

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 39 vom 12. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__39)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 39 du 12 novembre 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 39 del 12 novembre 2010

### Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 LAI, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.11.2010 Arrêt / 2011 / 39

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 55/10 - 72/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2010

Présidence de Mme Röthenbacher Juges : MM.

Dind et Abrecht Greffière : Mme Favre \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_ , à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4; art. 28 al. 1 LAI; art. 7; art. 8 LPGA E n f a i t : A. P. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), de nationalité serbe, née en 1969, mariée, mère de deux enfants, travaillait en qualité d'aide de cuisine pour la U. \_\_\_\_\_, établissement médico-social (EMS), lorsqu'elle a subi un arrêt de travail dès le 8 novembre 2007. B. Le 2 décembre 2008, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), tendant à l'octroi d'une rente. Elle a expliqué qu'elle souffrait de problèmes dorsaux et cardiovasculaires, ainsi que d'un état dépressif sévère. Dans un rapport daté du 5 janvier 2009 et adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, pour lequel elle a attesté d'une incapacité de travail de 100% dès le 8 novembre 2007. Elle a précisé qu'elle traitait l'intéressée depuis le 14 février 2008 et a fait état des éléments suivants: § Anamnèse: A travers les éléments amenés par le mari, l'assurée souffre d'une symptomatologie dépressive larvée qui remonterait à l'accouchement compliqué de son fils cadet (HTA avec gestose et peur de perdre son enfant ou de décéder). En 2005, son père, dont elle était très proche, décède et elle n'arrive pas à faire le deuil. En 2007, l'état de santé physique de l'assurée se détériore et elle est mise en arrêt de travail; sa symptomatologie dépressive s'aggrave sévèrement. § Symptômes actuels: L'assurée présente un ralentissement psychomoteur. La thymie est abaissée, avec tristesse verbalisée et manifeste au cours des entretiens. L'appétit est perturbé avec une perte pondérale de 12 kg en un an. Le sommeil est également perturbé. Elle verbalise des idées suicidaires mais elle est retenue par la présence de ses enfants. La symptomatologie anxieuse est manifeste, marquée par une oppression thoracique, une dyspnée une tachycardie, des sudations, des nausées avec vomissements et vertiges. Il n'y pas d'élément

évoquant un trouble anxieux spécifique et elle ne présente pas de symptôme positif floride de la lignée psychotique, tel que des hallucinations ou des idées délirantes. § Pronostic: l'assurée présente les critères requis par la CIM-10 pour un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Ce diagnostic ne fait aucun doute au vu du ralentissement psychomoteur marqué et de trois symptômes typiques (humeur dépressive, augmentation de la fatigabilité, diminution de l'intérêt et du plaisir), associés à cinq symptômes dépressifs (diminution de l'estime de soi, sentiments de culpabilité, idées suicidaires, perturbation du sommeil, diminution de l'appétit). Cet état dépressif est sévère depuis novembre 2007, mais larvé depuis 2003. Une évolution vers un épisode dépressif majeur chronique au sens de la DSM-IV-TR est à craindre. A noter que l'épisode dépressif majeur n'est pas accompagné de comorbidité psychiatrique, telle un trouble de la personnalité ou autre. § Répercussions sur l'activité exercée à ce jour: d'un point de vue psychique, la perte de l'intérêt et du plaisir, le ralentissement psychomoteur manifeste, l'augmentation nette de la fatigabilité, les troubles de la concentration et la composante anxieuse importante empêchent l'assurée de travailler dans toute activité, réduisant sa capacité de travail de plus de 80%. La Dresse G.\_\_\_\_\_ précisait encore qu'elle voyait l'intéressée toutes les deux à trois semaines, pour un entretien de soutien, en alternance avec son médecin généraliste, et qu'une médication psychotrope avait été prescrite. Le rapport du 21 janvier 2009 du médecin traitant de l'assurée, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, mentionne les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants: § trouble de l'humeur persistant dans le sens d'une dépression récurrente, S34 existant depuis novembre 2007; § cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs mineurs assortis d'une petite hernie discale médiane et paramédiane droite C5-C6, documentée par IRM en janvier 2008 et discopathie avec petite hernie documentée par IRM en mai 2007, traitée par infiltration neuro-foraminale; § composante de polyfibromyalgie depuis 2008; § Lyme stade A, traitée par antibiotiques en octobre 2008; § HTA traitée; § status après récurrence d'ulcère bulbaire documenté par IGD en avril 2008; § hypothyroïdie sur thyroïdite immunitaire substituée depuis novembre 2007. Le médecin traitant estimait que la capacité de travail oscillait entre 40% et 50% dans une activité adaptée aux nombreuses difficultés de sa patiente. Le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, a transmis à l'OAI copie de son avis médical du 9 juillet 2008, adressé au médecin traitant de l'assurée, dans lequel il attestait qu'il n'y avait pas chez la recourante d'incapacité de travail pour des raisons ostéoarticulaires, mais que celle-ci présentait une fibromyalgie, compliquée de troubles somatoformes douloureux chroniques, rendant le pronostic sur une reprise de travail réservé. C. L'OAI a également reçu au mois de janvier 2009 une copie du rapport d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) mise en oeuvre par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, la [...], expertise qui a été confiée au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: CEMed). Cette expertise a été effectuée le 13 juin 2008 par les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie; leur rapport du 24 juillet 2008 mentionne ce qui suit: "V. Synthèse et discussion Rappel de l'histoire médicale: Mme P.\_\_\_\_\_ est une assurée serbe âgée de 38 ans, en Suisse depuis 1987. Elle est mariée et mère de deux enfants à charge. En Suisse, elle a toujours travaillé dans les cuisines, d'abord dans la restauration, puis dans un EMS depuis 1998. Elle a un poste à responsabilité au sein de la cuisine, elle décrit des relations extrêmement bonnes avec ses collègues. Depuis qu'elle est en arrêt, elle continue d'ailleurs à les voir régulièrement. Elle est en arrêt de travail depuis le 8 novembre 2007. Selon Madame P.\_\_\_\_\_, ses problèmes de santé sont

