

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Thalmann et M. Métral  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante.

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 18 mai 2009, P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1963, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Ingénieur diplômée en chimie, spécialisation technologie chimique organique de l'Institut polytechnique de Bucarest, l'assurée a obtenu le 30 mars 2001 le titre de diplômée postgrade EPFL en sciences de l'environnement. Selon un certificat de travail établi par la société J. \_\_\_\_\_ SA le 19 octobre 1999, l'intéressée a travaillé à temps complet dans cette entreprise du 15 septembre 1997 au 30 octobre 1999, comme auxiliaire jusqu'au 31 décembre 1997 et préparatrice dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998. Selon le rapport d'évaluation de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) du 16 septembre 2009, de 2001 à 2002, l'assurée a reçu des prestations de chômage. Du 1<sup>er</sup> juin 2002 au 31 mai 2003, elle a travaillé comme technicienne de laboratoire auprès du département Sciences Alimentaires chez Q. \_\_\_\_\_ Research Center. De 2003 à 2005, elle était au bénéfice de l'assurance-chômage. Domiciliée dans le canton de Vaud, elle perçoit le revenu d'insertion depuis avril 2005.

Dans un rapport médical du 11 novembre 2008, la Dresse C. \_\_\_\_\_, diabétologue au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_), diagnostique un syndrome métabolique avec diabète type II compliqué d'une polyneuropathie des membres inférieurs des deux côtés, d'une néphropathie stade 2, ainsi que d'une rétinopathie et d'une coronaropathie non explorées. Elle diagnostique également une hypertension artérielle (HTA), une dyslipidémie et une migraine avec aura. Le 18 novembre 2008, le Prof. V. \_\_\_\_\_, chef du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_, certifie que l'assurée est atteinte de diabète avec comme complication une néphropathie et une polyneuropathie, et qu'elle est également connue pour une polyarthrose touchant les chevilles et le dos.

Dans un rapport du 9 mars 2009, les Drs B.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_  
(respectivement médecin adjoint et chef de clinique au Service  
d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier  
Z.\_\_\_\_\_) et C.\_\_\_\_\_ diagnostiquent :

- “• Syndrome métabolique avec :
  - Diabète de type 2 compliqué de:
    - Polyneuropathie sensitive des MI
    - Néphropathie stade II
  - Hypertension artérielle
  - Dyslipidémie mixte de type 2b
  - Obésité classe II selon l'OMS.
- Migraine avec aura”

Ils indiquent en outre ce qui suit :

**“Examen clinique :**

Taille 1,68 m, poids 113 kg, tour de taille 133 cm, BMI 40 kg/m<sup>2</sup>. TA 141/101 mmHg, FC 100/min. Auscultation cardio-pulmonaire sans particularité. Artères périphériques toutes palpées, pas d'oedème des MI.

*Status podologique* : pallesthésie aux 1<sup>ères</sup> têtes métatarsiennes 3/8 à droite, 4/8 à gauche, sensibilité au monofilament diminuée hyperkératose des talons. Pas de mycose, pas de lésion.

[...]

**Discussion et propositions :**

Madame P.\_\_\_\_\_, depuis fin 2004, a été prise en charge pour son syndrome métabolique caractérisé principalement par l'obésité et seulement dans un deuxième temps par la dyslipidémie et l'hyperglycémie. Notre suivi en octobre 2008 a débuté par l'exploration de la question du diagnostic de diabète qui ne semblait pas être clair pour la patiente. A sa demande et afin de lui apporter une preuve objective, nous avons réalisé une hyperglycémie provoquée qui confirmait le diagnostic de diabète de type 2. Nous avons donc débuté le suivi par une évaluation des habitudes alimentaires de la patiente et l'exploration de l'activité physique habituelle. Madame P.\_\_\_\_\_ prend conscience, suite à ses rencontres avec notre diététicienne, de l'importance de ses grignotages au cours de la journée et propose de nombreuses stratégies pour y faire face, arrivant ainsi à obtenir un équilibre alimentaire satisfaisant. De plus, elle reprend une activité physique régulière sous forme de séances d'aquagym et de marche quotidienne. Parallèlement aux efforts non médicamenteux de prise en charge du syndrome métabolique, nous avons débuté un traitement par Glucophage 1000 mg 2 cp/j. Rapidement, on assiste à une normalisation des valeurs glycémiques comme en témoigne son HbA1c s'élevant à 5%. Nous avons félicité madame P.\_\_\_\_\_ pour tous les petits changements qu'elle a pu apporter dans son quotidien et qui lui ont permis d'obtenir des résultats concrets sur son équilibre métabolique.

### **Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire et les complications associées au diabète :**

- **Obésité** : tous les efforts réalisés par la patiente ont permis d'amorcer une perte pondérale de presque 10 kg. Son poids passe de 113 kg en octobre 2008 à 104 kg en février 2009.
- **HTA** : la TA était systématiquement en dehors des objectifs thérapeutiques, (normale  $\leq$  à 130/80 mmHg), dans ce contexte, un traitement antihypertenseur a été débuté permettant d'obtenir dans la normalisation des valeurs tensionnelles.
- **Dyslipidémie** : malgré les efforts pour atteindre un équilibre alimentaire et la perte pondérale, le bilan lipidique reste perturbé. Compte tenu des résultats perturbés, en février 2009, nous débutons un traitement par statine. Lors de notre prochaine consultation, nous allons réévaluer ce bilan.
- **Rétinopathie** : le dernier fond d'oeil réalisé en mai 2006 est revenu sans particularité. Un nouveau contrôle sera organisé en 2009.
- **Coronaropathie** : compte tenu des multiples facteurs de risque cardiovasculaire, un dépistage de la maladie coronarienne, par scintigraphie myocardique, a été réalisé le 27 janvier 2009 et est revenu sans particularité.
- **Néphropathie diabétique** : le rapport albumine/créatinine urinaire était à 2 reprises positif. Un traitement néphroprotecteur dans ce contexte a été rapidement débuté (Cosaar®). Lors de notre prochaine consultation, nous allons évaluer l'efficacité du traitement.
- **Polyneuropathie des MI** : Nette diminution de la sensibilité profonde et superficielle (cf. Status podologique). De plus, madame P.\_\_\_\_\_ présente des dysesthésies et des paresthésies qui ont nécessité l'introduction d'un traitement par Lyrica."

Le 4 juin 2009, ces praticiens posent les mêmes diagnostics en précisant que la dyslipidémie mixte est de type 2b. Ils mentionnent en outre ce qui suit :

#### **"Discussion et propositions :**

Madame P.\_\_\_\_\_ est suivie à la consultation de diabétologie depuis octobre 2008. A cette époque elle présentait un diabète de type 2 modérément déséquilibré comme en témoignait son HbA1c s'élevant à 7%. Ce diabète s'inscrit dans le cadre d'un syndrome métabolique caractérisé par la dyslipidémie mixte, l'hypertension artérielle et l'obésité Dans ce contexte nous avons débuté rapidement un traitement médicamenteux par Metformine 1000mg 2 cp/j afin d'agir sur l'équilibre glycémique. La suite de la prise en charge s'est portée sur l'exploration des aspects non médicamenteux de gestion du syndrome métabolique. Notamment, la patiente s'est entretenue avec notre diététicienne autour des habitudes alimentaires.

Madame P.\_\_\_\_\_, par ailleurs consciente du rôle important de l'activité physique sur l'équilibre métabolique s'investi[t] pleinement participant avec régularité aux séances d'aquagym. Il a effectivement été relevé que la polyneuropathie des membres intérieurs la limite dans les autres types d'activités.

Grâce aux efforts sur le style de vie et à la régularité dans la prise médicamenteuse on assiste à une amélioration des valeurs glycémiques comme en témoigne son HbA1c s'élevant à 5,8 % lors du dernier contrôle. Nous avons félicité madame P.\_\_\_\_\_ pour tous les ajustements qu'elle a apporté dans son quotidien, au prix de nombreux efforts, mais qui lui ont permis d'obtenir des résultats concrets sur son équilibre métabolique.

Concernant les complications relatives au diabète nous avons identifié une polyneuropathie des membres inférieurs se manifestant par des dysesthésies et des paresthésies qui ont nécessité l'introduction d'un traitement par Lyrica, dont l'efficacité est à évaluer. Mme P.\_\_\_\_\_ présente par ailleurs une néphropathie diabétique comme en témoigne le rapport albumine/créatinine urinaire qui était à 2 reprises élevé. Nous avons débuté un traitement nephroprotecteur (Zestoretic et Cosaar) avec effet bénéfique comme en témoigne le dernier rapport albumine/créatinine urinaire du 04.05.2009."

Dans un rapport du 17 août 2009, la Dresse C.\_\_\_\_\_ diagnostique un diabète type II compliqué de polyneuropathie et néphropathie, une HTA et une obésité classe II. Les symptômes sont de l'asthénie, une fatigabilité ainsi que des douleurs aux membres inférieurs. Elle estime que l'activité exercée n'est pas exigible et que ne sont pas exigibles les activités uniquement en position assise, uniquement en position debout ou dans différentes positions, de même que les activités exercées principalement en marchant. Elle exclut également les activités où il faut se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête accroupi ou à genoux, en rotation que ce soit en position assise ou debout, l'action de soulever ou porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage où les escaliers. Elle estime la capacité de concentration limitée de même que la capacité d'adaptation et la résistance.

Le 25 février 2010, les Drs O.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ (médecin assistant au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_) posent les mêmes diagnostics. Ils mentionnent que la patiente se plaint d'une fatigue importante évoluant depuis plusieurs mois, associée à des douleurs et des dysesthésies des membres inférieurs, et qu'elle est également suivie pour ses douleurs des deux côtés ainsi qu'aux mains par le Prof. V.\_\_\_\_\_. Ils relèvent que la

patiente, sans activité professionnelle en Suisse, souffre d'une surcharge pondérale. Ils indiquent que sur le plan métabolique, avec l'instauration progressive du traitement médicamenteux et de la prise en charge globale multidisciplinaire, l'équilibre métabolique est progressivement favorable, comme en témoignent les derniers résultats du 4 mai 2009. S'agissant des déficits fonctionnels, ils mentionnent que la situation s'est améliorée sur le plan métabolique et qu'elle est restée stationnaire sur le plan des plaintes et de la fatigabilité. S'agissant du retentissement sur l'état de santé, ils signalent une atteinte neurologique périphérique symptomatique. Quant aux restrictions à prendre en compte dans l'exercice d'une profession, ils mentionnent que sont à proscrire la flexion, le levage et le port de charges fréquent ainsi que la montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés. Ils ajoutent que le travail n'est possible que moyennant des pauses supplémentaires. Ils estiment que l'assurée ne peut exercer à temps plein la dernière activité, un travail adapté n'étant pas possible. S'agissant du taux d'invalidité ils indiquent : «*cf. office AI*».

