

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 octobre 2013

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Métral  
Greffier       :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Crissier, recourante, représentée par CAP Compagnie  
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss LPGA; 28 al. 1 et 2 et 59 al. 2bis LAI**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1964, ressortissante italienne au bénéfice d'un permis C, vendeuse de formation, travaillait depuis 1997 en qualité de concierge à 60 % pour la régie N.\_\_\_\_\_ SA à [...]. Elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 28 février 2011, indiquant souffrir de "fibromyalgie + dépression" depuis la fin 2008 et se trouver en incapacité de travail à 100 % depuis le 15 septembre 2010, date à laquelle elle a perçu des prestations de la part de son assureur perte de gain (V.\_\_\_\_\_ SA à [...]).

Dans le formulaire "Questionnaire pour l'employeur" complété le 10 mars 2011, la régie N.\_\_\_\_\_ SA a notamment communiqué que le revenu annuel AVS de l'assurée pour un taux de travail de 66 % (28 h./42h. par sem.) s'élevait à 34'765 fr. 50 (2009) et 30'738 fr. 85 (2010) et que sans atteinte à sa santé elle percevrait, en 2011 et à ce même taux d'activité (66 %), un revenu mensuel brut de 2'892 fr. 10. L'employeur précisait que le dernier jour de travail effectif de l'assurée était le 19 novembre 2010 et joignait en annexe, divers certificats médicaux attestant une incapacité de travail de l'intéressée à 100 % dès le 15 septembre 2010.

Le 16 mars 2011, l'assurée a précisé en réponse au questionnaire adressé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait au taux de 60 % dans l'activité de concierge, ceci par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 17 mars 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du Centre Médico-Chirurgical du [...] à [...], suivant l'assurée depuis octobre 2009, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie (versus troubles somatoformes douloureux) et d'état dépressif sévère. Ce médecin mentionnait une aggravation des lombalgies résistantes aux traitements et qui s'étendaient

progressivement, le tout depuis le début 2009. Le Dr L.\_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail à 100 % de sa patiente à compter du 22 septembre 2010 sans qu'une reprise d'activité ou une amélioration ne doive être attendue. Au terme de son rapport, ce médecin précisait que l'incapacité de travail totale de l'assurée découlait principalement de sa situation psychique et renvoyait ainsi l'OAI auprès de son psychiatre traitant. Etais joint, un rapport d'expertise médicale du 13 janvier 2011 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, dont il ressortait en particulier les indications suivantes:

"Appréciation du cas:

Nous sommes confronté à une assurée de 46 ans, d'origine suisse, ayant une formation professionnelle de vendeuse mais travaillant comme concierge depuis 1984, qui est connue pour une cure d'hernie ombilicale en 2003, une cure de vésicule biliaire en 2004, une cure de tunnel carpien à droite en 2008 ainsi que depuis 2004, l'apparition de douleurs poly-articulaires et rachidiennes cervicales et lombaires fluctuantes et migrantes, qui s'exacerbent en 2007 puis en 2009 date à laquelle elle bénéficie d'un arrêt de travail prolongé depuis 2009. Elle est à l'arrêt de travail depuis le 15.09.2010, en raison de douleurs cervico-brachiales et poly-articulaires de manière fluctuantes et migrantes.

L'examen de ce jour met en évidence un syndrome cervico-brachial, lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire associé à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, probablement imputable à une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, à insérer dans un contexte de syndrome anxio-dépressif sous-jacent connu (décès de son père en 2007, de son chat récemment, et de sa belle-sœur, date à laquelle débutent les symptômes) et actuellement traité par psychothérapie et médication psychotrope, et d'une probable hypovitaminose D et d'une carence martiale.

On note une certaine discordance entre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, l'impotence fonctionnelle telle que décrite dans son activité professionnelle et dans les activités de la vie quotidienne et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

L'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique, probablement expliqué par la diminution du seuil de déclenchement à la douleur tel que décrit ci-dessus.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique en piscine avec application de jets massages et d'eutonie dans le but d'une meilleure relaxation musculaire. La poursuite de la médication myorelaxant et antalgique mineure d'AINS est de mise, de même qu'une succession vitaminique et martiale si la carence s'avérait encore positive.

Il est essentiel que l'assurée puisse bénéficier d'un traitement efficace du sommeil vu qu'il est connu qu'un manque de sommeil peut être responsable d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent.

De plus, il serait à encourager d'effectuer des bains de Souffrol à domicile et de porter une ceinture lombaire lors des surcharges physiques dans son activité quotidienne.

Du point de vue de son exigibilité, dans son activité de concierge, estimant qu'elle doit effectuer des mouvements en porte-à-faux avec longs bras de levier et des ports de charges à répétition, sa capacité de travail est estimée actuellement à 50 % à augmenter de 20 % par mois, ce qui lui permettrait d'optimiser son traitement.

Rhumatologiquement, il n'y a pas de contre-indication à une reprise totale à plein temps d'ici 3 à 4 mois.

Dans une activité adaptée, en aménageant des positions assises et debout, en diminuant les mouvements et porte-à-faux et le stress au niveau du travail, ainsi que le niveau de responsabilité, sa capacité de travail est entière.