apparus après l'accouchement de 2003. Elle avait déjà eu des douleurs au dos précédemment, qu'elle attribuait aux efforts du travail et pour lesquels elle n'avait pas consulté. Après l'accouchement, elle a ressenti surtout des lombalgies, mais également des dorsalgies avec des irradiations atypiques dans les membres inférieurs, plus à gauche qu'à droite. Plus tard, elle s'est plainte également de cervicalgies irradiant dans le membre supérieur gauche. Il n'y a pas à l'anamnèse d'élément permettant de comprendre la survenue de ses plaintes. Les investigations ont mis en évidence de discrets troubles statiques du rachis, des troubles dégénératifs débutant et des discopathies. Les différentes interventions thérapeutiques ont eu des résultats décevants. Les approches physiques n'apportent qu'un soulagement partiel et très temporaire. Après une première infiltration lombaire, l'assurée décrit un répit de quelques mois, par contre après la seconde, elle a ressenti une exacerbation des douleurs. Seuls les médicaments antalgiques la soulagent partiellement. Dans son rapport médical du 25.04.2008 à l'attention de la N.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_, psychiatre, décrit une symptomatologie anxieuse et dépressive sévère, ceci survenant dans un contexte de problèmes somatiques, l'état dépressif est secondaire. La Dresse G.\_\_\_\_\_ ne décrit pas de trouble anxieux spécifique, elle retient finalement le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique F32.2. Le Docteur D.\_\_\_\_\_ connaît l'assurée depuis 1995. Il décrit des événements stressants (accouchement dans des conditions difficiles en 2003, de la culpabilité suite au décès du père en 2005). Il fait l'hypothèse que l'assurée a des problèmes dans sa vie de tous les jours mais il n'est jamais parvenu à en savoir plus. Il décrit une patiente anxieuse, déprimée, très demandeuse et investie dans la prise en charge. Il précise que l'assurée souffre d'ulcère gastrique et de troubles thyroïdiens (thyroïdite auto-immune), cette dernière affection pouvant en partie rendre compte de la fatigue. La Doctoresse G.\_\_\_\_\_ connaît l'assurée depuis février 2008. L'assurée présentait un épisode dépressif sévère. Elle n'avait pas d'antécédents psychiatriques. La symptomatologie dépressive s'est atténuée mais l'assurée a toujours de la difficulté à se mobiliser notamment pour bénéficier de séances d'ergothérapie. L'anxiété est majorée par les douleurs. Situation actuelle: Sur le plan somatique, Madame P.\_\_\_\_\_ se plaint de rachialgies avec des irradiations atypiques dans les membres. Elle décrit surtout des lombalgies basses irradiant dans le membre inférieur gauche et des brachialgies gauches. L'anamnèse n'est pas caractéristique pour des radicualgies. A l'examen clinique, il n'y a pas de signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique. La mobilité du rachis est un peu diminuée mais on observe des contre-pulsions et les valeurs indiquées ne correspondent vraisemblablement pas à l'amplitude articulaire maximale possible. Comme autres éléments objectifs, il y a le dossier radiologique qui met en évidence une hernie discale C5-C6 latéralisée à droite alors que les symptômes décrits par l'assurée concernent le membre supérieur gauche. Il n'y a donc pas de corrélation radio-clinique. Sinon on relève encore de discrets troubles statiques qui confirment ce qui est constaté à l'examen clinique et des troubles dégénératifs débutants au niveau dorsal (ostéophytose discrète) et lombaire (discopathie L4-L5 et spondylarthrose étagée débutante). Ces éléments sont relativement banals, fréquemment rencontrés dans la population et répondent habituellement aux traitements administrés à l'assurée. En conclusion, les éléments objectifs ne permettent d'expliquer que très partiellement l'ensemble de la symptomatologie douloureuse décrite par Madame P.\_\_\_\_\_. A noter encore à l'examen clinique, la présence de nombreux points algiques à la palpation, qui vont au-delà de ceux que l'on rencontre dans un tableau de fibromyalgie. Si l'on ajoute à cela les plaintes abdominales, les vertiges, les troubles du sommeil, le tableau évoque avant

tout un trouble somatoforme. Depuis 2003 environ, Madame P. \_\_\_\_\_ est connue et traitée pour une hypertension artérielle et une hypothyroïdie. Ces problèmes sont réévalués régulièrement par le médecin traitant et le traitement adapté en conséquence, comme récemment avec l'augmentation de la substitution thyroïdienne. Ces diagnostics n'influencent pas la capacité de travail, d'ailleurs cela n'a pas empêché l'assurée de travailler de 2003 à 2007, même si l'hypothyroïdie insuffisamment compensée peut être responsable en partie de la fatigue. En conclusion au plan somatique, Madame P. \_\_\_\_\_ présente des troubles statiques et dégénératifs du rachis qui n'expliquent que partiellement les plaintes formulées. Elle présente une anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée ce qui est une découverte fortuite et n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle présente sinon une surcharge pondérale et est traitée pour une hypertension artérielle et une hypothyroïdie. Ces derniers diagnostics n'influencent pas la capacité de travail. Du point de vue somatique, il n'y a pas de diagnostic entraînant une incapacité de travail significative et durable. Sur le plan psychique: Mme P. \_\_\_\_\_ se plaint de troubles du sommeil, de douleurs extrêmement diffuses, de troubles de l'attention, d'une modification de sa personnalité, de quelques troubles cognitifs, d'un ralentissement psychique, d'anxiété de fond et d'une plus forte réactivité émotionnelle, de fatigue, d'une tristesse légère, d'irritabilité, d'une anhédonie, parfois d'idées noires et de troubles du sommeil et de l'appétit ainsi que de la libido. Les douleurs sont extrêmement diffuses touchent tout le corps, sont permanentes, d'intensité variant entre 2,5 et 9/10 sur l'échelle visuelle analogique et entravant ses capacités à maintenir son ménage. A l'examen clinique, on observe une tristesse légère. Il n'y a pas de labilité émotionnelle, L'assurée ne présente pas de trouble cognitif. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue en fin d'entretien. Les plaintes subjectives sont beaucoup plus importantes que les constatations objectives. De plus, certaines plaintes sont difficiles à comprendre dans un contexte d'épisode dépressif ou d'un contexte de syndrome somatoforme douloureux, tel que le changement dans sa personnalité. Le résultat du monitoring thérapeutique montre une bonne compliance au tramadol. Les taux d'escitalopram et de son métabolite sont à la limite inférieure de la norme mais cela reste compatible avec le schéma posologie. Sur la base de ces éléments, le tableau anxieux et dépressif s'intègre dans le contexte d'un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), à la limite d'un épisode dépressif majeur d'intensité légère, sans syndrome somatique (F32.00). On ne retrouve pas de tristesse manifeste, la tristesse étant tout au plus légère, ni de ralentissement psychomoteur. En revanche l'assurée se plaint d'une anhédonie. Il n'y a pas non plus de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ni de manque de confiance en soi. Dans le dossier médical, il est fait état d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique F32.2. Il n'est pas exclu que l'assurée ait présenté un tel épisode dépressif par le passé, mais actuellement cet épisode dépressif est en résolution. L'assurée présente un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). On note la description de douleurs extrêmement diffuses, ce qui a fait suspecter une fibromyalgie. A cela s'ajoute d'autres symptômes somatiques comme des troubles du transit intestinal, des douleurs abdominales, des palpitations, des céphalées et des vertiges On est frappé par l'importante discordance entre l'intensité des plaintes algiques et l'absence de comportement algique. On note aussi chez cette assurée une tendance à attribuer ses douleurs à des actes médicaux comme des infiltrations d'antalgiques (novembre 2007) et déclenchement à l'accouchement (2003). Nous craignons fort l'amplification de cet état de façon progressive et nous attirons l'attention sur les grands risques encourus par tout acte médical invasif. L'assurée présente

une anxiété de fond, mais conformément à l'appréciation de la Dresse G. \_\_\_\_\_, nous ne retrouvons pas de trouble anxieux spécifique. Nous avons longuement évalué avec l'assurée s'il y avait des conflits professionnels ou des conflits conjugaux. Dans les deux cas, l'assurée nous a répondu par la négative. A notre sens, Mme P. \_\_\_\_\_ ne présente plus de limitation fonctionnelle du point de vue psychique. Le trouble somatoforme indifférencié n'est pas associé à une pathologie psychiatrique sévère. Il n'y a pas de rétrécissement dans les activités psychosociales, l'assurée continue à avoir des contacts notamment avec ses collègues de travail. On ne peut pas encore parler d'un état de cristallisation psychique. A notre sens, l'assurée peut travailler à 100%. Une reprise de travail nous paraît indiquée de façon rapide, afin d'empêcher une évolution chronique de cet état clinique. Compte tenu de cette situation, nous préconisons une reprise à 50% sur une période de deux semaines, dès à présent, puis une reprise à 100% dès la troisième semaine. Une reprise progressive est indiquée pour éviter que l'assurée se sente incomprise par rapport à ses plaintes ce qui risquerait de provoquer une réaction d'opposition de sa part. L'assurée ne présente pas d'affection psychiatrique sévère, notamment pas d'épisode dépressif sévère actuellement. Dès lors une reprise de travail progressive est indiquée dès à présent." Se fondant sur l'expertise du CEMed, le SMR a émis un avis médical daté du 23 février 2009, dans lequel il retient les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère (F32.2) en novembre 2007, en rémission, sous traitement actuellement et depuis le printemps 2008, et troubles de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse (F43.22). La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était évaluée à 50% dès le 25 août 2008, et à 100% dès le 7 septembre 2008. D. L'OAI a adressé un projet de refus de prestations AI du 1<sup>er</sup> avril 2009 à l'assurée, que celle-ci a contesté par courrier du 21 avril 2009. Par courrier du 6 mai 2009, l'assurée a en outre informé, l'OAI qu'en accord avec ses médecins, elle pouvait reprendre son activité à 25% dès le 1<sup>er</sup> juin 2009. E. Le 14 janvier 2010, l'OAI a rendu une décision refusant à P. \_\_\_\_\_ tout droit à des prestations AI, au motif que celle-ci disposait, dès le 7 septembre 2008, de l'avis du SMR et du CEMed, d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle, et que par conséquent la durée de l'incapacité de travail était inférieure au délai d'attente d'une année ouvrant le droit aux prestations de l'AI. F. Par acte du 16 février 2010, P. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 14 janvier 2010. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008, au motif qu'elle souffrirait d'un ensemble de troubles somatiques et psychiques, qui entraînerait une incapacité de travail de longue durée oscillant entre 80% et 100%. Dans sa réponse du 14 mai 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. La recourante a encore produit le 1<sup>er</sup> juillet 2010 un rapport médical de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 9 novembre 2009, dans lequel cette psychiatre reprend en substances les éléments médicaux figurant dans son rapport du 5 janvier 2009. Elle décrit en outre l'évolution de la situation médicale de la recourante en ces termes: "En ce qui concerne son status psychique sur 2008, la sévérité de la symptomatologie dépressive et anxieuse a perduré tout au long de l'année et ce n'est que depuis fin mai - début juin de cette année qu'on note un discret relèvement de l'humeur chez Mme P. \_\_\_\_\_, lui permettant d'imaginer une reprise progressive de son activité professionnelle (capacité de travail de 25 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2009). (...) Durant l'année 2008, le status psychique était globalement superposable à celui décrit dans mon rapport adressé à l'OAI de Vevey en janvier 2009. (...) En ce qui concerne sa vie sociale, étant donné qu'elle restait à son domicile, inévitablement il y avait restriction sociale et lorsque ses collègues de travail lui rendaient visite, elles les priaient rapidement

de repartir, étant vite irritable et préférant être seule. A noter également qu'au vu de son état dépressif sévère, elle n'a pas pu se rendre dans son pays d'origine auprès de sa mère depuis 2007, alors qu'auparavant elle s'y rendait chaque année. Lorsque Mme P. \_\_\_\_\_ évoque qu'elle n'est plus la même femme qu'auparavant (changement de personnalité), confirmé par son mari, on peut faire l'hypothèse qu'en fonction de sa représentation de soi, alors qu'elle s'est construite sur une identité professionnelle depuis l'enfance, elle «n'existe plus», elle n'est plus la même et n'arrive pas à donner de sens à son existence, étant donné qu'elle ne peut plus aller travailler. Sur le plan diagnostique, Mme P. \_\_\_\_\_ a présenté les critères requis par la CIM-10 pour un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Cela ne fait pas de doute au vu des éléments décrits dans mon rapport pour l'OAI. (...) En ce qui concernait les restrictions psychiques existantes de fin 2007 à mai 2009, on peut retenir que la perte de l'intérêt et du plaisir marqué, le ralentissement psychomoteur manifeste, l'augmentation nette de la fatigabilité, les troubles de la concentration et la composante anxieuse importante l'empêchaient de travailler dans une quelconque activité, réduisant sa capacité de travail de plus de 80%. Actuellement, elle présente un épisode dépressif moyen, avec un relèvement discret de l'humeur depuis fin mai de cette année. Les entretiens psychiatriques de soutien sont chaque trois semaines environ, en alternance avec des entretiens auprès de son médecin généraliste, le Dr D. \_\_\_\_\_. La médication psychotrope se poursuit et on la soutient afin qu'elle puisse à nouveau se projeter dans l'avenir et réintégrer progressivement le monde professionnel. En ce qui concerne le diagnostic psychiatrique, je n'ai pas retenu un diagnostic appartenant aux troubles somatoformes (F45) étant donné que les éléments dépressifs sont nets et une symptomatologie dépressive, larvée, était déjà présente avant les plaintes somatiques multiples, persistantes et variables dans le temps (plaintes qui remontent à fin 2007). Ce tableau dépressif a été sévère, ayant amené la patiente dans un état de régression inquiétant avec un risque suicidaire par périodes. Par ailleurs, les douleurs décrites par la patiente sont probablement majorées par la symptomatologie dépressive. A relever que Mme P. \_\_\_\_\_ essaie de faire tout ce qui lui est possible pour aller mieux (compliance aux traitements, mobilisation de ses ressources) et pour reprendre une activité professionnelle, avec le projet de reprendre un emploi progressivement, dans un premier temps à 25%. Malheureusement il semble que pour des raisons assécurologiques, son employeur ne peut pas la reprendre et qu'elle n'a pas le droit de faire des démarches pour un emploi auprès d'un autre employeur." La recourante a également produit un rapport médical du 13 avril 2010 du médecin-conseil de l'assurance-chômage, qui atteste d'une incapacité de travail de 50% de longue durée et qui mentionne les restrictions médicales au placement suivantes: pas de port de charges à répétition au-dessus de 5 kg, pas de position immobile, possibilité d'alterner les positions. Dans ses déterminations du 27 juillet 2010, l'OAI indique se rallier à l'avis médical du SMR du 20 juillet 2010, lequel retient que le rapport du 9 novembre 2009 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise du CEMed de juin 2008. 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 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 rendues par les offices AI – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'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, le

recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante se plaint d'une violation des dispositions fédérales en matière d'assurance-invalidité et fait grief à l'autorité intimée d'avoir procédé à une constatation manifestement inexacte ou incomplète de sa situation sur le plan médical. Elle fait valoir qu'elle souffre d'une atteinte à la santé durable sur le plan somatique et psychique lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), 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. b) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

3. La recourante soutient que les avis médicaux des Drs L.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ du CEMed, qui se sont exprimés en qualité d'experts sur la base d'un mandat de l'assureur perte de gain de son employeur, ne sont pas déterminants et ne permettent pas d'écarter les avis de ses médecins traitants, lesquels attestent d'une incapacité de travail durable de 50%. Elle estime que la Cour de céans ne saurait en tout cas pas trancher la présente cause sans mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire.

a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). 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, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat médical 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. Ainsi, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En conséquence, l'administration ou le juge est tenu d'examiner dans le détail chaque pièce médicale versée au dossier et d'indiquer, même succinctement, les raisons qui le conduisent à retenir tel avis médical plutôt que tel autre (TF I 81/07 du 8 janvier 2008). b) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; TF I 143/07 du 14 septembre 2007). 4. a) Sur le plan somatique, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, retient dans son rapport du 21 janvier 2009, principalement, des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs mineurs assortis d'une petite hernie discale médiane et paramédiane droite C5-C6, une discopathie avec petite hernie, une composante de polyfibromyalgie et une hypothyroïdie sur thyroïdite immune, qui limitent, selon lui, la capacité de travail de la recourante. Toutefois les seules limitations fonctionnelles, qui sont mentionnées sur le plan strictement physique, sont le port de charges et les manutentions et n'expliquent pas le degré d'incapacité de travail (entre 50 et 60%) retenu par ce médecin dans toute activité. Le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin spécialisé en rhumatologie — qui a pris connaissance de l'avis du médecin traitant et qui a lui-même procédé à un examen clinique — retient pour sa part qu'il n'y a pas, sur le plan somatique, d'atteinte entraînant une incapacité de travail significative et durable. Il relève qu'il n'y pas d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique et que s'agissant de la hernie discale C5-C6 latéralisée à droite, les symptômes décrits par l'assurée concernent le membre supérieur gauche; il y a ainsi une discordance manifeste entre les douleurs décrites par la recourante et les constatations objectives de l'expert. Quant aux troubles dégénératifs débutants au niveau dorsal (ostéophytose discrète) et lombaire (discopathie L4-L5 et spondylarthrose étagée débutante), l'expert rappelle que ces éléments sont relativement banals, fréquemment rencontrés dans la population et répondent habituellement aux traitements administrés. Son appréciation rejoint au surplus celle du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialisé en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, qui ne retient aucune limitation fonctionnelle sur le plan ostéoarticulaire. S'agissant des problèmes d'hypertension artérielle et d'hypothyroïdie, le Dr L. \_\_\_\_\_ constate que ces troubles sont pris en charge par le médecin traitant et n'ont pas empêché la recourante de travailler de 2003 à 2007; ils n'entraînent donc pas selon ce spécialiste d'incapacité de travail. b) L'appréciation médicale du Dr L. \_\_\_\_\_ repose sur un examen clinique complet et prend en compte le dossier médical, ainsi que les plaintes de la recourante. Les conclusions de ce spécialiste, agissant en qualité d'expert, sont claires, concordantes et bien motivées; elles rejoignent en outre celles du Dr S. \_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise du L. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2008 remplit donc tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnu (cf. consid. 3a supra).

Quant à l'avis du médecin traitant, outre le fait qu'il doit être apprécié avec réserve eu égard au lien thérapeutique qui lie ce médecin à son patient (cf consid.3b supra), il n'apporte, sur le plan strictement physique, aucun élément objectif, qui aurait été ignoré par l'expert et son appréciation sur la capacité de travail résiduelle limitée de la recourante n'est guère étayée (cf. consid. 4a supra); il n'est dès lors pas déterminant. On retiendra ainsi à l'instar des Drs L.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, qu'il n'y a pas sur le plan somatique, d'atteinte entraînant une incapacité de travail significative et durable. c) Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que, sur le plan somatique, la cause a été suffisamment instruite. Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire. 5. La recourante présente en outre, de l'avis presque unanime des médecins consultés, des troubles somatoformes douloureux ou une fibromyalgie, étant précisé qu'il n'y a pas lieu de distinguer dans la présente cause ces deux diagnostics, dans la mesure où selon le Tribunal fédéral, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4; TF 9C\_815/2008 du 29 mai 2009). a) A cet égard, seule la Dresse G.\_\_\_\_\_ nie chez la recourante l'existence de troubles somatoformes douloureux, au motif que la recourante présenterait «des éléments dépressifs nets ainsi qu'une symptomatologie dépressive larvée antérieure à 2007», qui excluraient un tel diagnostic (cf. rapport médical du 9 novembre 2009). Toutefois, dans un précédent rapport médical daté du 10 avril 2008 adressé à la N.\_\_\_\_\_, cette psychiatre indiquait que les troubles dépressifs de la recourante s'étaient développés dans un contexte de perte d'intégrité physique et ne faisait nullement référence à une symptomatologie dépressive larvée. Son appréciation n'est donc pas exempte d'ambiguïté. Au demeurant, l'avis de la Dresse G.\_\_\_\_\_ est contredit tant par le médecin traitant (qui retient une polyfibromyalgie), que par le Dr S.\_\_\_\_\_ (qui retient une fibromyalgie dans un contexte de troubles somatoformes douloureux), ainsi que par les experts (qui retiennent un trouble somatoforme douloureux indifférencié), de sorte qu'il peut sur ce point être écarté. Vu ce qui précède, il ne fait pas de doute que la recourante souffre d'un trouble somatoforme douloureux ou analogue. b) Les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la

maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact). Conformément à la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et les références citées). Cela ne saurait être le cas que lorsque l'état dépressif présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine). c) En l'occurrence, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble dépressif majeur pour la période de novembre 2007 à mai 2009. Dans son rapport du mois de janvier 2009, elle précise que la recourante présente un ralentissement psychomoteur marqué et trois symptômes typiques (humeur dépressive, augmentation de la fatigabilité, diminution de l'intérêt et du plaisir), associés à cinq symptômes dépressifs (diminution de l'estime de soi, sentiments de culpabilité, idées suicidaires, perturbation du sommeil et diminution de l'appétit). Ces symptômes se retrouvent toutefois pour la plupart (humeur dépressive, augmentation de la fatigabilité, diminution de l'intérêt et du plaisir et perturbation du sommeil) dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux. En outre, il appert que la prise en charge strictement psychiatrique durant la période litigieuse était constituée d'un entretien de soutien toutes les trois semaines voire deux semaines, cette prise en charge paraît somme toute peu importante au regard de la sévérité du trouble décrit. Finalement, l'anamnèse ne fait pas état d'élément objectif qui attesterait que la recourante aurait souffert, avant 2007, de troubles dépressifs, elle n'a en particulier pas subi d'incapacité de travail en raison de tels troubles avant 2007. L'hypothèse de la Dresse G.\_\_\_\_\_ d'une symptomatologie dépressive larvée, suite à un accouchement traumatisant en 2003 et à un processus de deuil non accompli en 2005, n'est à cet égard guère étayée. En juin 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui a examiné la recourante, constate pour sa part une tristesse légère, sans labilité émotionnelle ni trouble cognitif, ou ralentissement psychomoteur. Ce spécialiste estime que les plaintes subjectives de la recourante sont beaucoup plus importantes que ses constatations objectives et que certaines plaintes sont difficiles à comprendre dans un contexte d'épisode dépressif tel que le changement de personnalité. Il note chez la recourante une tendance à attribuer ses douleurs à des actes médicaux comme des infiltrations d'antalgiques (novembre 2007) et un déclenchement à l'accouchement (2003), mais ne retrouve pas de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, ni de manque de confiance en soi ou de rétrécissement dans les activités sociales. Il relève à cet égard que la recourante continue à garder des relations sociales avec ses collègues de bureau. Il estime que si la recourante a présenté par le passé un état dépressif majeur, tel n'est plus le cas au moment l'examen clinique. Sur la base de ces éléments, ce psychiatre conclut que le tableau anxieux et dépressif s'intègre dans le

contexte d'un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), à la limite d'un épisode dépressif majeur d'intensité légère, sans syndrome somatique (F32.00) et que la recourante ne présente pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychique; une reprise de travail paraît indiquée de façon rapide, selon ce médecin, afin d'empêcher une évolution chronique. d) L'appréciation de la situation médicale de la recourante par le Dr Z. \_\_\_\_\_ est complète et bien motivée. Elle tient compte de l'anamnèse du dossier et des plaintes de la recourante, mais également de l'avis des médecins traitants. Ce spécialiste, appelé à se prononcer en tant qu'expert, explique de manière convaincante les motifs pour lesquels il ne retient pas d'état dépressif majeur, même s'il n'exclut pas que la recourante ait pu présenter un tel état antérieurement. Ses conclusions sont exemptes d'ambiguïté, contrairement à celles de la Dresse G. \_\_\_\_\_ (cf. consid 5c supra), lesquelles doivent en outre être considérées avec réserve, eu égard au lien thérapeutique qui lie cette psychiatre à sa patiente (cf. consid. 3b supra). Compte tenu de ces éléments, le rapport d'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2008, qui répond aux réquisits jurisprudentiels pour qu'elle pleine valeur probante lui soit reconnu (cf. consid. 3b supra), emporte la conviction. Ainsi, au vu des règles établies par la jurisprudence, il n'y a pas lieu de considérer que, sur le plan psychiatrique, la recourante présenterait une affection de longue durée entraînant une diminution de la capacité de travail et donc une invalidité (cf. consid. 5b supra). e ) En ce qui concerne les autres critères développés par la jurisprudence pour juger du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, la recourante ne prétend pas à juste titre présenter de tels critères. En particulier, il n'y a pas d'affection corporelle chronique, de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission, ou d'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie; la recourante a indiqué ne pas avoir de problèmes familiaux; elle s'occupe de ses enfants et fréquente d'anciens collègues, de sorte que les troubles somatoformes douloureux de la recourante n'ont pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5b supra). f) Au demeurant, l'avis médical du médecin-conseil du Service de l'emploi, lequel atteste d'une incapacité de travail de 50% pour une maladie de longue durée, outre le fait qu'il ne fait aucunement état de limitations sur le plan psychique et que son appréciation n'est guère motivée sur le plan somatique, n'a aucun effet obligatoire pour l'assurance-invalidité (TF 9C\_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6); il n'y a ainsi pas lieu d'en tenir compte. g) L'instruction étant complète également sur le plan psychiatrique, il n'est pas donné suite à la requête de la recourante visant à mettre en oeuvre une expertise psychiatrique judiciaire. Au demeurant, une telle mesure n'apporterait pas d'éléments probants sur l'état de santé psychique de la recourante entre novembre 2007 et mai 2009, date dès laquelle la psychiatre traitant a attesté d'une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante. 6 . a) En résumé, la décision litigieuse, qui retient sur la base de l'expertise des Drs L. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ que la recourante dispose au 7 septembre 2008 d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et qui nie par conséquent le droit de la recourante à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnelle, au motif que la durée de l'incapacité de travail est inférieure au délai d'attente d'une année ouvrant le droit aux prestations de l'AI (cf. art 28 al. 1 LAI), est conforme au droit. Le recours se révèle ainsi mal fondé et doit dès lors être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 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. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 16 février 2010 par [...] est rejeté. II. La décision rendue le 14 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, 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 Jean-Marie Agier pour (Mme P.\_\_\_\_\_) ■ 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.