L'OAI a décidé de confier un mandat d'expertise au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne. Par lettre du 18 mars 2010, l'assurée a demandé que l'expertise soit effectuée par un médecin spécialiste en diabétologie. Par lettre du 14 avril 2010, elle a écrit qu'elle était «*dans l'obligation pour l'avancement de [s]on dossier de [s]'engager de participer à l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_*». Elle mentionne également qu'il «*[r]este impérativement nécessaire qu'en [l']occurrence [le] Dr T.\_\_\_\_\_ [ait] l'accès (avant et pendant l'expertise) à l'intégralité de [s]on dossier ORP, CSR, FMH - faux diagnostique de maladie mentale, Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_ - plainte pénale*». Le 16 avril 2010, l'OAI a confirmé à l'assurée que l'expertise serait effectuée par le Dr T.\_\_\_\_\_ et qu'un délai de 10 jours lui était imparti pour faire valoir ses motifs de récusation, d'éventuelles objections ne pouvant plus être prises en considération une fois ce délai échu.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants :

"Syndrome métabolique avec :  
- Diabète de type II

- Polyneuropathie sensitive discrète des membres inférieurs
- Néphropathie de stade II
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie mixte type IIb
- Obésité très sévère de classe III (BMI : 41 kg/m<sup>2</sup>)

Migraine avec aura

Métatarsalgies de surcharge

Dorso-lombalgies intermittentes non spécifiques

Incontinence urinaire mixte

Suspicion de syndrome du tunnel carpien droit

Hernie hiatale avec reflux"

Selon l'expert, ces diagnostics n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Il mentionne en outre notamment ce qui suit :

#### *"6.1 Rappel de l'histoire médicale*

Dans le cadre d'un syndrome métabolique connu probablement dès 2002 avec obésité, l'assurée développe un diabète de type II clairement identifié en 2008 et suivi dès lors par le service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme au Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_. Pendant quatre ans, soit de 2004 à 2008, elle est suivie par le Dr W.\_\_\_\_\_, bénéficiant par ailleurs de conseils d'une nutritionniste. C'est en octobre 2008 qu'il est constaté un diabète de type II moyennement déséquilibré avec hémoglobine glyquée à 7 %. Dès lors, elle sera traitée par Glucophage. Une perte pondérale de 10 kilos (de 113 kilos en octobre 2008 à 104 kilos en février 2009) permet l'amélioration des valeurs glycémiques avec hémoglobine glyquée alors à 5,8 %. Une dyslipidémie est traitée par Crestor. L'hypertension artérielle est traitée par Zestoretic auquel vient s'adjoindre un traitement de Cosaar à visée néphroprotectrice dans un contexte de micro-albuminurie. Il est posé le diagnostic de néphropathie de stade II. L'assurée reste suivie à la consultation du service d'endocrinologie. Elle a repris du poids (115 kg actuellement) ce qui complique la prise en charge de ce diabète. Il n'est pas décrit de rétinopathie et le dépistage de la maladie coronarienne est annoncé négatif sur la base d'une scintigraphie myocardique de janvier 2009 et d'une ergométrie effectuée, semble-t-il plus récemment.

#### *6.2 Situation actuelle*

Cliniquement, l'assurée présente une obésité morbide, une polyneuropathie périphérique sensitive caractérisée par une hypoesthésie vibratoire sans altération du sens postural des orteils, sans altération du réflexe achilléen mais avec diminution de la sensibilité plantaire et de la discrimination chaud-froid des pieds. Il n'y a pas de trouble moteur, pas de trouble de la marche, ni ataxie statique. L'assurée se plaint de crampes dans les membres inférieurs notamment aux mollets et au niveau du pied sans dysesthésies évidentes, hyperalgésie ou allodynie. Elle poursuit son traitement de Lyrica à faible dose (75 mg le soir).

Dans ces conditions, cette neuropathie ne peut pas être considérée comme invalidante en l'absence de douleurs évidentes et de dysesthésies. Les crampes musculaires annoncées sont susceptibles cependant de perturber la qualité du sommeil. Il est à rappeler qu'un syndrome des apnées du sommeil a été exclu. Il n'y a d'ailleurs pas d'hypersomnolence diurne avec un score d'Epworth en dessous de 6/24.

Au moment de l'examen de ce jour, il n'est pas mis en évidence d'oedème des membres inférieurs.

Ainsi, nous nous trouvons dans une situation de syndrome métabolique dans le cadre d'une obésité morbide sans cependant de limitations fonctionnelles mises en évidence.

Le diabète est plus ou moins bien compensé et ne permet pas en soi de reconnaître d'incapacité de travail, ni d'ailleurs la néphropathie asymptomatique.

Le catalogue des plaintes est long mais finalement en relation avec des affections bénignes, certes pouvant gêner l'assurée dans sa vie quotidienne mais sans réel impact sur sa capacité de travail. Je veux ainsi parler de la raideur des mains matinale, des acroparesthésies nocturnes, des céphalées migraineuses avec probablement une composante tensionnelle, de l'incontinence urinaire, des renvois, des ballonnements, des vertiges orthostatiques ou encore de la transpiration accrue ou des bouffées de chaleur.

Il est également banal, dans le cadre de l'obésité de l'assurée qu'elle présente de temps en temps un oedème vespéral, une transpiration accrue ainsi que des bouffées de chaleur, éventuellement annonciatrice d'un syndrome climatérique.

L'assurée a présenté des problèmes urinaires avec hématurie macroscopique bilatérale, sans apparemment de diagnostic définitif. Une cystoscopie était sans lésion. Actuellement, c'est-à-dire le jour de l'examen, elle présente probablement une infection urinaire suggérée par une dysurie et des frissonnements en fin d'examen, sans état fébrile. Nous l'avons encouragée à consulter en urgence la Polyclinique [...].

L'assurée est principalement gênée par ses douleurs des pieds, en particulier ses métatarsalgies. Elles concernent les trois derniers rayons des deux pieds. Il a été diagnostiqué des troubles statiques modérés, une arthrose sous talienne droite et tibio-astragalienne bilatérale. Ces métatarsalgies pourraient bénéficier certainement de supports plantaires. Ses douleurs n'ont pas de caractéristique neuropathique, surviennent uniquement à la charge, s'améliorant à l'échauffement, il n'y a pas de boiterie, pas de limitation de la marche sur les pointes lors de l'examen.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de reconnaître de limitation fonctionnelle significative dans l'activité déployée. C'est également le cas concernant l'annonce de dorsalgies intermittentes ou de lombalgies. L'examen ne montre pas de syndrome lombo-vertébral significatif, malgré les troubles statiques et modérément dégénératifs rapportés sur les radios du rachis de 2008.

### *6.3 Limitations fonctionnelles*

Dans une activité légère de type employée de laboratoire ou équivalent ainsi que dans une activité administrative, il n'est pas mis en évidence de limitations fonctionnelles. Les métatarsalgies qui pourraient limiter la longue position statique debout peuvent être corrigées, au moins partiellement, par le port de soutiens plantaires adaptés. Il n'en résulte pas d'incapacité de travail."

L'expert estime en conséquence que dans l'activité d'ingénieur en chimie ou employée de laboratoire, la capacité de travail de l'assurée est entière.

L'assurée a été hospitalisée du 21 au 22 juin 2010 au Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_ pour une pyélonéphrite et une hématurie chronique.

Figurent au dossier AI plusieurs dossiers constitués par l'intéressée concernant ses démarches auprès de l'Office régional de placement (ORP), le Centre social régional (CSR), une demande en vue de l'ouverture d'une procédure d'expertise extrajudiciaire par le bureau d'expertises de la FMH en relation avec le traitement au service de gastro-entérologie du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une plainte pénale contre cinq médecins du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, l'intéressée reprochant notamment à ces derniers de ne pas lui avoir communiqué qu'elle souffrait de diabète, de lui avoir refusé l'accès à l'intégralité de son dossier médical - spécialement celui du département de gastro-entérologie -, et d'avoir établi des rapports médicaux qu'elle estime tendancieux et volontairement erronés.

Dans un projet de décision du 16 septembre 2010, l'OAI s'est prononcé dans le sens du rejet de la demande de prestations dès lors que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée.

Le 18 octobre 2010, l'assurée a contesté les conclusions de l'expert T.\_\_\_\_\_ et requis une expertise effectuée par un diabétologue.

Dans un avis médical du 30 novembre 2010, les Drs G.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) mentionnent notamment que la néphropathie a été diagnostiquée mais

que la micro albuminurie est peu importante et que la fonction rénale (créatinine) est normale n'engendrant pas de limitations fonctionnelles. Ils relèvent en outre que la polyneuropathie est uniquement sensitive, les réflexes ostéotendineux étant normaux, et qu'il n'y a pas de déficit moteur noté. Ils ajoutent que l'arthrose qui n'est pas engendrée par le diabète a été prise en compte au niveau des pieds par l'expert. Ils concluent être d'accord avec les conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_.

Par décision du 17 janvier 2011, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations.

**B.** Par acte déposé le 17 février 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, P.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant principalement à sa réforme en ce sens ce qu'une demi-rente AI lui est allouée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction - cette dernière conclusion ayant été retirée par lettre du 10 mars 2011. La recourante invoque en substance la violation du droit d'être entendu dès lors qu'elle a sollicité la mise en oeuvre d'une expertise par un expert diabétologue, titre auquel ne peut prétendre le Dr T.\_\_\_\_\_ dont l'expertise n'est pas complète, selon l'assurée, puisqu'elle n'objective ni ne discute un certain nombre de maux, dans la mesure où il n'est pas fait mention de défaillances subies du fait du diabète (impossibilité de porter des objets, respectivement mouvements incontrôlés qui font que l'intéressée lâche involontairement les objets qu'elle porte), l'expert ne se déterminant également pas sur le caractère invalidant de l'arthrose diabétique dont se plaint la recourante. Cette dernière se réfère au rapport du 17 août 2009 de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et aux différentes limitations fonctionnelles mentionnées par cette praticienne. Elle reproche en outre au rapport d'expertise de présenter un préjugé important dès lors qu'il mentionne en préambule ce qui suit : *«Nous comprenons à la lecture de ces pièces qu'elle est en litige avec les services sociaux, l'ORP, le CSR, le Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_ et ses médecin précédents, portant plainte pénale, demandant une expertise extrajudiciaire, portant sa demande jusqu'au secrétariat d'État à l'économie auprès de la FMH, ou encore auprès du*

directeur de l'AI pour le canton de Vaud, ainsi qu'auprès du conseiller d'État en charge du département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud». Elle estime que ces questions n'ont rien à voir avec l'expertise et que l'expert l'a considérée comme une querelleuse et n'a pas apprécié son cas avec une rigueur suffisante. Elle reproche en outre à l'expert de ne pas avoir examiné les syndromes invoqués de manière générale, mais seulement séparément; par ailleurs, elle ajoute que ses problèmes moteurs n'ont pas été objectivés, que l'expert n'a pas examiné dans quelle mesure la fibromyalgie est invalidante, et que contrairement à ce que retient le Dr T.\_\_\_\_\_, la néphropathie dont elle souffre est symptomatique. Elle requiert enfin la mise en oeuvre d'une expertise par un diabétologue.

L'OAI a conclu au rejet du recours dans sa réponse du 29 mars 2011. Il a produit un avis médical SMR du 16 mars 2011 établi par les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, dont il résulte ce qui suit :

“L'assurée, âgée de 47 ans, présente notamment un diabète avec une obésité majeure et des complications de son diabète.

- Concernant le diabète et son équilibre, nous avons un compte[rendu] de la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_[,] du 04.06.2009, et du 17 août 2009.

- L'obésité est majeure avec un poids de 113kg pour 168cm, soit un BMI de 40kg/m<sup>2</sup>.

- Sur le plan biologique, l'hémoglobine glycosylée en octobre 2008 est à 7%, ce qui est élevé; puis l'hémoglobine glycosylée (qui permet de voir l'équilibre du diabète pendant les 3 mois précédent cet examen) diminue à 5,8% en mai 2009, ce qui est très satisfaisant. La Dresse C.\_\_\_\_\_ note que grâce aux efforts sur le style de vie et la régularité dans la prise médicamenteuse, on assiste à une amélioration des valeurs glycémiques. La Dresse C.\_\_\_\_\_ note également « *que Madame P.\_\_\_\_\_ est par ailleurs consciente du rôle important de l'activité physique sur l'équilibre métabolique et s'investit pleinement en participant avec régularité aux séances d'aquagym* ».

- Par ailleurs, la prise en charge diététique a permis une réduction pondérale puisque son poids passe de 113 kg, en octobre 2008[,] à 104 kg, en février 2009.

- Concernant les complications du diabète :

1/ Il n'y a pas de macro-angiopathie connue.

Il n'y a pas d'artérite : les pouls des membres inférieurs sont bien perçus.

Il n'est pas mentionné de complication coronarienne ou de surcharge carotidienne.

2/ Concernant les micro-angiopathies :

1°/ Il existe surtout une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs que note la Dresse C. \_\_\_\_\_ dans sa lettre du 04.06.2009.

Il existe sur le plan subjectif des dysesthésies et des paresthésies qui ont nécessité l'introduction de Lyrica®.

Sur le plan objectif, il existe des troubles de la sensibilité superficielle au niveau des pieds avec diminution de la sensibilité au mono-filament et des troubles de la sensibilité profonde avec une pallesthésie aux premières têtes métatarsiennes, diminuée à 3/8 à droite et 4/8 à gauche.

Le Dr T. \_\_\_\_\_, dans son expertise du 01.07.2010 note également une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs avec :

- Des signes subjectifs, des crampes dans les membres inférieurs au niveau du mollet et du pied. L'assurée poursuit son traitement de Lyrica® à faible dose de 75mg le soir seulement (les doses pourraient être augmentées)[.]

A noter également des métatarsalgies (indépendantes du diabète) et favorisées par la surcharge en rapport avec l'obésité.

Le Dr T. \_\_\_\_\_, à la page 15 de son rapport a fait un examen neurologique très complet.

- Il existe des signes objectifs avec troubles de la sensibilité superficielle avec une diminution de la sensibilité plantaire au mono-filament et des signes des troubles de la sensibilité plantaire avec une hypoesthésie au diapason, mais il a noté une conservation d'une bonne discrimination posturale à la mobilisation des orteils. Il n'y a pas d'ataxie.
- Il n'est pas noté de déficit moteur et les réflexes sont conservés et moyennement vifs. Par ailleurs, on peut espérer que le meilleur contrôle du diabète stabilise et même améliore la polyneuropathie.

2°/ Néphropathie diabétique débutante: La créatinine est normale en mai 2009 à 52 µmol/l et l'albuminurie est très peu importante avec un rapport albumine sur créatinine à 3,4mg/mmol

3°/ sur le plan ophtalmo : le fond d'oeil est normal

Par ailleurs, l'arthrose présentée par notre assurée au niveau des pieds est indépendante du diabète, car le diabète ne provoque pas

d'arthrose. L'expert a bien noté les métatarsalgies et son examen clinique des chevilles et des pieds (p[.] 16) mentionne un affaissement de la voûte longitudinale interne sans valgus du talon .La flexion-extension de la cheville est normale.

Concernant l'hématurie que présentait l'assurée, un scanner a donc été effectué le 26.04.2010 objectivant deux reins de taille normale et une petite lithiase intra-rénale gauche de 2,5mm de diamètre [recte : diamètre] dans le groupe caliciel moyen.

La vessie présentait une petite image tissulaire ronde de 2cm de diamètre, accolée à la paroi postérieure. Une cystoscopie réalisée en mars 2010 n'a semble-t-il pas montré de lésion. Il existe parfois des infections urinaires.

L'expert n'a pas trouvé de troubles de la concentration dans son examen clinique (p[.] 12) contrairement à ce qui est annoncé dans le recours de février 2011.

L'assurée déclare lâcher involontairement les objets qu'elle porte mais l'examen de l'expert n'a pas noté de déficit aux membres supérieurs (p[.] 14 et 15) et la manoeuvre de Mingazzini est normale[,] il n'y a pas de déficit tacto-algique[,] les réflexes sont normaux et le signe de Hoffman est négatif.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ n'est pas généraliste, mais spécialiste en médecine interne et expert de la SIM.

En résumé, nous suivons les conclusions du Dr T. \_\_\_\_\_ avec une capacité de travail à 100% dans une activité légère de type employée de laboratoire ou équivalent, ainsi que dans une activité administrative.

Les métatarsalgies qui pourraient limiter la longue position statique debout peuvent être corrigées au moins partiellement par le port de soutiens plantaires adaptés. Il faut éviter les montées d'escaliers, d'échelles et la marche en plan incliné, absent en principe dans un laboratoire."

Le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante en date du 24 février 2011 et deux conseils d'office ont successivement été désignés (notamment Me Laurent Schuler), puis relevés à leur demande, le second mentionnant notamment que la recourante ne souhaitait plus l'assistance d'un conseil d'office.

Dans son écriture du 31 octobre 2011, la recourante a déclaré continuer à se défendre seule. Elle a requis de pouvoir se présenter à la barre pour soutenir sa cause, et que tout élément et toute preuve mis à la disposition du tribunal soit acceptés, à savoir tous les envois au tribunal et à son ancien avocat comme des pièces à conviction de son dossier AI. En outre, elle a demandé à bénéficier d'une procédure juridique accélérée de

son procès - compte tenu notamment de sa «*situation financière - personne à l'assistance publique à qui on a [...] refusé l'assistance judiciaire gratuite*» -, tout en sollicitant l'aide de la justice pour obtenir le dossier médical du département de gastro-entérologie du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_ ainsi que le rapport du service de «*l'inspectorat [à] l'exécution du droit/assurance-chômage/marché du travail/SECO*». Elle a par ailleurs requis le transfert de l'ensemble de ses procédures auprès des autorités judiciaires d'un autre canton.

La recourante a produit un CD-ROM sur lequel figurent divers dossiers concernant notamment l'ORP, le Service de prévoyance et d'aide sociale et une plainte contre le Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_.

Y figurent également de nombreux rapports médicaux, dont parmi les plus récents les rapports suivants :

- un rapport du 28 janvier 2009 de scintigraphie myocardique des Drs X.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjointe et médecin assistant au Service de médecine nucléaire du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, concluant à une discrète ischémie de stress au niveau du territoire antéro-septal (2 segments) et en inféro-latéral (2 segments), à une fraction d'éjection dans la norme, une cinétique cardiaque normale et une épreuve d'effort électriquement et subjectivement négative;

- un rapport du 15 décembre 2009 du Prof. L.\_\_\_\_\_ et du Dr D.\_\_\_\_\_, respectivement responsable de l'unité nerf-muscle et médecin assistant au Service de neurologie du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, qui concluent à une absence d'évidence électrophysiologique quant à une polyneuropathie (diabète) ou à une neuropathie compressive (syndrome du tunnel carpien);

- un rapport du 26 avril 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, radiologue, qui conclut à un calcul intra-rénal gauche de 2,5 mm de diamètre dans le groupe caliciel moyen et à l'absence d'autre anomalie en surprojection des voies urinaires. Il mentionne une augmentation de taille des deux

ovaires qui sont tous deux porteurs de formation kystique de nature indéterminée, une néoplasie ovarienne ne pouvant être écartée. Il indique également une petite lésion tissulaire ronde de 2 cm de diamètre accolée à la paroi postérieure et paramédiane droite de la vessie, de nature indéterminée, possiblement postopératoire, ainsi qu'un petit nodule surrénalien gauche aspécifique peu suspect de 12 mm de diamètre;

- un rapport du 22 juin 2010 du Dr Y.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, qui conclut à un examen compatible avec une pyélonéphrite bilatérale plus marquée du côté gauche. Il ne constate pas de lithiase urinaire, et mentionne une stéatopse hépatique ainsi qu'un aspect tuméfié de l'ovaire gauche;

- un rapport du 12 juillet 2010 du Prof. K.\_\_\_\_\_ et du Dr R.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et chef de clinique au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, qui concluent comme il suit :

"Une lésion en hypersignal T2 se situant au niveau du toit du vagin, correspondant dans le contexte d'un kyste d'inclusion vaginale ou à une lymphocèle. Ovaire droit non visualisé. Plusieurs lésions kystiques au niveau de l'ovaire gauche. Absence de liquide libre intra-abdominal ou d'adénopathie."

Une audience de jugement s'est tenue le 12 décembre 2011, au cours de laquelle la recourante a été entendue dans ses explications; à cette occasion, elle a en particulier précisé qu'elle voulait que le Tribunal prenne une décision en tenant compte de toutes les preuves au dossier. La Cour lui a indiqué qu'elle pouvait encore produire, à bref délai, des pièces complémentaires.

Par courrier envoyé le 15 décembre 2011, l'assurée a insisté sur la détérioration de son état de santé depuis la décision litigieuse de l'OAI et a produit un onglet de pièces, parmi lesquelles figurent notamment plusieurs courriers adressés à Me Laurent Schuler dans le

cadre de différentes procédures, ainsi que divers documents médicaux. Elle a requis une décision rapide de la Cour de céans.

**C.** Par arrêt séparé de ce jour, la Cour de céans a, dans le cadre d'une procédure parallèle, rejeté le recours introduit le 9 juillet 2011 par la recourante à l'encontre d'une décision de refus de prestations complémentaires rendue le 23 juin 2011 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, agence communale d'assurances sociales de Lausanne (PC 12/11 - 25/2011).

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance- invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

**b)** La recourante avait à l'origine requis le transfert de l'ensemble de ses procédures auprès des autorités judiciaires d'un autre canton. Il n'y a toutefois pas lieu de donner suite à cette requête (qu'elle soit considérée sous l'angle du déclinatoire ou de la récusation), puisque lors de l'audience de jugement du 12 décembre 2011 (cf. let. B supra), la recourante a en définitive admis la compétence de la Cour de céans.

Quoi qu'il en soit, le droit fédéral (art. 58 al. 1 LPGA) prévoit que le tribunal des assurances compétent est celui du domicile de l'assuré recourant. La compétence de la Cour de céans ne saurait donc être discutée.

**c)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA

notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** La recourante se plaint du refus de l'Office AI de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité.

**a)** Il appartient au juge des assurances sociales d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

**b)** Conformément aux principes exposés ci-dessus, le moment déterminant dans le cadre de la présente affaire est celui de la décision attaquée, rendue le 17 janvier 2011. L'évolution postérieure de l'état de santé de l'assurée n'est donc pas juridiquement pertinente dans ce contexte.

**4.** Il convient dès lors d'examiner si, comme elle y conclut, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

**b)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Le Tribunal fédéral a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait

que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

**5.** En l'espèce, l'expert pose les diagnostics de diabète de type II avec polyneuropathie sensitive discrète des membres inférieurs et néphropathie de stade II, hypertension artérielle, dyslipidémie mixte type IIb, obésité très sévère de classe III et migraine avec aura. Ces diagnostics sont identiques à ceux retenus aux termes des rapports des Drs B.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ des 9 mars et 4 juin 2009, du compte-rendu de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 17 août 2009, ainsi que du constat des Drs O.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ du 25 février 2010. En plus de ces diagnostics, le Dr T.\_\_\_\_\_ retient des métatarsalgies de surcharge, des dorso-lombalgies intermittentes non spécifiques, une incontinence urinaire mixte, une suspicion de syndrome du tunnel carpien droit et une hernie hiatale avec reflux.

Après examen de l'ensemble des troubles de la recourante, l'expert conclut à une capacité de travail entière dans son activité de chimiste ou dans une activité dans laboratoire.

Certes, la Dresse C.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail entière dans toute activité en évoquant de multiples limitations fonctionnelles. Toutefois, ses conclusions ne sont pas motivées. Quant aux

Drs O.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, ils estiment qu'il faut proscrire la flexion, le levage et le port de charges fréquents ainsi que la montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, le travail n'étant possible que moyennant des pauses supplémentaires. Ils considèrent paradoxalement que la recourante ne peut exercer à temps plein sa dernière activité et qu'un travail adapté n'est pas possible, tout en se référant à l'OAI pour la détermination du taux d'invalidité. Leurs conclusions sont ainsi contradictoires. Il n'est dès lors pas possible de suivre ces praticiens dans leur appréciation de la capacité de travail de la recourante.

Celle-ci reproche à l'OAI de ne pas avoir confié l'expertise à un diabétologue. Toutefois, l'expert T.\_\_\_\_\_ est spécialiste en médecine interne et a ainsi les connaissances requises pour examiner le cas de la recourante. Ses qualifications lui ont permis en outre de se prononcer sur les autres affections dont celle-ci est atteinte et d'effectuer une synthèse. L'OAI a tenu compte des observations de la recourante à ce propos et lui a fixé un délai pour faire valoir ses motifs de récusation, délai dont elle n'a pas fait usage. Elle ne saurait donc se prévaloir d'une violation du droit d'être entendu.

La recourante estime que l'expert fait preuve d'un préjugé en relevant dans le préambule de l'expertise que l'intéressée est en litige avec l'ORP, le CSR, le Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_ et ses médecins précédents, ces questions n'ayant rien à voir avec l'expertise. La Cour de céans relève cependant que l'assurée, dans sa lettre du 14 avril 2010, a expressément demandé à ce que l'expert tienne compte de ces éléments. L'expert, qui a examiné l'ensemble du dossier, a dès lors pris connaissance des différentes pièces produites par la recourante en relation avec les litiges susmentionnés. Il est vrai que ces documents n'ont pas de lien avec la présente cause. Il reste que ce point est reconnu par l'expert, lequel indique que les pièces en question ne seront pas commentées (cf. rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2010 p. 3). On ne saurait dès lors en déduire que le Dr T.\_\_\_\_\_ a manqué d'impartialité.

La recourante soutient encore que l'expert n'a pas objectivé les problèmes rencontrés avec ses mains la conduisant à lâcher des objets, ce qui serait incompatible avec une activité de laboratoire. Toutefois, à l'examen, le Dr T.\_\_\_\_\_ n'a pas noté de déficit aux membres supérieurs, mais a observé que la manoeuvre de Mingazzini était normale, qu'il n'y a pas de déficit tacto-algique, que les réflexes étaient normaux et que le signe de Hoffman était négatif (cf. ibid. p.14 et 15) - comme l'ont relevé les Dr N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ le 16 mars 2011. L'expert a ainsi constaté, après avoir examiné la recourante, que cette dernière ne souffrait pas d'un tel problème.

L'expert a en outre retenu, lors de son examen clinique, que la recourante ne présentait pas de troubles de la concentration (cf. ibid. p. 12), contrairement à ce que l'intéressée allègue en se fondant sur les conclusions de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 17 août 2009 (cf. mémoire de recours du 17 février 2011 p. 7 s.). Or, comme relevé ci-avant, le compte-rendu de la cette praticienne n'est pas motivé et ne contient aucun élément décisif qui justifierait de s'écarter de l'avis de l'expert T.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, l'expert a tenu compte de l'arthrose dont est atteinte la recourante. Il a en effet noté les métatarsalgies de l'assurée, et son examen clinique des chevilles et des pieds mentionne un affaissement de la voûte longitudinale interne sans valgus du talon, tout en soulignant que la flexion-extension de la cheville est normale (cf. rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2011 p. 16).

S'agissant de la fibromyalgie, l'expert n'a pas retenu ce diagnostic. Il a seulement signalé avoir constaté à l'examen quelques points de fibromyalgie (cf. ibid. p. 15). Dans ces conditions, il n'avait donc pas à se prononcer sur une invalidité due à une telle affection, comme le voudrait la recourante.

Cette dernière reproche encore à l'expert de ne pas avoir examiné les syndromes invoqués de manière générale, mais seulement séparément. Toutefois, dans la partie «*Appréciation du cas et pronostic*»

(cf. ibid. pp. 18 à 20), le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiscutablement effectué la synthèse des troubles présentés par la recourante. Ce grief n'est dès lors pas fondé.

Enfin, l'expert a tenu compte de la néphropathie de l'assurée. Il mentionne notamment que cette affection entraîne parfois des infections urinaires. Il indique d'ailleurs que l'intéressée en présentait une lors de l'expertise et qu'il l'a encouragée à consulter (cf. ibid. p. 19).

En conséquence, les critiques de la recourante à l'égard de l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ apparaissent infondées. Comportant une anamnèse, faisant état des plaintes de l'intéressée, et procédant d'une étude approfondie du cas de cette dernière, l'expertise, qui ne contient en outre pas de contradictions, n'est mise en doute par aucun rapport médical. Ses conclusions sont claires et convaincantes, si bien qu'elle doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir, avec l'office intimé, que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle, de sorte qu'elle ne peut prétendre à des prestations de l'AI.

S'agissant plus particulièrement des pièces produites par la recourante le 15 décembre 2011, il convient de relever que certaines des lettres adressées à Me Schuler concernent des procédures sans rapport avec la présente cause, et que celles ayant trait à l'affaire en cours n'apportent aucun élément de fait pertinent nouveau, qui n'aurait pas été pris en considération par l'office intimé. Quant aux documents médicaux relatifs, notamment, aux kystes de l'intéressée, ils ne révèlent pas, pour la période juridiquement déterminante (cf. consid. 3a supra), d'atteintes nouvelles incapacitantes (c'est-à-dire ayant une influence sur la capacité de travail et de gain).

Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise ou en requérant la production du dossier médical constitué par le Service de gastro-

entérologie du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, comme y conclut la recourante, dont la requête doit dès lors être rejetée.

Par ailleurs, s'agissant du rapport du service de «*l'inspectorat [à] l'exécution du droit/assurance-chômage/marché du travail/SECO*», cette pièce est sans rapport avec la présente cause. La réquisition de la recourante tendant à ce que la production de cette pièce soit ordonnée est dès lors rejetée.

L'Office AI n'a donc pas violé le droit fédéral. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**6. a)** Le juge instructeur a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire en date du 24 février 2011, comprenant l'exonération des frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, la rémunération des précédents conseils d'office de la recourante doit être fixée par décisions séparées.

Quant aux frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., ils sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**b)** Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 17 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
  
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- P. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :