la lecture du rapport d'expertise permet de constater que les diagnostics retenus par la Dresse Q. _____ (rapports des 30 septembre et 14 décembre 2009) se retrouvent notamment dans les antécédents somatiques personnels du rapport d'expertise (p. 14). A l'instar de la Dresse Q. _____, les experts considèrent qu'un certain nombre d'entre elles sont sans répercussion sur la capacité de travail (hypertension artérielle traitée, cure de varices des membres inférieurs, annexectomie gauche le 7 octobre 2004). Il en va de même s'agissant de l'affection pulmonaire et du syndrome d'apnées du sommeil que les experts discutent, sans toutefois leur attribuer, à l'instar de la Dresse Q. _____, une influence sur la capacité de travail. Au reste, ces conclusions correspondent à un certain nombre d'examens radiologiques qui n'ont pas mis en évidence de lésions ou d'atteintes spécifiques (densitométrie osseuse du 13 novembre 2002, échographie abdomino-pelvienne du 14 septembre 2004, oesogastroduodéoscopie et coloscopie des 23 septembre et 4 octobre 2004, radiographie de l'humérus droit du 27 février 2008, scanner thoracique du 12 août 2008, radiographie du thorax du 27 août 2008, scanner abdominal – postérieur à l'expertise du Centre H. _____ – du 6 janvier 2009). Quant à la fibromyalgie, les experts considèrent que les personnes qui en souffrent ont généralement une perception très négative de leur situation avec estimation des capacités fonctionnelles inférieure à ce qu'elles peuvent faire en réalité (rapport d'expertise, p. 19). C'est donc à tort que la recourante prétend que les experts ont ignoré « toute une série d'affections. » Ils ont au contraire procédé à une analyse médicale globale de l'état de santé de la recourante. Il ne peut pas plus leur être reproché d'avoir « omis » des rapports la concernant. c) S'agissant de la capacité de travail, l'office intimé soutient que la recourante présente un préjudice économique de 30% jusqu'au mois d'août 2008, puis de 40% dès le 1^{er} septembre 2008, en se fondant sur l'expertise du Centre H. _____, alors que la recourante soutient qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2003. A l'appui de ses allégations, la recourante se fonde sur la correspondance de la Dresse Q. _____ du 30 septembre 2009, selon laquelle le taux d'activité de 50% résulterait d'une décision médicale datant de mars 2002. Le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 21 juin 2004 rappelle que la Dresse Q. _____ a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 4 mars 2002, en raison des problèmes ostéo-articulaires présentés. Jusqu'à la date de l'expertise du Centre H. _____, l'OAI fait valoir que la recourante présente une incapacité de travail de 30% dans la profession exercée, reconnue au surplus comme étant adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, ce dont la recourante ne disconvient au demeurant pas. Pour autant, le SMR écrit qu'il ne peut souscrire à l'appréciation du médecin traitant dès lors qu'à son avis, des thérapies plus actives permettraient d'améliorer la situation et d'augmenter la tolérance à l'effort. La Dresse Q. _____ conteste ce point de vue, arguant qu'une capacité de travail de 70 à 80% est « absolument irréaliste et injustifiée » (lettre du 15 février 2007). Elle fait en outre état d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente, de sorte que celle-ci ne présenterait pas une capacité de travail supérieure à 50%. Or, faute de données cliniques et/ou radiologiques permettant d'objectiver une éventuelle aggravation, la Dresse Y. _____ maintient qu'une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle est exigible (avis du 23 février 2007). Cela étant, la Dresse Y. _____ admet le 25 septembre 2007 que la requête d'expertise formulée par l'assurée dans son recours du 23 août 2007 lui paraît justifiée. Tel est également l'avis du Dr W. _____ qui charge le Centre H. _____ de procéder à une expertise pluridisciplinaire en priant les experts d'explicitier si et en quoi il y avait une aggravation depuis 2004 (avis du 30 juin 2008). A l'instar des médecins du SMR (cf. avis médical de la Dresse Y. _____ du 30

juin 2004), les experts soulignent le caractère dégénératif des atteintes lombaires et cervicales présentées par la recourante. Il en va de même des troubles au niveau des mains et des poignets (cf. rapport d'expertise, p. 22). Selon les experts, seules ces atteintes diminuent la capacité de travail. Par ailleurs, dès lors que les troubles justifiant l'incapacité de travail sont à leur avis d'ordre dégénératif, il y a vraisemblablement un continuum de la dégradation depuis février 2002 à tout le moins, ce qui n'est pas contesté. Si les experts n'évoquent pas une aggravation à proprement parler, le Dr W. _____ observe que tel est pourtant le cas puisque les experts retiennent une capacité de travail de 60% dès la date de l'expertise, soit dès le mois de septembre 2008, alors qu'elle est de 70% de février 2002 à septembre 2008. Comme l'écrit le Dr W. _____ (avis du 19 janvier 2009), la diminution progressive de la capacité de travail implique la reconnaissance d'une aggravation de l'état de santé. L'appréciation de cette diminution est contestée. La recourante soutient qu'elle ne peut travailler à un taux supérieur à 50%. Elle se fonde à cet égard sur l'avis de son médecin traitant, la Dresse Q. _____. Elle avait en effet fait savoir aux experts du Centre H. _____ qu'elle ne pouvait pas travailler à plus de 50% (rapport d'expertise, p. 12). Dans ce contexte, la Dresse Q. _____ relève que le plus difficile pour la patiente « est le problème d'arthrose médullaire des petites articulations des deux mains dont elle a énormément besoin dans son travail » (lettre du 30 septembre 2009). Les experts ne disent pas autre chose lorsqu'ils indiquent qu'« en raison de l'arthrose des doigts et des poignets, l'assurée a moins de force avec les mains, moins de dextérité et de rapidité de mouvements » (rapport d'expertise, pp. 21-22). Par ailleurs, contrairement à ce qu'allègue la Dresse Q. _____, les experts ont fixé le taux d'incapacité de travail en tenant compte de l'état de santé de la recourante et en tenant compte de l'ensemble du dossier médical à disposition. Le grief selon lequel ils n'auraient pas tenu compte du cumul des atteintes n'est dès lors pas fondé. S'ils écrivent que la recourante présente des antécédents médicaux chargés, ces derniers ne sont cependant pas tous pertinents pour apprécier la capacité de travail résiduelle. D'autre part, la Dresse Q. _____ ne saurait critiquer l'horaire de travail retenu par les experts, dès lors que celui-ci se base sur les propres déclarations que leur a faites la recourante (cf. rapport d'expertise, p. 12). La Dresse Q. _____ écrit le 14 décembre 2009 que la capacité de travail de la recourante est de 40 à 50% avec un rendement réduit à 80%. Il faut ici relever que l'appréciation de la Dresse Q. _____ n'emporte guère la conviction. En effet, à la question: « le rendement est-il réduit? », elle répond «oui, entre 80 et 90% ». Quoi qu'il en soit, cette appréciation paraît quelque peu exagérée dans la mesure où la Dresse Q. _____ n'a pas évoqué une baisse du rendement dans son rapport du 30 septembre précédent, pas plus qu'elle n'a constaté une nette augmentation des douleurs ou une aggravation de l'état dépressif. Le 14 décembre 2009, elle explique que cette diminution du rendement est due à une nette aggravation des douleurs et à une augmentation de l'état dépressif réactionnel à sa fracture de l'humérus le 27 février 2008. Sur ce point, son appréciation est contredite par les experts (cf. rapport d'expertise, p. 11). De surcroît, lorsque les experts envisagent une activité de surveillance susceptible d'être exercée jusqu'à 7 heures par jour, ils précisent qu'il s'agit d'une estimation théorique. D'ailleurs, ils ajoutent que, pour des raisons à la fois médicales et non médicales, il est difficilement concevable que la recourante puisse exercer une autre activité que celle qu'elle pratique actuellement. Quoi qu'il en soit, en se limitant à opposer sa propre appréciation à celle des experts du Centre H. _____, sans pour autant faire état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par ces derniers, l'avis de la Dresse Q. _____ ne saurait être déterminant pour l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. d) Ainsi, en retenant une capacité de

travail de 60% dès le mois d'octobre 2008, les experts ont pris en compte le caractère dégénératif des troubles ostéo-articulaires présentés par la recourante. Leur appréciation se fonde sur l'ensemble de la documentation médicale disponible, prend en compte les plaintes de la recourante, procède d'une analyse circonstanciée et globale de son état de santé et décrit clairement le contexte médical. Dépourvu de contradictions et contenant des conclusions dûment motivées, une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'expertise du Centre H. _____. A la lumière des considérations qui précèdent, il y a lieu d'admettre que la recourante présente une capacité de travail de 70% de février 2002 à août 2008, puis de 60% dès le mois de septembre 2008. Dès lors que l'activité habituelle est considérée comme étant adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le taux d'incapacité fonctionnelle se confond avec le taux d'invalidité, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Il s'ensuit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2009 (cf. art. 28 LAI).

E. 4

Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

E. 4.1

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? o Troubles dégénératifs du rachis avec discopathies sévères en L4-L5 et L5-S1 et arthrose inter-apophysaire postérieure; discopathies étagées cervicales. o Polyarthrose (surtout des poignets et arthrose nodulaire des doigts).

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? o Fibromyalgie. o Hypertension artérielle traitée. o Status après cure chirurgicale de hernies discales L4-L5 et L5-S1 le 21.10.1987 et le 17.04.1990. o Status après cure chirurgicale de varices des membres inférieurs et exostosectomie du calcanéum droit le 10.02.1992. o Status après tendinopathie achilléenne droite en 2004. o Status après annexectomie gauche le 07.10.2004. o Troubles statiques du rachis.

E. 5

La recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise, aux fins de déterminer les conséquences de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 27 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b p. 94; 122 V 157 consid. 1d p. 162 et l'arrêt cité; cf. aussi TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011). En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier permettant à la Cour de statuer. De plus, la recourante ne soulève aucune question de fait ou de droit qui ne puisse être jugée de manière appropriée sur la base des pièces du dossier, si bien qu'il y a lieu d'admettre que des mesures probatoires supplémentaires n'apporteraient pas d'éléments nouveaux.

E. 6

En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

E. 7

Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 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. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a 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).

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