

## VD\_GERICHTE ZD12.032319 vom 7. August 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-08-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.032319](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.032319)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.032319 du 7 août 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD12.032319 del 7 agosto 2013

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 171/12 - 195/2013 ZD12.032319 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 7 août 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme PASCHE Juges : MM.

Métral et Bidiville, assesseur Greffier : M. Bohrer \*\*\*\*\* Cause pendante entre :

C. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Z. \_\_\_\_\_ SA, et OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, secrétaire auprès de la société Z. \_\_\_\_\_ SA au taux de 80%, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a subi le 27 septembre 2007 une excision d'un mélanome plantaire du pied gauche. Le 21 novembre 2007, elle a encore subi une excision ganglionnaire sentinelle inguinal gauche et la résection de la cicatrice au large de la plante du pied gauche suivie d'une greffe de Tiersch. L'évolution a été favorable et la greffe de peau réussie à 100%. Dans ce contexte, l'assurée a présenté une incapacité de travail entière du 27 septembre au 2 novembre 2007, à 50% du 6 au 19 novembre 2007, à 100% du 20 novembre 2007 au 6 janvier 2008, et à 25% à compter du 7 janvier 2008. Dans son rapport médical du 23 avril 2008 à l'attention du Dr X. \_\_\_\_\_ du Service médical de la société Z. \_\_\_\_\_ SA, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et allergologie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de polyendocrinopathie auto-immune de type II, de déficit en vitamine D, de status après excision d'un mélanome du pied gauche en novembre 2007, de poly-allergie respiratoire et de syndrome de viscéroptose. Il a relevé que sa patiente avait toujours démontré une grande volonté à vouloir exercer son travail au maximum de ses capacités physiques. Le 2 juin 2008, l'assurée a déposé une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), tendant à la remise de moyens auxiliaires sous forme de chaussures orthopédiques, en faisant état d'un mélanome sous le pied gauche. Par communication du 5 août 2008, l'OAI a constaté que les conditions d'octroi de moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques de série) étaient remplies et a informé l'assurée qu'il prendrait en charge les

- 3 - coûts y relatifs, dès le 1er juin 2008, par le remboursement de deux paires de chaussures par an. B. Le 26 avril 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente. Elle faisait état d'une incapacité de travail totale du 11 au 21 décembre 2010, puis à 50% à compter du 4 janvier 2011. Quant au genre d'atteinte à la santé, elle a mentionné une hypothyroïdie (maladie d'Hashimoto) existant depuis mars 2001, une insuffisance des glandes surrénales (maladie d'Addison) existant depuis novembre 2006, ainsi qu'une grande fatigue et des douleurs au niveau de la nuque (depuis 2009). L'assurée a joint plusieurs pièces à sa demande dont il convient de retenir : - Un

rapport de consultation du 22 octobre 2010 établi par les Drs N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie- diabétologie ainsi que médecin agréé auprès du Service d'Endocrinologie du Centre médical Z. \_\_\_\_\_, et D. \_\_\_\_\_, médecin assistant. Ces médecins ont posé les diagnostics de polyendocrinopathie auto-immune de type II (syndrome de Schmidt - avec hypothyroïdie substituée sur thyroïdite de Hashimoto et insuffisance surrénalienne sur maladie d'Addison), de déficit en vitamine D et d'état anxio-dépressif. La partie "discussion et propositions" de leur rapport à l'attention du Dr T. \_\_\_\_\_ a le contenu suivant : "La patiente est cliniquement euthyroïdienne. Le bilan que vous avez effectué le 20.10.2010 objective un taux de T4 libre dans la norme et une TSR légèrement élevée. Anamnestiquement, il n'y a pas eu de maladie infectieuse ou inflammatoire précédent la prise de sang, ni d'investigation radiologique. Dans ce contexte, vu la clinique et le taux de T4 libre correspondant aux valeurs habituelles de la patiente, nous n'avons pas réadapté la substitution. Nous vous proposons toutefois de reconstrôler la fonction thyroïdienne à 6 semaines de la prise de sang afin de vous assurer de l'état euthyroïdien de la patiente. La clinique et les examens biologiques (natrémie et kaliémie) suggèrent une substitution de l'axe corticotrope adéquate. Rappelons que la patiente possède une carte d'alerte signifiant son insuffisance cortico-surrénalienne et qu'elle a bénéficié d'un enseignement axé sur les mesures à entreprendre vis-à-vis de son traitement d'Hydrocortisone en cas de stress physique ou psychologique.

- 4 - Dans le cadre du syndrome de Schmidt (polyendocrinopathie auto- immune de type II), le bilan biologique que vous avez effectué le 20.10.2010 permet de raisonnablement écarter l'apparition d'une nouvelle atteinte immune (vitamine B dans la norme, bilan 12 phosphocalcique dans la norme, glycémie dans la norme). En l'absence de nouveaux éléments cliniques, nous vous proposons de répéter ce dépistage d'ici à un an. D'un point de vue plus général, nous avons proposé à cette patiente de reprendre contact avec un psychologue ou un psychiatre pour un suivi spécialisé." - Un rapport médical du 18 février 2011 à l'attention du Dr X. \_\_\_\_\_ dans lequel le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que sa patiente présentait actuellement un état de fatigue chronique, état de fatigue qui pourrait même remplir les critères de la CIM- 10 (G.93.3) mais qui, à son sens, devait être mis en lien avec les deux pathologies somatiques majeures dont souffrait l'assurée, à savoir une insuffisance thyroïdienne, traitée par hormonothérapie substitutive, et une insuffisance surrénalienne traitée par cortisone. A ce tableau psychique et physique s'associait un trouble de l'humeur chronique et plus précisément une dysthymie (F.34.1), réfractaire au traitement par psychotropes. Ce médecin a en outre indiqué que le Service d'Endocrinologie du Centre médical Z. \_\_\_\_\_ qui suivait l'assurée (le Dr D. \_\_\_\_\_) pourrait peut-être fournir de plus amples renseignements concernant les deux pathologies somatiques qui venaient d'être évoquées. Pour le surplus, le Dr L. \_\_\_\_\_ a précisé ne pas être à même de formuler un pronostic sûr et fiable concernant l'évolution de la situation de sa patiente. Il se permettait toutefois de rester dubitatif quant à la possibilité d'une récupération "illimitée" de ses capacités de travail, étant donné le fait que dans le passé déjà l'assurée avait dû puiser toute son énergie pour faire face à ses engagements. Ce psychiatre a également établi deux certificats médicaux, les 11 mars et 5 avril 2011, par lesquels il attesté que l'état de sa patiente nécessitait un arrêt de travail à 50% (50% d'un 80%) pour maladie dès le 11 mars 2011, avec reprise à définir.

- 5 - Par courrier du 14 avril 2011 aux ressources humaines de la société Z. \_\_\_\_\_ SA, le Dr X. \_\_\_\_\_ a précisé que les problèmes médicaux somatiques de l'assurée étaient connus depuis plusieurs années et que pour cette problématique, elle était suivie par un spécialiste assez régulièrement, ce dernier ayant confirmé une évolution favorable en octobre 2010 pour la dernière fois. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a également indiqué qu'au moment où le poste de l'assurée en tant que secrétaire avait été supprimé, elle était passée volontairement à un taux de 80% en 2005, selon ses informations. Il a encore expliqué que le Dr T. \_\_\_\_\_ l'avait informé en avril 2010 que des problèmes psychologiques avaient été notés suite à l'annonce qui avait été faite à l'assurée concernant son activité professionnelle et qu'il fallait aujourd'hui constater une évolution défavorable de son état de santé avec des troubles qui étaient considérés comme chroniques. Il a encore souligné que les exigences professionnelles avaient augmenté et qu'il ne savait pas si l'ancien poste de l'assurée était encore une poste "protégé", ceci expliquant très probablement l'aggravation de son état de santé. Le 26 mai 2011, les ressources humaines de la société Z. \_\_\_\_\_ SA ont rempli le questionnaire pour l'employeur transmis par l'OAI. Il en ressort notamment que : - l'horaire de travail de l'assurée avant son atteinte à la santé était de 6 heures 56 minutes par jour (soit 33 heures par semaine) mais que, suite à son atteinte, son horaire était passé à 3 heures 28 minutes (soit 16 heures par semaine) ; - son salaire AVS depuis le 1er janvier 2010 était de 67'652 fr. par an, mais que ce salaire ne correspondait pas à son rendement, ce salaire-ci correspondant à 16'913 fr., ce qui portait la part du salaire social à 50'739 fr. ; - les tâches dévolues à l'assurée consistaient le plus souvent à rédiger des lettres et effectuer du travail administratif ainsi qu'à répondre au téléphone et demandaient physiquement d'être assis l'essentiel du temps,

- 6 - de marcher et de rester debout un peu. Pour les exigences/charges journalières, celles-ci requéraient sur le plan intellectuel une grande concentration/attention journalière de même qu'une grande endurance et du soin, la faculté d'interprétation devant être, quant à elle, moyenne. Sous la rubrique du questionnaire "Autres exigences ou charges", l'employeur de l'assurée a écrit que cette dernière avait perdu son poste de travail de secrétaire le 30 juin 2010 mais que le contrat à 80% était toujours en vigueur auprès de la société Z. \_\_\_\_\_ SA, l'assurée ayant été transférée dans son Centre A. \_\_\_\_\_ à [...] pour un remplacement. Pour le surplus, l'assurée était actuellement en stage à 50% auprès de l'Office W. \_\_\_\_\_ à [...], stage qu'elle exerçait avec un rendement de 50% dans l'attente de trouver un poste de secrétaire à 80% autant en interne qu'à l'externe. Dans un rapport médical du 29 mai 2011 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a estimé que les diagnostics suivants avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée : affection psychiatrique complexe, polyendocrinopathie et mélanome ALM. Il a également relevé que sa patiente se plaignait avant tout d'une affection d'ordre psychiatrique et d'une maladie auto-immune (syndrome de Schmidt) nécessitant un traitement au long cours et difficile à stabiliser. Il a expliqué au surplus qu'en dépit des efforts consentis par sa patiente et son employeur, des mesures de réinsertion professionnelle paraissaient actuellement vouées à l'échec et que selon le Dr L. \_\_\_\_\_, la situation actuelle était précaire avec une activité professionnelle exigible à 50% au maximum dans la profession exercée. Compte tenu des affections mentionnées, le Dr T. \_\_\_\_\_ a demandé en faveur de sa patiente une rente AI de 100%. A son rapport, le Dr T. \_\_\_\_\_ a joint divers documents dont un rapport du 8 juillet 2006 établi par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies de voies digestives, qui a conclu à l'existence chez l'assurée d'un syndrome de viscéroptose (foie, vésicule, estomac, rein droit et rate) et a constaté que ses muscles grands droits étaient

peu développés sans diastasis.

- 7 - Le 6 juin 2011, l'assurée a rempli un questionnaire de l'OAI (n° 531bis) déclarant en particulier qu'elle travaillerait à 80% par nécessité financière depuis le 1er mai 2006 en tant que secrétaire si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Elle a précisé que son salaire mensuel était de 5'204 fr., versé 13 fois l'an. Par courrier du 15 juin 2011, le Dr X. \_\_\_\_\_ a fourni les explications suivantes aux ressources humaines de la société Z. \_\_\_\_\_ SA : "C'est avec du retard que je viens de recevoir le rapport d'évolution du Dr L. \_\_\_\_\_ qui m'a malheureusement informé que l'état de santé de Mme C. \_\_\_\_\_ demeure en effet presque inchangé depuis le mois de février 2011. Il estime que cette collaboratrice ne pourra pas travailler, en tout cas dans le temps à venir, à un pourcentage supérieur à 40-50%. Au vu de l'évolution de l'état de santé de Mme C. \_\_\_\_\_ jusqu'à aujourd'hui, je peux répondre [à vos questions] de la manière suivante : 1. Dans ce sens, une reprise de travail à 100% de son 80% sera-t-elle possible et à quelle échéance ? A mon avis, il est peu probable que Mme C. \_\_\_\_\_ reprenne une fois son activité à 80%. 2. Est-elle en mesure de se présenter et défendre un poste à un pourcentage de 80% ? Au vu de la situation, il se passera du temps avant que Mme C. \_\_\_\_\_ puisse se présenter et défendre un poste à 80%. Il faut envisager des postes de travail à 40, voire maximum 50%. 3. Selon sa fragilité psychologique actuelle, Mme C. \_\_\_\_\_ est-elle en mesure de se présenter à des entretiens de candidature ? Si Mme C. \_\_\_\_\_ devait se présenter à des entretiens de candidature, il faudrait s'attendre à ce que le responsable chargé du recrutement du personnel se rende compte de l'état de santé restreint de cette collaboratrice." Dans un rapport du 20 juin 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état de fatigue chronique (G93.3) et de dysthymie (F34.1), tous deux présents depuis de nombreuses années. Il a considéré que ces diagnostics avaient un effet sur la capacité de travail de cette patiente, qu'il suivait depuis début décembre 2010. Au niveau de l'anamnèse, ce spécialiste a indiqué que sa patiente présentait un trouble

- 8 - de l'humeur et une fatigue chronique en train de s'aggraver à cause de sa poly-pathologie somatique et au traitement y relatif. Quant au pronostic, il a estimé qu'il était bon "quoad vitam" mais réservé "quoad functionem". Il a relevé que sa patiente refusait une prise en charge par anti-dépresseur "à cause de réactions adverses dans le passé". Il a attesté d'une incapacité de travail de 50% depuis le 21 décembre 2010 dans la profession de secrétaire tout en indiquant que cette activité était encore exigible à 50% au maximum. Dans l'annexe à son rapport, à la question "Quelles sont les limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte ?", ce spécialiste a répondu que ces limitations étaient les suivantes : - difficultés relationnelles (phobie sociale associée à la dysthymie), - difficultés dans la gestion des émotions (labilité émotionnelle), - apragmatisme (fatigue chronique), - difficultés liées aux tâches administratives (mauvaise gestion du stress), - difficultés dans les déplacements (labilité émotionnelle et fatigue chronique), - difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (insuffisance surrénalienne), - hypersensibilité au stress (mauvaise gestion du stress), et - apparition périodique de phases de décompensation liée à la dysthymie. A la question "Certaines fonctions cognitives liées à l'activité sont-elles limitées ?", le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que, sous stress, c'était le cas de la capacité de concentration/attention, de la capacité mnésique et de la capacité d'adaptation au changement, mais non de la capacité de compréhension ou d'organisation/planification. A la question "En fonction de l'état de santé et de ses variations, quelle activité est-elle encore possible pour la personne assurée ?", ce médecin a considéré que tout activité à temps

partielle était possible sous réserve qu'elle n'exige pas de l'endurance, qu'elle n'implique pas de stress ou une adaptation permanente. Quant aux activités exigeant de la rapidité, elles étaient possibles de manière fluctuante en fonction de l'état de fatigue chronique.

- 9 - Dans un avis médical du 5 juillet 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a relevé ce qui suit : "Cette assurée de 55 ans, célibataire et mère d'un enfant, a un CFC d'employée de commerce ; elle travaillait aux Z. \_\_\_\_\_ SA à 80% et se trouve en IT depuis décembre 2010. Elle est suivie pour une maladie d'Addison et une hypothyroïdie (polyendocrinopathie auto-immune de type II, "syndrome de Schmidt"). Le bilan endocrinien de contrôle du Centre médical Z. \_\_\_\_\_ en novembre 2010 a montré que la substitution hormonale tant thyroïdienne que surrénalienne était adéquate ; le [...] Dr T. \_\_\_\_\_ mentionne aussi que c'est l'aspect psychiatrique qui prédomine. Le psychiatre traitant, [le] Dr L. \_\_\_\_\_, mentionne un syndrome de fatigue chronique évoluant depuis de nombreuses années, et une dysthymie. Il signale que l'assurée refuse les antidépresseurs par crainte d'effets secondaires. Il estime que la CT est limitée à 50% au maximum dans toute activité. Nous ne pouvons suivre ces conclusions : selon la jurisprudence, le syndrome de fatigue chronique est assimilé aux troubles somatoformes douloureux persistants, et n'est pas incapacitant à moins d'être accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative, ce qui n'est pas le cas de la dysthymie. Dans cette situation, il faut un examen clinique psychiatrique (ou expertise) afin de clarifier l'exigibilité." Par communication du 6 juillet 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui octroyait une mesure d'intervention précoce sous la forme de cours de formation. A ce titre, l'office a indiqué qu'il prendrait en charge les frais pour une assistance administrative à domicile. Le 2 août 2011, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique au SMR, par le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'expert médical SIM (Swiss Insurance Medecine). Dans son rapport du 8 septembre 2011, ce spécialiste, après avoir procédé à une anamnèse complète de l'assurée, a écrit ce qui suit : "STATUS PSYCHIATRIQUE L'assurée est venue en voiture jusqu'à la gare de [...], puis en train, seule. Tenue et hygiène correctes. Discours adéquat, cohérent, l'assurée est collaborante avec l'examineur. Absence de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation.

- 10 - Absence de trouble du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes). Absence d'attitude d'écoute ou d'hallucinations auditives. Pas de tristesse apparente ou exprimée. L'assurée décrit un sentiment "d'abandon" à partir du moment où sa fille établit une relation sentimentale, et elle ajoute que le décès de sa chatte il y a deux ans l'a marquée. Absence d'idées suicidaires. L'assurée ajoute qu'elle a toujours peur des somnifères, elle a peur de ne pas se réveiller le matin avec. Pas de perte d'intérêt ou du plaisir pour les activités de la vie quotidienne ou les activités habituellement agréables, même si souvent elle se sent assez fatiguée, ce qui est à l'origine des diminutions de l'envie. En ce qui concerne l'image de soi, l'assurée répond que ça dépend des jours : parfois ce n'est pas bien, négatif, et parfois elle se trouve des qualités superbes, elle dit avoir un grand potentiel. En ce qui concerne l'avenir, l'assurée répond que ce n'est pas drôle d'arriver à 56 ans dans sa situation professionnelle. L'appétit est décrit comme étant fluctuant, toutefois elle fait toujours la cuisine, ça lui prend du temps. La libido est décrite comme étant absente. Pas de symptomatologie anxieuse type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien. **DIAGNOSTICS** - avec répercussion durable sur la capacité de travail • Aucun. - sans répercussion sur la capacité de travail • **TROUBLE PANIQUE F41.0**

• TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION F33.4  
APPRECIATION DU CAS L'anamnèse psychiatrique permet de constater deux périodes pendant lesquelles l'assurée s'est décrite comme ayant été dépressive, motif pour lequel elle a bénéficié d'un suivi psychiatrique entre ses 15 et 19 ans, et à ses 27 et 28 ans. Un traitement antidépresseur n'a pas été prescrit ; l'assurée dit avoir répondu favorablement à sa deuxième psychothérapie à l'âge de 28 ans. Un troisième épisode peut être retenu, suite à la perte de son emploi, qui lui a été notifié au mois de mars 2010. Par la suite, dans le constat de son suivi au Centre médical Z.\_\_\_\_\_ pour l'insuffisance surrénalienne, elle présentait une symptomatologie dépressive pour laquelle on lui a conseillé une prise en charge spécialisée. Ainsi, fin décembre 2010, l'assurée demande des soins spécialisés au Dr L.\_\_\_\_\_, qui retient le diagnostic de dysthymie. En tenant compte des épisodes dépressifs mentionnés ci-dessus, même si les différents épisodes ont été réactionnels, un trouble dépressif récurrent est retenu, et d'après l'examen psychiatrique au SMR de ce jour, il est en rémission. En outre, l'assurée décrit trois attaques de panique en 2010. Ainsi, un trouble panique peut être retenu mais de par sa fréquence, il ne peut pas être considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de longue durée.

- 11 - L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie dépressive, anxieuse ou psychotique. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas observés. En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, dont le syndrome de fatigue chronique est un équivalent, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée. D'après la description donnée par l'assurée elle-même, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne peut pas être retenue. D'après l'anamnèse psychiatrique, une résistance à un traitement conforme aux règles de l'art ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas réunis. Limitations fonctionnelles Sur le plan psychiatrique, aucune. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Sur le plan psychiatrique, à partir du 01.12.2010. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Amélioration à partir de la date de l'examen psychiatrique de ce jour, c'est-à-dire le 02.08.2011. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE OU DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE 100% DEPUIS : AOÛT 2011". Dans un rapport du 14 septembre 2011, le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé notamment qu'au terme d'une revue soigneuse du dossier, d'une anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes de l'assurée et d'un status psychiatrique complet, l'expert ne retenait aucune comorbidité psychiatrique significative, qu'il retenait selon l'anamnèse, la notion de trouble panique, tout en relevant que les attaques de panique (trois en 2010) étaient trop peu fréquentes pour être à l'origine d'une incapacité de travail durable et que l'assurée avait donc, dès le jour de l'examen, une capacité de travail entière dans son activité habituelle comme dans toute autre activité adaptée. Dans un rapport du 18 novembre 2011, la division réadaptation de l'OAI a considéré ce qui suit :

- 12 - "Dans le rapport SMR du 14.9.2011, il est indiqué que l'assurée possède une capacité de travail entière dans toute activité. (...) Depuis la perte de son emploi au 30.6.2010, l'assurée est toujours sous contrat avec le Centre A.\_\_\_\_\_ de Z.\_\_\_\_\_ SA et ce depuis le 1.7.2010. Par leur intermédiaire, elle a occupé un emploi administratif à 40% auprès de l'Office W.\_\_\_\_\_ du 2.12.2010 au 31.5.2011 et depuis le 17.10.2011 durant 3 mois auprès des Z.\_\_\_\_\_ SA à la "Gestion des mandats", à 40% dans un poste administratif. Une MIP d'assistance administrative a été mise en place dès le 29.6.2011 afin

d'aider l'assurée dans la gestion de son administration personnelle qui faisait défaut depuis plusieurs années. Ses compétences professionnelles, toujours actuelles, n'ont pas nécessité de perfectionnement, d'autant plus que depuis la fin de son contrat au 30.6.2010 auprès de Z. \_\_\_\_\_ SA, elle n'est pas restée longtemps sans activité professionnelle. Par conséquent, étant donné la pleine capacité de travail dans toute activité, le fait qu'aucune limitation fonctionnelle ne persiste, aucune mesure d'intervention de réadaptation ni d'aide au placement ne sont à envisager." Par projet de décision du 21 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, en relevant que pour l'essentiel, elle avait présenté une incapacité de travail interrompue dès le 11 décembre 2010, que dès le 2 août 2011, elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et que, par conséquent, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. Pour le surplus, l'OAI a précisé que la durée de l'incapacité étant inférieure à une année, le droit à une rente n'était pas ouvert. Dans un rapport médical du 21 novembre 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé que les diagnostics suivants avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée : polyendocrinopathie auto-immune de type II (avec hypothyroïdie substituée sur thyroïdite de Hashimoto et insuffisance surrénalienne sur maladie d'Addison), déficit en vitamine D, état anxio-dépressif et Mélanome Clark IV, Breslow 0.94 de la plante du pied G. Sur le plan anamnestique, ce médecin a indiqué que l'assurée était suivie à la consultation ambulatoire d'endocrinologie du Centre médical

- 13 - Z. \_\_\_\_\_ depuis 2006 pour la prise en charge d'un syndrome polyglandulaire de type II. Il a précisé que l'évolution avait été, du point de vue endocrinien, rapidement favorable suite à l'introduction d'un traitement de substitution, traitement durant lequel sa patiente ne présentait pas de déficit fonctionnel à proprement parler. Au niveau de l'activité professionnelle, le Dr D. \_\_\_\_\_ a souligné que sous l'angle de la maladie d'Addison, l'assurée pouvait connaître un manque transitoire de corticoïde, se manifestant par un état de fatigue et une diminution de son rendement alors que pour la maladie de Hashimoto, dès lors que la fonction thyroïdienne était bien contrôlée, elle ne présentait pas une limitation de l'activité professionnelle. Finalement, ce praticien a considéré que d'un point de vue médical, l'activité exercée par l'assurée était encore exigible de 80 à 100% d'un point de vue endocrinien. Par courrier du 16 décembre 2011, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision de l'OAI du 21 novembre précédent. En particulier, elle a souligné que ce projet de décision était intervenu avant que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ ne soit transmis à l'OAI. Dans ces conditions, l'office n'avait pas pu tenir compte de cette problématique dans son expertise. Elle a en outre précisé qu'elle avait pris rendez-vous avec un endocrinologue extérieur au Centre médical Z. \_\_\_\_\_ pour avoir un 2ème avis médical. L'assurée a annexé quatre certificats médicaux établis par le Dr L. \_\_\_\_\_ attestant d'une capacité de travail de 40% (soit 50% de 80%) de manière interrompue du 15 juillet au 19 décembre 2011. Par avis médical SMR du 14 janvier 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne général, a indiqué ce qui suit : "Cet avis fait suite au rapport SMR du Dr V. \_\_\_\_\_ du 14.09.2011. L'assurée fait audition le 16.12.2011, suite au projet de décision de l'Al du 21.11.2011 rejetant le droit à une rente. L'assurée, âgée de 56 ans, CFC d'employée de commerce, travaillait au sein de Z. \_\_\_\_\_ SA à 80%. 1) Concernant la pathologie psychique : Le Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre, dans son rapport du 20.06.2011, retient le diagnostic d'état de fatigue chronique et de dysthymie. L'examen clinique SMR du

- 14 - 08.09.2011 par le Dr Y. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de trouble panique (trois attaques de panique en 2010 ; ainsi un trouble panique ne peut être considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, vu sa fréquence) et trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Concernant le syndrome de fatigue chronique, équivalent d'un trouble somatoforme douloureux, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Il existe donc une différence d'appréciation de la capacité de travail et l'argumentation du Dr Y. \_\_\_\_\_ est plus convaincante et fouillée. Le médecin traitant a toujours tendance à être plus empathique, d'autant plus que le diagnostic porté est celui de dysthymie, ce qui n'engendre pas en général d'incapacité de travail durable. 2) Sur le plan endocrinien, l'assurée présente une hypothyroïdie auto-immune et une insuffisance surrénalienne (maladie d'Addison) auto-immune. Les examens biologiques que nous avons dans le dossier, notamment en octobre 2010, objectivent : - Un bon contrôle sur le plan endocrinien avec une TSH une fois à 2,5 et, une autre fois à 6,2 avec une T4 libre normale. - Sur le plan surrénalien, l'équilibre est toujours plus difficile à trouver, mais l'examen clinique d'octobre 2010 objectivait une compensation hormonale normale puisque la pigmentation était normale, la tension artérielle était normale (140/60 mmHg), le bilan ionique était normal avec un sodium à 137 mmol et un potassium à 4,5 mmol. On sait que, dans le cas d'une insuffisance surrénale mal équilibrée, il existe une hyperpigmentation, une tension artérielle basse et une hyponatrémie. Le Dr D. \_\_\_\_\_, service d'endocrinologie du Centre médical Z. \_\_\_\_\_, envoie un rapport le 21.11.2011, c'est-à-dire après le rapport d'examen SMR et retient une capacité de travail sur le plan endocrinologique entre 80% et 100%. L'insuffisance surrénalienne peut entraîner une fatigabilité augmentée dans la deuxième partie de la journée. Il faut donc éviter les travaux physiques pénibles et le port de charges lourdes. 3) Notre assurée a été opérée d'un mélanome de la plante du pied G en septembre 2007, mais le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin traitant, ne nous a pas signalé de gêne à ce niveau. En juillet 2008 d'ailleurs, il était noté que la greffe de peau avait cicatrisé de façon satisfaisante. En conclusion, nous confirmons le rapport d'examen SMR du Dr V. \_\_\_\_\_ avec seulement un petit changement, c'est-à-dire que nous proposons une capacité de travail de 90% depuis le

- 15 - 02.08.2011. Les limitations fonctionnelles étant d'éviter les travaux physiques pénibles et le port de charges lourdes." Par courrier du 24 janvier 2012, les ressources humaines de la société Z. \_\_\_\_\_ SA ont apporté quelques informations en complément aux objections de l'assurée. Elles ont notamment signalé que selon un avis de leur Service médical du 21 décembre 2012 et selon le Dr L. \_\_\_\_\_, l'entreprise ne pouvait plus compter avec une augmentation de la capacité de travail de l'assurée à plus de 40% (soit 50% du 80%) et que depuis le 12 octobre 2011, cette dernière avait débuté un essai de travail à 40% auprès d'un service administratif pour tester ses capacités et prestations. A ce titre, il a été souligné que l'assurée avait su montrer sa volonté, sa motivation et sa capacité à fournir des prestations de qualité avec un rythme moyen, qu'elle possédait une bonne capacité d'apprentissage et qu'à 40%, elle arrivait à gérer la fatigue due à sa maladie. Par nouveau projet de décision du 3 avril 2012, annulant et remplaçant celui du 21 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser sa demande de prestations. Sous la rubrique "Résultat de nos constatations", l'OAI a relevé ce qui suit : "Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 11 décembre 2010. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI. Toutefois, selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par

le Service médical régional, force est de constater que dès le 2 août 2011, vous présentez une capacité de travail de 90 % dans toute activité lucrative qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les travaux physiques pénibles et le port de charges lourdes. Dès lors et au vu de ce qui précède, des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires et le droit à la rente n'est pas ouvert." Par courrier du 8 mai 2012, l'assurée a fait part à l'OAI de nouvelles objections. Elle a ainsi indiqué principalement que : - son état psychologique ne s'était pas amélioré, qu'elle souffrait d'anxiété et de troubles gastro-intestinaux de façon régulière, de troubles du

- 16 - sommeil, de douleurs au niveau de la nuque et qu'elle prenait des anxiolytiques et des somnifères depuis plusieurs mois ; - concernant son état de santé, il n'était pas fait référence à des documents récents émanant des Drs T.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ et que vu la complexité du dossier, des rapports seraient transmis à l'OAI ultérieurement, et - elle avait pris rendez-vous avec une endocrinologue pour le 14 mai suivant. L'assurée a ainsi requis de l'OAI qu'il reconsidère sa position sur la base des nouveaux éléments susmentionnés. Dans un avis médical SMR du 1er juin 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'élément nouveau au dossier. Ce médecin a rappelé pour l'essentiel que sur le plan endocrinien, la capacité de travail avait été estimée à 90%, en accord avec le Dr D.\_\_\_\_\_, que le Dr T.\_\_\_\_\_ quant à lui, au demeurant spécialiste ORL, avait mentionné en particulier une affection psychiatrique complexe et une polyendocrinopathie, et que sur le plan psychiatrique, il y avait lieu de suivre le Dr Y.\_\_\_\_\_, et non le Dr L.\_\_\_\_\_, dans la mesure où il y avait une différence d'appréciation entre ces deux médecins. Il a rappelé à ce titre que l'argumentation du Dr Y.\_\_\_\_\_, expert, était plus convaincante et plus fouillée et que le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, n'engendrait en principe pas d'incapacité de travail durable. Par décision du 15 juin 2012, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, en relevant qu'au regard des pièces médicales portées au dossier et de leur examen par le SMR, elle présentait une capacité de travail de 90% dès le 2 août 2011 dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles (i.e. éviter les travaux physiques pénibles et le port de charges lourdes). A ce titre, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires et le droit à la rente pas ouvert.

- 17 - C. Par acte du 10 août 2012, C.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par l'intermédiaire du département "Human Resources", [...] de la société Z.\_\_\_\_\_ SA, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente à partir du 1er décembre 2011. En substance, la recourante conteste l'évaluation qui a été faite de sa capacité de travail résiduelle et conteste les conclusions du rapport d'examen psychiatrique du Dr Y.\_\_\_\_\_, cela d'autant plus que : - le Service médical de la société Z.\_\_\_\_\_ SA a estimé dans son rapport du 15 mai 2011 qu'elle pouvait au mieux reprendre un poste à 40 ou 50%, - ce même service a indiqué ne pas envisager une hausse de sa capacité de travail (supérieure à 40%) dans son rapport du 21 décembre 2011, - il a confirmé, dans son rapport du 4 mai 2012, les indications du Dr L.\_\_\_\_\_, à savoir l'existence chez elle d'une vulnérabilité au stress pouvant engendrer une détérioration de son état de santé en cas d'interactions sociales trop importantes avec une exposition au public ainsi que son taux de capacité de travail à 40%, taux confirmé également par le Dr L.\_\_\_\_\_. La recourante relève en outre que, eu égard à ses troubles pathologiques et aux facteurs de risques y afférents, l'évaluation médicosociale de ses capacités devrait prendre en considération non seulement les contraintes relatives à l'activité exercée, mais également sa résistance individuelle, en tenant

compte de son âge, de son sexe, de son poids et de sa condition physique. A ce titre, au vu de son âge et de son ancienneté au sein de la société Z.\_\_\_\_\_ SA, la recourante souligne que ses possibilités de reconversion professionnelles sont limitées, qu'en raison de ses restrictions médicales, elle ne peut plus assumer que des tâches simples exigeant un taux de présence réduit et n'exerçant sur elle aucune pression tant au niveau des délais que des prestations, ce qui la désavantage fortement sur le marché du travail par rapport aux candidats en bonne santé. Ainsi, à cause de ses diverses restrictions médicales, ses

- 18 - possibilités d'affectation et d'intégration chez un employeur sont limitées et doivent conduire à l'obtention d'un salaire plus faible pour être engagée. Par réponse du 8 octobre 2012, l'office intimé a conclu au rejet du recours. Il relève que sur le plan endocrinologique, la capacité de travail résiduelle de la recourante a été fixée à 90% par le SMR, alors que taux retenu par le Dr D.\_\_\_\_\_, était compris dans une fourchette de 80 à 100%. C'est ainsi à juste titre que le taux de 90% (valeur médiane de ladite fourchette) a été retenu. S'agissant des troubles psychiatriques, l'OAI explique que la capacité de travail de 50% retenue par les Drs L.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ pour les diagnostics de syndrome de fatigue chronique et de dysthymie constitue une appréciation qui ne peut être prise en considération en tant que telle pour des motifs jurisprudentiels. A cet égard, l'office intimé indique qu'afin de clarifier à satisfaction de droit la capacité résiduelle de la recourante, un examen clinique psychiatrique a été réalisé par le Dr Y.\_\_\_\_\_. Précis, détaillé et étayé, son rapport du 8 septembre 2011 doit se voir accorder pleine valeur probante, ses conclusions devant dès lors prévaloir sur celles du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant. Par réplique du 27 novembre 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle soutient qu'elle ne possède plus toutes les capacités lui permettant d'exercer une activité adaptée, même moyennant des restrictions, contrairement à l'avis du Dr Y.\_\_\_\_\_. A l'appui de sa position, la recourante produit : - un courrier du 19 septembre 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_ dont il ressort que ce praticien agréé aux appréciations du Dr L.\_\_\_\_\_ confirmant qu'une augmentation du taux de capacité de travail de la recourante à plus de 40% n'est pas envisageable, ceci en tenant compte de sa fatigabilité physique et psychique majeure avec un risque d'épuisement lié surtout aux limitations cognitives et émotionnelles ;

- 19 - - un courrier du Dr X.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2009 dont il ressort qu'il existe chez la recourante une capacité de travail rémanente de 40% ; et - un courrier du 28 septembre 2012 émanant du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical de la société Z.\_\_\_\_\_ SA, qui indique que "selon le médecin traitant, vu la fragilité globale de l'état de santé de sa patiente, un statut de pendulaire serait trop pénible (...)". Par courrier du 27 novembre 2012, la recourante a transmis à la Cour de céans un rapport médical établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ le 23 novembre précédent et dont le contenu et le suivant : "(...) J'estime d'abord que, dans ce cas de figure, les éléments somatiques (endocriniens) et les éléments psychiques sont indissociables. Autrement dit, Mme C.\_\_\_\_\_ est confrontée depuis longtemps à une poly-pathologie physique (endocrinienne) qui a des répercussions majeures sur son psychisme, sur son fonctionnement et sur sa qualité de vie, à partir de l'état de fatigue chronique. En effet, toute pathologie surrénalienne, et notamment la maladie de Addison, peut per se engendrer des symptômes psychiques (notamment dépressifs). Les corticostéroïdes également, à savoir le traitement médical de référence pour l'insuffisance surrénalienne, peuvent "...provoquer des troubles psychiques. Des dépressions et des euphories sont possibles ; des symptômes psychotiques ont été observés ..." (Compendium Suisse des Médicaments®, Ed. 2012). Je

pense que l'élément organique ou biologique joue un rôle important au niveau du trouble de l'humeur chronique dont Mme C.\_\_\_\_\_ est atteinte, et ceci même en présence d'une correction efficace des paramètres biologiques auxquels les médecins endocrinologistes font référence. Il y a là peut-être une divergence d'ordre épistémologique avec mes confrères. Je me permets de penser que, dans leur appréciation, ils privilégient ce qui est "objectivable" ou "mesurable" au détriment peut-être du vécu "subjectif" du patient. Problématique ancienne (cf Bergson H. La philosophie de Claude Bernard, réédité en 2012) mais toujours actuelle (R.E. Ashcroft Current epistemological problems in evidence based medicine J Med Ethics 2004 ; 30 131-135, avec bibliographie). L'avis d'un tiers spécialiste, Mme le Docteur F.\_\_\_\_\_, le 21/12/2011, me conforte dans cette idée. D'ailleurs, sauf erreur de ma part, même les paramètres biologiques ne sont pas tout à fait "normalisés" chez cette patiente, du moins ceux qui ont à voir avec le métabolisme osseux (il y a en effet une diminution de la masse osseuse qui rend nécessaire le maintien d'un traitement par vitamine D). La simple augmentation de la cortisone en cas de besoin me paraissant une stratégie correcte mais si j'ose dire un

- 20 - petit peu simpliste quand même, notamment par rapport au fait qu'elle peut occasionner encore plus d'effets secondaires (notamment au niveau de l'apparition très dérangeante de vertiges, comme c'est présentement le cas). Finalement, en ce qui concerne un troisième élément important, à savoir l'intégration sociale de la patiente, je rejoins tout à fait l'avis de la Doctoresse F.\_\_\_\_\_, qui estime dans le rapport déjà mentionné que cette intégration est, en l'état, tout à fait modeste. Par ailleurs, si elle existe encore, en partie, c'est justement grâce aux efforts remarquables de Mme C.\_\_\_\_\_, à sa force de volonté. Il faudrait à mon avis éviter de - en quelque sorte - pénaliser la patiente, paradoxalement sur la base du fait qu'elle a su toujours faire preuve d'une certaine résilience." Par duplicata du 28 janvier 2013, l'OAI a maintenu sa position. Il produit un rapport du SMR du 13 décembre 2012 auquel il déclare se rallier. Il ressort de cet avis, établi par les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecine du sport et H.\_\_\_\_\_, en l'absence du Dr Y.\_\_\_\_\_, notamment ce qui suit : "De nouveaux documents médicaux sont versés à l'appui [du recours] : - Le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 19.09.2012, qui atteste qu'une capacité de travail au-delà de 40 % n'est pas envisageable en raison de la fatigue physique et psychique de l'assurée, Cette position est réitérée dans la lettre du médecin du Service médical du 24.09.2012. La lettre du 23.11.2012 du Dr L.\_\_\_\_\_ souligne l'imbrication entre les éléments somatiques et psychiques, ainsi que les effets secondaires induits par le traitement de substitution endocrinienne décrits dans le Compendium suisse des médecins. Or, le Dr L.\_\_\_\_\_ ne présente aucun élément objectif inhérent au cas en examen apte à corroborer la présence des effets secondaires décrits dans le Compendium. La lettre du Dr B.\_\_\_\_\_ du 28.09.2012 certifie que le statut de pendulaire est trop pénible pour l'assurée. Ces éléments étaient déjà présents lors des avis SMR du 01.06.2012 ; le désagrément lié à la distance entre le domicile et le poste de travail n'est pas d'ordre médical et contribue très vraisemblablement à entretenir l'état de fatigabilité présenté par Mme C.\_\_\_\_\_.

- 21 - Pour ces raisons, nous maintenons la position SMR exprimée dans le rapport médical du 14.09.2011 avec les corrections apportées dans l'avis SMR du 21.11.2011. Nous avons discuté du dossier avec le Dr Y.\_\_\_\_\_, psychiatre SMR." Par détermination du 20 février 2013, la recourante a confirmé sa position. Par détermination du 11 mars 2013, l'OAI a indiqué que les dernières déterminations de la recourante n'appelaient aucun

commentaire de sa part. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent 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 en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA). En l'espèce, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGGA), le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGGA). 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).

- 22 - 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 consid. 2c p. 417 ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation faite par l'intimé de sa capacité de travail. 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 LPGGA 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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. b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;

- 23 - - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; et - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2 ; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF, 9C\_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer

- 24 - pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1, 133 V 450, consid. 11.1.3 et 125 V 351, consid. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références citées, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

- 25 - 4. En l'espèce, la recourante souffre de troubles somatiques et psychiatriques dont il convient de déterminer l'influence sur sa capacité de travail. a) Sur le plan somatique, il ressort du dossier qu'en 2007, la recourante a subi une excision d'un mélanome plantaire. Cette problématique somatique a connu une suite favorable de sorte que la recourante a pu reprendre son activité habituelle à 80% par la suite, sans limitations fonctionnelles alléguées ou mises en évidence sur le plan médical dans le cadre de la présente procédure. D'ailleurs le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR, dans son avis du 14 janvier 2012, constate que le Dr

T. \_\_\_\_\_, médecin traitant, n'a pas signalé de gêne à ce niveau. Il convient donc de retenir que cette atteinte n'a pas de conséquence sur la capacité de travail de la recourante à ce jour. Il en va de même du syndrome de viscoréptose diagnostiqué en juillet 2006 par la Dr I. \_\_\_\_\_ et repris par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans ses rapports du 26 avril 2008 et du 29 mai 2011. En effet, ce praticien ne fait que mentionner ce diagnostic sans indiquer son incidence effective sur la capacité de travail de la recourante. Cette problématique somatique n'a en outre visiblement pas empêché la recourante de maintenir son taux d'activité à 80% après 2006. L'assurée n'en a au demeurant pas fait mention à l'appui de sa demande de prestations AI du 26 avril 2011 et aucun autre médecin n'a fait allusion à cette pathologie dans le cadre de l'instruction effectuée par l'OAI. Au regard de ce qui précède, il convient encore d'analyser l'impact, sur la capacité de travail, des affections endocriniennes dont souffre la recourante depuis plusieurs années (i.e. maladies d'Addison et de Hashimoto) et pour lesquelles elle est suivie au Centre médical Z. \_\_\_\_\_ depuis 2006 à la consultation ambulatoire d'endocrinologie. Sur cette question, l'OAI a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail de 90% dans toute activité. La recourante, pour sa part, ne conteste pas formellement cette conclusion, mais a toutefois indiqué avoir consulté un autre endocrinologue pour un second avis, paraissant mettre en cause l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_. Or dans son rapport du 21 novembre 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_, qui suit la recourante

- 26 - depuis plusieurs années pour ses pathologies endocriniennes, a estimé que grâce au traitement de substitution, les problèmes liés à la thyroïde (maladie de Hashimoto) ne posaient aucun problème dans la vie quotidienne de la patiente et ne justifiaient aucune diminution de sa capacité de travail. En revanche, il a indiqué que l'insuffisance surrénalienne (maladie de Addison) pouvait entraîner une fatigabilité accrue par manque transitoire de corticoïde et entraîner une diminution de rendement. Finalement, il a considéré que sur le plan endocrinien, l'activité de la recourante était encore exigible à un taux de 80 à 100%. Dans son avis du 14 janvier 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR a observé que les examens biologiques pratiqués au Centre médical Z. \_\_\_\_\_ objectivaient un bon contrôle sur le plan endocrinien avec des valeurs dans la norme sous l'angle thyroïdien et surrénalien. A l'instar du Dr D. \_\_\_\_\_, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a relevé qu'une insuffisance surrénalienne pouvait entraîner une fatigabilité accrue dans la deuxième partie de la journée. Il en a déduit que la recourante devait éviter des travaux physiques pénibles et le port de charges trop lourdes. Au regard de ces limitations fonctionnelles, le SMR a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 90% depuis le 2 août 2011, soit la valeur médiane du pourcentage retenu par le Dr D. \_\_\_\_\_. S'agissant du Dr T. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante et spécialiste ORL, on relèvera que dans son rapport du 29 mai 2011, il mentionne un syndrome de Schmidt (i.e. caractérisé par l'association d'une maladie d'Addison et d'une atteinte thyroïdienne auto-immune). Il souligne aussi que cette polyendocrinopathie a un effet sur la capacité de travail de l'assurée, ce qui n'est en soi pas contesté par l'office intimé. Ce praticien retient qu'une activité professionnelle à 50% au maximum est exigible au regard des pathologies somatiques et psychiques. Toutefois, il ne donne pas d'indication sur la pondération de la problématique endocrinienne dans son appréciation globale, se contentant d'indiquer que la situation est difficile à stabiliser. En outre, il ne se prononce pas sur les effets du traitement de substitution dont bénéficie sa patiente. A cet égard, on peine à comprendre sur quels éléments cliniques ou

- 27 - anamnestiques il fonde son opinion. Bien moins étayé et émanant du médecin traitant de la recourante, généralement plus empathique à l'égard de son patient, on considérera que l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ et du SMR quant à la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique. Il en va de même de la position du Dr L.\_\_\_\_\_. Dans son premier rapport du 18 février 2011, ce psychiatre explique que sa patiente présente un état de fatigue chronique qui, à son avis, doit être mis en lien avec sa polyendocrinopathie tout en renvoyant pour de plus amples informations au Dr D.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 23 novembre 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_ précise que les éléments somatiques (endocriniens) et psychiques sont à son sens indissociables, les premiers ayant une influence importante sur les seconds. Pour lui, les problèmes endocriniens sont pour une large part responsables des problèmes psychiatriques dont souffre sa patiente. Toutefois, il ne se prononce pas sur l'importance exacte de la polyendocrinopathie en tant que telle et dont il se prévaut pour asseoir son appréciation. Il ne se prononce pas non plus sur son impact sur la capacité de travail de sa patiente. Enfin, comme le relève à juste titre le SMR dans son avis du 13 décembre 2012, ce médecin ne présente aucun élément objectif inhérent au cas propre à corroborer la présence des effets secondaires décrits qu'il mentionne en relation avec le Compendium suisse des médecins. Quant aux avis des médecins du Service médical de la société Z.\_\_\_\_\_ SA (Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_), ils ne font que reprendre pour l'essentiel les appréciations et conclusions des Drs L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, sans jamais avoir vu la recourante. Ils s'avèrent de plus peu motivés et n'apportent aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris compte par le SMR dans l'examen du cas de la recourante. Ils ne sont donc pas de nature à remettre en cause les avis du Dr D.\_\_\_\_\_ et du SMR sur la capacité de travail de la recourante. Au demeurant, la Cour de céans considère que l'évaluation de la capacité de travail de la recourante faite par l'office intimé sur le plan

- 28 - somatique ne porte pas flanc à la critique. Il convient dès lors d'admettre que cette capacité est de 90% dans toute activité sous réserve de travaux physiques pénible et de ports de charges lourdes. b) Sur le plan psychiatrique, l'OAI considère, en faisant siennes les conclusions du rapport d'examen psychiatrique du SMR du 8 septembre 2011, que la recourante ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante et dispose d'une capacité de travail complète depuis le 2 août 2011 dans toute activité. La recourante estime pour sa part en substance que l'appréciation médicale de son psychiatre traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_, doit l'emporter sur celle du Dr Y.\_\_\_\_\_, dont la position ne serait pas conforme à la réalité de sa vie. Il est utile de rappeler que le SMR, sous la plume du Dr V.\_\_\_\_\_, a décidé, après avoir pris connaissance du rapport médical établi le 20 juin 2011 par le Dr L.\_\_\_\_\_, qu'un examen par un médecin psychiatre du SMR (ou une expertise) était nécessaire pour évaluer la situation psychiatrique de la recourante, estimant que les conclusions du psychiatre traitant ne pouvaient être suivies en l'état. C'est dans ce contexte que le Dr Y.\_\_\_\_\_, psychiatre, a procédé à l'examen clinique de la recourante le 2 août 2011, après avoir pris connaissance du dossier. Son rapport, daté du 8 septembre suivant, contient une anamnèse détaillée de l'intéressée (anamnèse familiale, anamnèse professionnelle et anamnèse psychosociale et psychiatrique actuelles). Il énumère les plaintes émises par la recourante le jour de l'examen et retranscrit la description que celle-ci a donnée de sa vie quotidienne avant d'exposer le status psychiatrique et les diagnostics que ses constatations et son analyse l'ont conduit à retenir. Dans l'appréciation du cas, le Dr Y.\_\_\_\_\_ explique de façon détaillée et convaincante les motifs qui l'ont amené à s'écarter des conclusions du psychiatre traitant de la recourante en ce qui concerne plus

particulièrement les questions du caractère invalidant des troubles psychiatriques retenus et de leur répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Il ne retient aucun diagnostic avec une répercussion durable sur la capacité de travail, les diagnostics de trouble panique (F41.0) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission

- 29 - (F33.4), étant sans répercussion sur celle-ci. A l'appui de ces diagnostics, le Dr Y.\_\_\_\_\_ explique que, lors de l'examen clinique du 2 août 2011, il n'a pas objectivé de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation, ni de trouble du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes) ni d'attitude d'écoute ou d'hallucinations auditives. Il n'a pas observé de tristesse apparente ou exprimée ni d'idée suicidaire. En outre, il n'a pas constaté de perte d'intérêt ou du plaisir pour les activités de la vie quotidienne ou des activités habituellement agréables. Il relève que l'anamnèse a permis de constater deux périodes pendant lesquelles l'assurée s'est décrite comme ayant été dépressive, motif pour lequel elle a bénéficié d'un suivi psychiatrique et qu'un troisième épisode peut être retenu, suite à la perte de son emploi, qui lui a été notifié au mois de mars 2010. En tenant compte des épisodes dépressifs mentionnés ci-dessus, ce spécialiste retient un trouble dépressif récurrent mais considère qu'il est en rémission. Sur le plan anxieux, il relève que la recourante a décrit trois attaques de panique en 2010 et qu'à ce titre un trouble panique peut être retenu sans conséquence invalidante de longue durée au regard de sa faible fréquence. Pour le surplus, ce spécialiste souligne que son examen n'a pas permis de constater une symptomatologie dépressive, anxieuse ou psychotique ou un trouble de la personnalité décompensée. S'agissant d'un trouble somatoforme douloureux, dont le syndrome de fatigue chronique est un équivalent, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée. En outre, d'après la description donnée par la recourante elle-même, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne peut pas être retenue, pas plus qu'une résistance à un traitement conforme aux règles de l'art, ce qui le conduit à exclure une comorbidité psychiatrique suffisante au sens de la jurisprudence. En définitive, selon le psychiatre du SMR, la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante et dispose d'une pleine capacité de travail exigible dans toute activité.

- 30 - Au vu des éléments indiqués ci-dessus, il faut admettre que, contrairement à la position de la recourante, l'avis psychiatrique du Dr Y.\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels. Ses conclusions, soigneusement motivées, reposent sur l'examen clinique de la recourante, tiennent compte de ses plaintes, de l'étude de son dossier médical et de l'anamnèse et sont convaincantes. Pour le surplus, les avis médicaux du psychiatre traitant de la recourante ne sauraient se voir reconnaître une force probante suffisante, dès lors qu'ils se fondent pour l'essentiel sur les plaintes de l'assurée sans que celles-ci soient objectivées ou même illustrées par des exemples concrets. La recourante n'avance aucun argument qui permettrait de remettre en cause la valeur probante du rapport d'examen psychiatrique – circonstancié et soigneusement élaboré – du Dr Y.\_\_\_\_\_. Elle ne fait en particulier pas état d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – que le psychiatre du SMR et ses collègues auraient ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. La recourante ne se trouve donc pas dans la situation dont il est question dans l'ATF 135 V 465 (consid. 4.6, p. 471) où subsistaient des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le SMR. c) Au regard de ce qui précède, la Cours de céans retient que la recourante, en tenant compte des ses pathologies somatiques et

psychiatriques, présente une capacité de travail de 90% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles fixées par le SMR dans son avis du 14 janvier 2012 (pas de travaux physiques pénibles et ports de charges lourdes). 5. La recourante allègue pour le surplus que son âge ainsi que ses limitations fonctionnelles rendent ses possibilités de reconversion professionnelle limitées. Elle soutient également que son salaire ne peut être que plus faible pour pouvoir être engagée.

- 31 - a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 246 consid. 1 et les références citées). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TF

- 32 - 9C\_849/2007 du 22 juillet 2008, I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 ; I 462/02 du 26 mai 2003, consid. 2.3 ; I 617/02 du 10 mars 2003, consid. 3.1 ; I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Selon la jurisprudence, le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). b) En l'espèce, la recourante était âgée de 56 ans au moment où les Drs Y. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ont établi leur rapport, respectivement en septembre et novembre 2011, à savoir les mois où, sur le plan médical, il a été mis en évidence de manière fiable tant sur le plan psychique que somatique que l'exercice d'une activité lucrative était exigible. Dès lors, on constatera que la recourante se trouvait encore éloignée de l'âge à partir duquel le

Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. notamment SVR 2003 IV n° 35 p. 107 [I 462/02] ; arrêts 9C\_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, I 1034/06 du 6 décembre 2007, I 61/05 du 27 juillet 2005, I 819/04 du 27 mai 2005, I 462/02 du 26 mai 2003, I 617/02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002), de sorte qu'il n'existe aucune raison de revenir sur l'appréciation de l'office intimée. En effet, si l'âge actuel de la recourante peut limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'il rend cette perspective illusoire, même en tenant compte des restrictions induites par son état de santé. Il est par conséquent raisonnablement exigible que la recourante reprenne une activité à temps partiel adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment dans le cadre de son activité habituelle de secrétaire. 6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 33 - b) Il reste à statuer sur les frais et 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 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante 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 p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 15 juin 2012 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de C.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier :

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

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