Une reprise d'une activité professionnelle à visée thérapeutique permettrait d'éviter une cristallisation et une chronicisation de la symptomatologie douloureuse.

Réponse[s] aux questions:

1. Diagnostics:

Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent.

Cervico-brachialgies et lombalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

2. La CT [capacité de travail] peut-elle être améliorée?

Oui, en lui proposant une prise en charge balnéothérapeutique avec application de jet massage et associée à de l'eutonnie, tout en continuant la prise en charge médicamenteuse antalgiques, AINS, myorelaxante et tricyclique dans le but de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur.

3. Reprise du travail possible?

Oui, à 50 % et à augmenter de 10-20 % par mois ce qui lui permettrait de compléter la prise en charge physiothérapeutique.

Une reprise dans son ancienne activité professionnelle pourrait être une mesure thérapeutique dans le but de diminuer les risques de chronicisation et de cristallisation de la symptomatologie douloureuse.

4. CT dans une activité adaptée?

Dans une activité adaptée, en diminuant de manière répétitive les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier et port de charge de plus de 10 kg et au-dessus de l'horizontale à 100 %.

Le pronostic est probablement diminué par la diminution du seuil de déclenchement à la douleur et, à insérer dans un contexte psychologique sous-jacent modérément chargé."

Au terme d'un rapport médical du 1<sup>er</sup> avril 2011, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assurée depuis le 2 novembre 2010, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie (depuis l'automne 2009) et de trouble dépressif récurrent (F33.9) (depuis l'hiver 2007/2008). Ce spécialiste relevait une aggravation clinique générale ainsi qu'une mauvaise tolérance aux médicaments prescrits (Trazodone® 100 mg/j. et Prégabaline® 25 mg/j.) due aux interactions entre les divers traitements prodigués. Il évaluait l'incapacité de travail de l'assurée à 100 % depuis le 4 juin 2010. Le Dr A.\_\_\_\_\_ décrivait les limitations fonctionnelles suivantes: difficultés dans la gestion des émotions (labilité émotionnelle), difficultés liées aux tâches administratives (manque de concentration), difficultés dans les déplacements (douleur chronique), difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (douleur chronique), difficultés d'organisation du temps (altération du temps vécu [Minkowski]), difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, hypersensibilité au stress et apparition périodique de phases de décompensation (trouble dépressif récurrent allant en s'aggravant). Le Dr A.\_\_\_\_\_ indiquait pour terminer que l'exercice d'une activité professionnelle était encore possible à temps partiel.

Le 12 mai 2011, l'assureur perte de gain V.\_\_\_\_\_ SA a communiqué à l'OAI copie de son dossier médical de l'assurée. Il en ressortait en particulier la pièce médicale suivante:

- Un courrier ainsi qu'un rapport d'examen électroneuromyographique (ENMG) des 29 juin 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont il ressort l'absence de mise en évidence de récurrence de syndrome du tunnel carpien droit et gauche et de neuropathie cubitale droite.

Dans un rapport médical du 29 mai 2011, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin traitant, a mentionné l'existence d'affections invalidantes sur les plans rhumatologique et

psychiatrique et renvoyait l'Office AI aux indications posées par les spécialistes suivant sa patiente, à savoir les Drs L.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_.

A l'occasion d'un avis médical SMR (Service Médical Régional de l'AI) du 21 juillet 2011, les Drs W.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont résumé l'état de santé de l'assurée comme il suit:

"Cette assurée de 46 ans, mariée et mère de 3 enfants, a un CFC de vendeuse, mais travaille comme concierge à 60 %. Elle est en IT [incapacité de travail] depuis le 15.09.2010 pour fibromyalgie et dépression. Sur le plan rhumatologique, le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé par une expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ le 13.01.2011; L'expert atteste d'une CT de 100 % dans une activité ménageant le rachis et les épaules. Sur le plan psychiatrique, le Dr A.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, mentionne dans un très bref rapport un trouble dépressif récurrent qui se serait aggravé depuis 2009, avec une CT nulle. Dans ces conditions, il faut un examen clinique psychiatrique au SMR afin de clarifier l'intensité de l'état dépressif ainsi que la CT exigible dans une activité adaptée."

Au terme d'un rapport d'examen clinique psychiatrique du 19 octobre 2011 établi à la suite d'un examen de l'assurée effectué le 29 août 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, s'est notamment exprimé en ces termes sur le cas qui lui était soumis:

#### "DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Aucun.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ÉPISODE ACTUEL MOYEN SANS SYNDROME SOMATIQUE F33.10.

- TROUBLE PANIQUE F41.0.

#### APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit donc d'une assurée de 46 ans, mariée et mère de trois enfants, titulaire d'un CFC de vendeuse, mais qui a toute sa vie travaillé dans le nettoyage et la conciergerie. Elle est en incapacité de travail depuis le 15.09.2010, pour fibromyalgie et dépression. Sur le plan rhumatologique, le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son expertise du 13.01.2011. Ce médecin précise que « l'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique ». Il estime alors la capacité de travail dans son activité de concierge de 50%, avec une

augmentation de 20% par mois pour arriver à 100% en 3 à 4 mois. Pour cet expert, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100%.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée a fait un premier épisode dépressif en 1996, suite au décès accidentel de sa belle-soeur. Elle a alors consulté trois fois un médecin psychiatre, mais n'a pris aucune médication psychotrope. Plus récemment, sur le conseil de son médecin traitant, elle a consulté le Dr A. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre, la 1<sup>ère</sup> fois le 02.11.2010. Les consultations ont lieu une fois par mois, et l'assurée voit parallèlement une psychologue, Madame S. \_\_\_\_\_ tous les 15 jours. Une médication anxiolytique et antidépressive a été prescrite, au départ Trittico® et Lyrica® jusqu'en mai 2011, et depuis Edronax®, Seresta® et Zolpidem®.

L'examen psychiatrique de ce jour objective un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne sans syndrome somatique. Il existe en effet un abaissement de l'humeur d'intensité moyenne, ainsi qu'une réduction de l'énergie avec augmentation de la fatigabilité. Il n'y a par contre pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, comme nous l'avons vu dans la vie quotidienne l'assurée adore les séries américaines, elle aime s'occuper de ses animaux et de ses plantes. Deux critères majeurs de la dépression sont donc présents sur trois. Les critères mineurs de la dépression présents sont au nombre de trois: diminution de la confiance en soi, sentiment de culpabilité et diminution de l'appétit. Il n'existe par contre pas de trouble de la concentration ou de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir, pas d'idéation suicidaire, ni de perturbation du sommeil d'origine dépressive. Trois symptômes du syndrome somatique de la dépression sont présents: perte marquée de l'appétit, perte de poids significative, diminution marquée de la libido. En l'absence d'au moins 4 symptômes somatiques de la dépression, le syndrome somatique n'est pas retenu.

L'examen de la lignée anxieuse objective un trouble panique d'intensité légère. La fréquence des crises d'anxiété aiguë est actuellement d'une par mois, et ni la durée ni l'intensité de ces crises ne justifient un diagnostic incapacitant.

En présence d'une fibromyalgie confirmée, les critères de sévérité doivent être discutés. Comme nous l'avons vu, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, les critères de sévérité ne sont pas réunis: si l'on peut considérer l'affection comme permanente et sans rémission durable, et que le traitement de cette affection a jusqu'ici échoué, il est encore trop tôt pour affirmer que l'état psychique de l'assurée est cristallisé, la prise en charge spécialisée remontant à moins d'un an (novembre 2010). Enfin, comme nous l'avons vu, il n'y a pas de retrait social dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée ayant une famille, des copines, et au moins une de ses belles-soeurs dont elle se dit très proche. Les critères de sévérité ne sont donc pas remplis, et l'affection présentée par l'assurée n'est donc pas du ressort de l'Al.

L'assurée déclare qu'elle veut arrêter son activité de nettoyage car ses douleurs ne le lui permettent plus. Elle ne sait pas du tout vers quel type d'activité professionnelle elle pourrait se tourner.

Limitations fonctionnelles

En l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?  
Sur le plan psychiatrique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?  
Sur le plan psychiatrique, sans objet.

#### CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100%  
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% DEPUIS LE : DÉBUT DE LA VIE LUCRATIVE."

Dans un rapport SMR du 25 octobre 2011, suivant en ce sens les conclusions de l'examen clinique psychiatrique précité, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de cervicalgies et lombalgies chroniques ainsi que de scapulalgies chroniques bilatérales. Les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI consistaient en de la fibromyalgie, un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen sans syndrome somatique) et un trouble panique d'intensité légère. Ce médecin du SMR considérait que l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis le 15 septembre 2010 mais qu'elle conservait une capacité de travail exigible à 50 % en tant que concierge depuis janvier 2011 et de 100 % dans l'exercice d'une activité adaptée ménageant le rachis et les épaules (soit sans travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, sans port de charges supérieures à 5 kg et sans alternance des positions), depuis toujours.

Le 16 novembre 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'après examen de son droit au placement, les conditions en étant remplies, il lui allouait l'octroi d'une orientation professionnelle ainsi qu'un soutien dans ses recherches d'emploi fournis par son service de placement.

Le 1<sup>er</sup> mars 2012, l'enquêtrice E.\_\_\_\_\_ de l'OAI s'est entretenue avec l'assurée en présence du mari de celle-ci. Selon un rapport d'enquête économique sur le ménage du 5 mars 2012, le statut de l'intéressée était 66 % active et 34 % ménagère. Après examen, il en découlait une invalidité totale de 29,6 % de l'assurée dans

l'accomplissement de ses travaux ménagers, soit un degré d'invalidité de 10,06 % dans le statut de ménagère à 34 % ( $[29,6 \% \times 34] / 100$ ). Au terme de son rapport l'enquêtrice indiquait qu'aux dires de l'assurée, une réinsertion professionnelle n'était pas possible motif pris que le seul travail dans lequel elle était à l'aise était celui de concierge.

Par projet de décision du 12 mars 2012, l'Office AI a refusé le droit à la rente à l'assurée. Ses constatations étaient les suivantes:

"Résultat de nos constatations:

Depuis le 15 septembre 2010 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail et de gain est notablement restreinte.

Selon nos observations, vous continuez à exercer votre activité de concierge à 66 % sans problèmes de santé. Les 34 % restants correspondent à vos travaux habituels.

Selon l'enquête ménagère qui a eu lieu à votre domicile en date du 1<sup>er</sup> mars 2012, l'empêchement dans la tenue de votre ménage est de 29.6 %, ce qui donne un degré d'invalidité de 10.06 % pour la part ménagère.

Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, votre capacité de travail est de 50 % dans votre activité habituelle mais entière dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de charges de plus de 5 kg, alternance des positions.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé, soit CHF 34'705.20 comme concierge à 66 %, pour 2011, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 ( $CHF\ 4'116.00 \times 41,6 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2011 (+ 2.10 % + 0.80 % + 1.33 %); La Vie économique,

tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 53'569.09 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).  
[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel s'élève ainsi à CHF 48'212.18 pour un taux de 100 %. Votre revenu d'invalidé, pour un taux d'activité à 66 % pour l'année 2011, s'élève donc à CHF 31'820.00.

Comparaison des revenus:

sans invalidité	CHF	34'705.20
avec invalidité	CHF	31'820.00
la perte de gain s'élève à	CHF	2'885.20 = invalidité de 8.31 %

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	66 %	8.31 %	5.48 %
Ménagère	34 %	29.6 %	10.06 %
Degré d'invalidité			15.54 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

En outre, nous précisons que le droit à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement existe, si compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20 % au moins.

Durant l'exercice d'une activité adaptée à votre situation, vous pourriez réaliser un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20 % (le degré d'invalidité déterminé est de 16 %), de sorte que le droit au reclassement ne vous est pas ouvert."

Le 3 avril 2012, l'Office AI a informé l'assurée qu'il suspendait la mesure d'aide au placement accordée, constatant qu'elle avait clairement indiqué que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager la reprise d'une quelconque activité.

Selon courrier du 12 juin 2012 de son conseil, CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, l'assurée a fait part de ses observations sur le projet de décision de refus de rente du 12 mars 2012. Se basant sur les avis des Drs L.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, elle soutenait l'existence d'une aggravation de son état de santé nécessitant la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Dans un avis médical SMR du 25 juin 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit s'agissant des remarques formulées par l'assurée en lien avec le refus de son droit à la rente:

"Assurée de 48 ans, mariée, tient une conciergerie à temps partiel depuis 1997.

Aucune hospitalisation en milieu somatique ces 10 dernières années, aucun séjour en milieu psychiatrique. L'assurée consulte son psychiatre une fois par mois.

Le rapport d'examen SMR se base sur le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 17 mars 2011. Ce rhumatologue nous communique une expertise rhumatologique mise en place à la demande de l'APG. Le SMR a retenu les conclusions assécurologiques de l'expertise K.\_\_\_\_\_. Il n'y a pas de fait nouveau ou d'aggravation depuis. Il n'y a pas non plus de nouvelles pièces médicales versées au dossier.

L'examen psychiatrique réalisé au SMR est convaincant. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique majeure active. Il n'y a pas non plus de fait nouveau rapporté par un médecin depuis.

Le SMR a pris en compte la fibromyalgie et les conséquences de troubles dégénératifs ostéoarticulaires dans son appréciation de la CT en retenant des LF [limitations fonctionnelles] généreuses. Le psychiatre SMR dans son examen décrit une vie sociale et familiale maintenue depuis le début des problèmes de santé et des vacances en Italie dans la famille en 2011. C'est donc à la lumière des critères de la jurisprudence du TFA [Tribunal fédéral des assurances] en matière de TSD/fibromyalgie qu'il s'est prononcé. L'avocat annonce en page 2 que le questionnaire FIQ relatif à la fibromyalgie serait «hautement pathologique» ce que nous ne contestons pas, mais qui n'est pas de nature à démontrer une aggravation des empêchements depuis la prise de position du SMR. Nous maintenons notre position."

Par décision du 28 juin 2012, l'Office AI a refusé le droit à la rente en confirmant l'intégralité de son projet de décision rendu le 12 mars 2012. Au terme d'un courrier d'accompagnement daté du même jour et faisant partie intégrante de sa décision de refus, l'OAI a précisé au conseil de l'assurée que la contestation de cette dernière n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

**B.** Le 30 août 2012, X.\_\_\_\_\_, représentée par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal contre la décision de refus de rente précitée. Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour

complément d'instruction puis nouvelle décision. La recourante requiert à ce titre la réalisation d'une expertise interdisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès d'un expert indépendant. Elle soutient en substance d'une part que dans son cas l'affection de fibromyalgie est avérée, reconnue et sans rémission durable et d'autre part, que de l'avis de ses médecins traitants son état de santé s'aggrave de sorte que l'incapacité de travail totale persiste. A la suivre, le rapport d'examen SMR du 19 octobre 2011 ne satisfait pas aux critères jurisprudentiels applicables pour apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie dont elle est atteinte, sa situation médicale étant en outre influencée par "l'existence de nombreuses autres atteintes à la santé plus ou moins importantes". En annexe à son écriture, la recourante produit les pièces et documents médicaux suivants:

- Une lettre du 30 septembre 2011 adressée par le Dr M. \_\_\_\_\_ à son confrère le Dr G. \_\_\_\_\_ et dont le contenu est le suivant:

"J'ai revu sur ta demande la patiente susmentionnée à ma consultation le 30 septembre 2011.

L'IRM cervicale n'a montré qu'une discopathie prédominante en C4-C5 et C5-C6 sans hernie discale.

La patiente se plaint de longue date d'épisodes de céphalées aux deux tempes, intenses et pulsatiles avec vertiges, nausées et phonophobie. La patiente a pris de la Novalgin puis du Méfénacide et du Dafalgan qui sont devenus inefficaces. Depuis deux mois, les céphalées sont quotidiennes. Par ailleurs, elle prend de l'Edronax, du Seresta et du Zolpidem.

La patiente signale par ailleurs une perte pondérale et une diminution du goût sans trouble de l'olfaction.

L'examen neurologique est normal. A noter que les mouvements cervicaux sont douloureux dans toutes les directions.

Le tableau clinique évoque une probable migraine chronique. Il est possible qu'il se surajoute une céphalée sur abus médicamenteux.

Je propose si cela est réalisable de remplacer l'Edronax par du Saroten Retard. En cas d'échec, je recommanderais de demander un Ct-scan cérébral bien qu'un processus extensif intracrânien me semble très peu probable."

- Une attestation médicale établie le 3 avril 2012 par le Dr A.\_\_\_\_\_ à la demande de l'intéressée et libellée en ces termes:

"Je soussigné, Dr A.\_\_\_\_\_, atteste suivre au Centre Médico-chirurgical du [...] depuis le 2 novembre 2010, Mme X.\_\_\_\_\_, née le 01.11.1964, domiciliée [...] 20, [...].

Pour Mme X.\_\_\_\_\_ on doit retenir un diagnostic de fibromyalgie (Dr L.\_\_\_\_\_), de trouble dépressif récurrent ainsi que de trouble somatoforme, indifférencié.

J'ai fait chez cette patiente le constat, dès le début de mon observation, d'une situation clinique invalidante du point de vue de la capacité de travail, et ceci pour des raisons à la fois psychiatriques et rhumatologiques. Il y a pas eu d'évolution appréciable tout au long de ces deux dernières années.

Finalement, Mme X.\_\_\_\_\_ m'a transmis le 30 mars dernier la copie de l'examen clinique psychiatrique auquel elle s'est soumise le 29 août 2011 auprès du SMR.

Je lui ferai parvenir dans la prochaine période mes commentaires concernant ladite évaluation."

- Un certificat médical établi le 11 avril 2012 par le Dr L.\_\_\_\_\_ à la demande de la recourante à la teneur suivante:

"Le médecin sous-signé certifie qu'il suit Mme X.\_\_\_\_\_ comme rhumatologue depuis plus d'une année. Mme X.\_\_\_\_\_ est en plus suivie par son médecin généraliste, le Dr A.\_\_\_\_\_, psychiatre à la clinique du [...], [...], ainsi que Mme S.\_\_\_\_\_, psychologue. Mme X.\_\_\_\_\_ a progressé avec la psychothérapie, mais ses douleurs ainsi que son handicap fonctionnel restent hélas inchangés malgré une bonne prise en charge multidisciplinaire. Elle n'a pas eu de prise en charge hospitalière adéquate, car elle ne remplit pas les critères pour une réhabilitation dans l'unité rachis du CHUV, le canton de Vaud n'a plus de clinique rhumatologique.

En raison de ses problèmes chroniques, l'incapacité de travail demeure entière = 100 %, pour une durée indéterminée."

- Un courrier du 15 mai 2012 adressé par le Dr A.\_\_\_\_\_ au conseil de la recourante et à la teneur suivante:

"La situation de la patiente s'est aggravée dans la période successive à l'évaluation psychiatrique du SMR-VAUD (qui date du 29 août 2011), notamment en ce qui concerne le retrait social. Par ailleurs, les troubles du sommeil dont Mme X.\_\_\_\_\_ souffre et que personne ne conteste, sont - à mon sens - à mettre en lien avec sa fibromyalgie (et donc la douleur chronique, cf. avis du Dr L.\_\_\_\_\_) mais également avec sa problématique dépressive. Encore, en ce qui concerne la gravité de sa dépression, je pense que le versant anxieux que le confrère-expert de l'AI a bien mis en exergue en

évoquant un diagnostic de trouble de panique, relève, du moins en partie, du trouble dépressif également. En particulier, il faut retenir que chez cette patiente la perte de l'estime de soi et le sentiment (grandissant) d'insécurité forment le terrain prédisposant pour les manifestations de type crise d'angoisse et/ou de panique. Perte de personne avec des traits de la personnalité rigides et perfectionnistes (comme c'est d'ailleurs typiquement le cas pour les patients fibromyalgiques). Sur la base des éléments que je viens de mentionner, j'estime que le trouble dépressif dont Mme X. \_\_\_\_\_ est atteinte est actuellement invalidant en ce qui concerne sa capacité de travail.

Enfin, je vous signale que la prise en charge spécialisée psychiatrique pour cette patiente, ici au Centre Médico-Chirurgical du [...], a débuté le 22 février 2010 avec mon confrère Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Ce collègue a mis à l'époque Mme X. \_\_\_\_\_ sous traitement psychopharmacologique; il l'a également confiée à Mme S. \_\_\_\_\_ (psychologue FSP), pour un suivi psychologique qui est toujours en cours."

- Un courrier du 29 mai 2012 du Dr L. \_\_\_\_\_ au conseil de la recourante libellé comme il suit:

"Je suis depuis plus d'une année Madame X. \_\_\_\_\_ pour ses douleurs étendues chroniques. Elle présente clairement le diagnostic d'un syndrome de fibromyalgie selon les anciens critères ACR [American college of rheumatology] et les nouveaux critères ACR présentés en 2010. Ce syndrome est accompagné chez elle par un état dépressif chronique suivi par notre psychiatre le docteur A. \_\_\_\_\_ et son équipe de psychothérapie à [...], Renens, et par des troubles neuropsychologiques évidents affectant la patiente dans n'importe quelles activités quotidiennes. Elle a le seuil de la douleur extrêmement abaissé, je lui traite des problèmes de genoux par physiothérapie (aggravation de la symptomatologie) et le syndrome d'une tendinite de l'épaule par infiltration (augmentation des douleurs). Le FIQ (fibromyalgia impact questionnaire) est hautement pathologique chez cette patiente et montre un handicap majeur, ce qui explique pourquoi elle ne peut plus exercer de profession et elle a même besoin de l'aide de ses proches pour son ménage. Avec le syndrome de fibromyalgie et une dépression chronique nous nous trouvons dans une zone grise entre syndrome de fibromyalgie et troubles somatoformes douloureux.

Incapacité de travail: à 100 % pour une durée indéterminée.

Le mauvais FIQ témoigne d'une aggravation de la situation depuis 1 année. Pour tous renseignements psychiatriques, veuillez vous adresser au docteur A. \_\_\_\_\_."

Par réponse du 24 octobre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il produit un avis médical

SMR du Dr T.\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2012 se prononçant sur les éléments médicaux avancés par la recourante et dont la teneur est la suivante:

"Dans son courrier du 3 avril 2012 le Dr A.\_\_\_\_\_ écrit «Il n'y a pas eu d'évolution appréciable tout au long de ces 2 dernières années».

Dans son certificat du 11 avril 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_, estime que l'assuré «a progressé avec la psychothérapie» mais que les douleurs ainsi que le handicap fonctionnel restent inchangés. Il ne décrit donc aucune aggravation depuis les expertises rhumatologiques et psychiatriques, bien au contraire.

Dans son courrier à la protection juridique de sa cliente en date du 15 mai 2012, le Dr A.\_\_\_\_\_ ne décrit ni aggravation sur le plan médical, ni fait nouveau; les problèmes médicaux sont les mêmes que ceux annoncés antérieurement. Contrairement à ce qu'écrit l'avocat de l'assurée au point 10 page 4 de son recours du 30 août 2012, il n'est pas fait mention de retrait social. Ce courrier n'est donc pas de nature à influencer notre position.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ confirme le 29 mai 2012, que sa patiente souffre bien de fibromyalgie et d'un état dépressif chronique qui est suivi régulièrement sur le plan psychiatrique. La tendinite de l'épaule a été prise en compte par le SMR dans son rapport du 26 octobre 2011 et justifie les LF somatiques dudit rapport. Le Dr L.\_\_\_\_\_ l'a traité par infiltration et physiothérapie. Le score FIQ est qualifié de hautement pathologique ce qui n'est pas nié, mais ne démontre par une aggravation de l'état de santé de cette assurée de 48 ans.

Le courrier du Dr M.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2011 évoque des céphalées et/ou une maladie migraineuse. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail.

L'enquête ménagère basée sur les déclarations de l'assurée établit que pour les courses du ménage, l'assurée sort accompagnée de son mari qui gère le port des charges et qu'en cas de petites courses manquantes, elle sort en se déplaçant avec sa voiture.

La situation est inchangée depuis notre dernier avis. Nous maintenons notre position."

Au terme de sa réplique du 15 novembre 2012, la recourante indique maintenir "in extenso" les conclusions prises à l'appui de son acte du 30 août 2012.

Par duplique du 3 décembre 2012, l'intimé confirme ses conclusions et rappelle que la recourante a également été examinée par un spécialiste en rhumatologie, le Dr K.\_\_\_\_\_.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales 2012 (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), contre la décision rendue le 28 juin 2012 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation

judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante compte tenu de son état de santé, et partant, son droit éventuel à la rente.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Selon 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, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni

d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée. 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; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C\_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

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. 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 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43, 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 et 8C\_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2).

**d)** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la

manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité 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 doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences 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, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

**e)** Selon le Tribunal fédéral, il se justifie d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), qui a été précisé par la suite (ATF 131 V 49), le Tribunal fédéral a établi que les troubles douloureux somatoformes, respectivement la fibromyalgie, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Il existe une présomption que ces problèmes de santé ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la personne assurée. Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. A cet égard, il faut retenir notamment au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires

conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière

suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et la référence).

**4. a)** Sur le plan rhumatologique, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé, le 17 mars 2011, le diagnostic invalidant de fibromyalgie (versus troubles somatoformes douloureux) et observait une aggravation de cette atteinte à la santé depuis le début 2009. Ce spécialiste et médecin traitant considérait que la recourante se trouvait en incapacité de travail à 100 % depuis le 22 septembre 2010. Il ne se déterminait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il notait toutefois que l'incapacité de travail totale découlait principalement de sa situation psychique. Le 13 janvier 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_, également rhumatologue, a constaté que si l'assurée présentait effectivement une affection de type fibromyalgie, cette dernière conservait néanmoins une capacité de travail à 50 % dans son activité de concierge et présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier et port de charges supérieures à 10 kg et au-dessus de l'horizontale). A l'appui de ses conclusions, il constatait une certaine discordance entre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, l'impotence fonctionnelle telle que décrite dans son activité professionnelle et dans les activités de la vie quotidienne et les examens cliniques effectués à ce jour. Il notait que l'impotence fonctionnelle résidait essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique, probablement expliqué par la diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il en résultait que si sur le plan somatique la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, une expertise psychiatrique était nécessaire.

**b)** S'agissant du diagnostic invalidant de trouble dépressif récurrent (F33.9) posé par le Dr A. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, lequel était d'avis que l'assurée présentait une incapacité de travail à 100 % dès le 4 juin 2010 en précisant cependant que l'exercice d'une activité professionnelle lui semblait encore possible à temps partiel, un tel diagnostic n'a pas été retenu par le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR. Ce dernier a mis en évidence chez la recourante, un trouble dépressif récurrent d'intensité

moyenne sans syndrome somatique (F33.10) ainsi qu'un trouble panique d'intensité légère (F41.0). Dans le corps de son rapport d'examen, le Dr Q.\_\_\_\_\_ décrit en substance un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne sans syndrome somatique (deux critères de la dépression étant présents sur trois et trois critères mineurs sur sept le sont aussi). Il appert ainsi que cet état dépressif ne présente toutefois pas un degré de sévérité suffisant pour se voir reconnaître un effet invalidant sur la capacité de travail de l'assurée. Quant au trouble panique, il est d'intensité légère et ne saurait empêcher la recourante de mener une vie professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, en présence d'un diagnostic de fibromyalgie confirmé par deux médecins rhumatologues, c'est en adéquation avec la jurisprudence applicable (cf. consid. 3e supra) qu'à l'occasion de son examen de la recourante le Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatre, s'est chargé d'examiner si les critères de sévérité permettant d'en apprécier le caractère invalidant étaient remplis en l'espèce. Au terme de son analyse, ce psychiatre a retenu que les critères de sévérité n'étaient pas remplis, de sorte que la fibromyalgie mise en évidence n'entraînait pas une limitation de longue durée de la capacité de travail de l'assurée et qu'elle n'était pas du ressort de l'AI. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a ainsi exclu que la recourante souffre d'une comorbidité psychiatrique manifeste; examinant les critères de sévérité, il a estimé que le critère de gravité n'était pas réuni et a noté que si l'on pouvait considérer l'affection comme permanente et sans rémission durable, et que le traitement entrepris avait jusqu'alors échoué, il était encore trop tôt pour affirmer que l'état psychique de l'assurée était cristallisé, la prise en charge remontant à moins d'un an (novembre 2010). De plus, il n'y avait pas de retrait social dans toutes les manifestations de la vie (la recourante ayant une famille, des copines et au moins une de ses belles-sœurs dont elle se disait proche), de sorte que les critères déterminants pour admettre une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi n'étaient pas remplis en l'espèce. A l'aune de ces constatations, le Dr W.\_\_\_\_\_ et par la suite l'intimé retiennent que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

**c)** Se référant aux différents certificats ou attestations médicales fournis à sa demande par ses médecins traitants (les Drs L.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_), la recourante soutient l'existence d'une aggravation de son état de santé ce que l'office intimé réfute.

A teneur de son certificat du 3 avril 2012, le Dr A.\_\_\_\_\_ relève en particulier l'absence d'évolution appréciable de sa patiente au long des deux dernières années. Il n'est par conséquent pas possible de déduire de ces indications, une amélioration, en l'occurrence une péjoration, de l'état de santé psychique de la recourante. Un tel constat s'impose d'autant plus que depuis 2010, l'assurée suit un traitement pour ses maux. Dans son courrier du 15 mai 2012, le Dr A.\_\_\_\_\_ fait ainsi uniquement part de son appréciation personnelle - et distincte de celle du Dr Q.\_\_\_\_\_ - de l'état de santé de sa patiente, sans pour autant disposer d'éléments médicaux nouveaux probants de nature à étayer ses affirmations. Or vu la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire (cf. consid. 3c supra).

Concernant les affections somatiques alléguées par le Dr L.\_\_\_\_\_ au terme de son courrier du 29 mai 2012, on doit constater avec le Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen du 19 octobre 2011 en tiennent compte dans la mesure où l'examen de ce psychiatre fait référence aux pièces médicales à sa disposition et en particulier l'expertise rhumatologique de janvier 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_, lequel avait alors déjà retenu les limitations fonctionnelles évoquées par le Dr L.\_\_\_\_\_, lesquelles limitations ont par ailleurs dûment été prises en compte par le Dr W.\_\_\_\_\_ et par la suite dans la décision litigieuse (pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de charges de plus de 5 kg, alternance des positions). Il est rappelé que la tendinite de l'épaule a fait l'objet d'un traitement par infiltration et physiothérapie

par le Dr L.\_\_\_\_\_. De plus, dans l'accomplissement de ses tâches ménagères (emplettes et courses diverses), l'assurée a déclaré à l'enquêtrice de l'OAI que depuis l'atteinte à sa santé, elle est accompagnée de son mari qui gère le port de charges et que les petites courses manquantes sont effectuées par elle-même au moyen de sa voiture (cf. P. 5 du rapport d'enquête économique sur le ménage de l'OAI du 5 mars 2012). Concernant le FIQ (fibromyalgia impact questionnaire), s'il est admis qu'il est certes hautement pathologique (cf. avis médical SMR du 18 octobre 2012 du Dr T.\_\_\_\_\_), il n'est pas pour autant possible d'en déduire la preuve d'une aggravation de l'état de santé de la recourante.

Pour terminer, le Dr M.\_\_\_\_\_ mentionne uniquement un tableau clinique évoquant une "probable migraine chronique" à laquelle pourrait se surajouter une céphalée sur abus médicamenteux (cf. lettre du 30 septembre 2011 du Dr M.\_\_\_\_\_ adressée à son confrère le Dr G.\_\_\_\_\_). Le Dr M.\_\_\_\_\_ ne prend toutefois pas position quant à l'influence éventuelle de ces troubles hypothétiques sur la capacité de travail de la recourante. Dans cette mesure, ce courrier ne satisfait pas les réquisits pour se voir attribuer valeur probante (cf. consid. 3c supra) et n'est pas de nature à rediscuter le bien fondé de l'appréciation de l'état de santé de l'assurée ressortant de la décision attaquée.

**d)** Quoiqu'en pense la recourante, l'examen psychiatrique SMR du Dr Q.\_\_\_\_\_ brosse, en effet, une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes émises par l'assurée, se base sur les avis médicaux au dossier ainsi que sur un examen clinique de la recourante. Ses conclusions, fruit de l'analyse d'un psychiatre, sont claires, dûment étayées et exemptes de contradictions, de sorte que le rapport d'examen psychiatrique SMR du 10 octobre 2011 emporte valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus.

Ainsi, on retient sur la base du dossier que les atteintes à la santé rhumatologiques et psychiatriques affectant la recourante ont pour incidence que cette dernière présente une incapacité de travail à 100 %

depuis le 15 septembre 2010 mais que depuis janvier 2011, elle bénéficie d'une capacité de travail résiduelle de 50 % comme concierge avec une augmentation de 20 % par mois pour arriver à 100 % en 3 à 4 mois (cf. P. 4 du rapport d'expertise du 13 janvier 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_ et rapport SMR du 25 octobre 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_) et de 100 % depuis toujours dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne retenues (cf. P. 4 du rapport d'expertise du 13 janvier 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_, P. 5 du rapport d'examen clinique psychiatrique du 19 octobre 2011 du Dr Q.\_\_\_\_\_ et rapport SMR du 25 octobre 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_).

**e)** Il ressort de ce qui précède que les documents médicaux au dossier sont suffisants pour statuer. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a notamment tenu compte dans sa décision de l'examen psychiatrique SMR. C'est ainsi en vain que la recourante reproche à l'office intimé un défaut d'instruction sur ce point.

**f)** Le statut de l'assurée d'active à 66 % et de ménagère à 34 % tel qu'arrêté au terme du rapport d'enquête économique sur le ménage réalisé à son domicile n'est pas contesté en l'occurrence. Ainsi depuis janvier 2011 en raison de ses affections, la recourante n'est plus apte sur le plan médical à poursuivre l'exercice, à 66 %, de son activité habituelle de concierge mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. C'est ainsi à bon droit que pour la comparaison des revenus raisonnablement exigible, s'agissant en particulier du calcul du revenu d'invalidé, l'OAI s'en est référé aux données statistiques de l'ESS. Vérifiés d'office, les calculs exposés dans la décision litigieuse s'avèrent exacts et doivent ainsi être confirmés. Il en résulte que la recourante présente effectivement un préjudice économique correspondant à un taux d'invalidité de 15,54 % insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 3a supra).

**5. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée sans instruction complémentaire.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours déposé le 30 août 2012 par X.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :