

## VD\_FINDINFO AI 593/09 - 459/2010 vom 24. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_593\\_09\\_-\\_459\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_593_09_-_459_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 593/09 - 459/2010 du 24 novembre 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 593/09 - 459/2010 del 24 novembre 2010

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, ENQUÊTE PROFESSIONNELLE, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 93 al. 1 let. a LPA-VD

### Erwägungen

#### E. 24

novembre 2010 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Jomini Juges  
: MM. Pittet et Zbinden Greffier : M. Laurent \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
O. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Catherine Jaccottet Tissot, avocate à  
Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.  
\_\_\_\_\_ Art. 7, 8 al. 1 LPGA; 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD E n f a i  
t : A. O. \_\_\_\_\_, de nationalité suisse et italienne, est née le 11 février 1964. Mariée, elle  
est mère de deux enfants majeurs. Elle a suivi la scolarité primaire et secondaire. Elle n'a  
effectué aucune formation professionnelle. Du mois de juin 1989 au mois de mai 2007, elle  
a travaillé en qualité d'intendante dans une maison de maître, près de Vevey. B. a) Le 28  
janvier 2008, O. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité  
(ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué qu'elle souffrait de  
spondylarthrite et de douleurs diffuses. b) Dans une lettre du 26 janvier 2008 au Service de  
rhumatologie de l'hôpital R. \_\_\_\_\_, le Département d'Imagerie Médicale et Médecine  
Nucléaire de l'hôpital Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait procédé à une scintigraphie osseuse  
3 phases, le 8 janvier précédent. Il a conclu comme suit : "Cet examen démontre une  
captation augmentée de l'ensemble du sternum, d'origine indéterminée. Signes en faveur  
d'une scario-iliite plus marquée à gauche. Quelques discrètes hyperactivités sur les grosses  
articulations, notamment les genoux et les régions médio-tarsiennes (notamment à gauche)  
pourraient traduire des signes d'arthropathie évolutive, modérés." c) Selon le questionnaire  
pour l'employeur adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud  
(ci-après : OAI) le 18 février 2008, l'assurée assumait, en qualité d'intendante, des travaux  
de cuisine et d'entretien général dans une maison de maître. Elle travaillait à concurrence de  
6 heures par jour. d) Le 18 février 2008, l'assurée a rempli un complément à la demande de  
prestations de l'AI. Elle a indiqué qu'elle travaillerait à 70 % en qualité d'intendante si elle  
était en bonne santé, pour des raisons financières. C. A la demande de son assurance perte  
de gain maladie T. \_\_\_\_\_, O. \_\_\_\_\_ s'est soumise à une expertise, qui a été confiée  
au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a rendu  
son rapport, cosigné par la psychologue B. \_\_\_\_\_, le 11 janvier 2008, après avoir eu un  
entretien avec l'assurée le 4 décembre 2007. Les experts ont procédé à l'anamnèse de  
l'expertisée et relaté les plaintes subjectives de celle-ci, soit une symptomatologie  
douloureuse, ubiquitaire et mal systématisable. Ils ont effectué la synthèse des tests

psychométriques en précisant que l'assurée les avait effectués dans un temps normal et qu'il existait une concordance moyenne entre les différents tests, en particulier les hétéro- et auto-évaluations. Le test évaluant les symptômes anxieux s'était avéré normal. Les résultats allaient dans le sens d'une certaine psychorigidité et d'une faible prise de conscience. Les experts ont posé les diagnostics, selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (4<sup>e</sup> éd. 2001; ci-après : DSM-IV-TR), de trouble somatoforme indifférencié léger, qui correspondait à la fibromyalgie, et de traits de personnalité dépendante. Ces derniers ne constituaient pas un trouble majeur de la personnalité. Mise à part une certaine émotivité, il n'y avait pas d'argument majeur en faveur d'un trouble dépressif, d'une dysthymie, d'un trouble anxieux spécifique ou de tout autre pathologie psychiatrique. Selon les experts, la capacité de travail de l'assurée était entière, en l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme. Les experts ont considéré qu'il convenait de ne pas multiplier les examens exploratoires et les traitements médicamenteux, en raison d'un important risque de chronicisation et de iatrogenèse; à défaut, cela pouvait entraîner l'expertisée à s'installer dans un état subjectif de malade. Ils ont précisé que l'assurée était très fragile émotionnellement, comme toutes les personnes atteintes des mêmes affections mais qu'un traitement approprié permettrait de maintenir la capacité de travail, surtout dans la mesure où il s'agissait d'éviter une tendance à la régression et à la fixation dans l'identité de malade et de futur invalide. Pour les experts, une reprise du travail était possible dès le jour de l'expertise et ils ont admis l'existence d'une capacité de travail "supérieure ou égale à 80 %" dès le 3 septembre 2009. D. a) Selon un "Rapport d'évaluation/Procès-verbal d'entretien" du 25 février 2008, l'assurée se plaignait d'être engourdie et fatiguée et ne voyait aucune amélioration de son état de santé depuis l'interruption de son activité professionnelle, dont la reprise n'était pas prévue. Elle estimait qu'elle ne pouvait recommencer à travailler en raison d'un manque de force et de douleurs permanentes. Le conseiller qui a procédé à l'entretien a relevé que l'assurée demeurait très centrée sur son état de santé et que sa motivation pour une éventuelle réinsertion professionnelle était faible. b) Dans un rapport médical du 11 avril 2008, le Prof. Z. \_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie de l'hôpital R. \_\_\_\_\_, a indiqué qu'il avait examiné l'assurée le 10 avril précédent. Il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie depuis 2006; en revanche, la suspicion de spondylarthropathie HLA-B27 s'était avérée négative. Les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail étaient ceux de status après cure de hernie discale depuis le mois de février 2003 et de lombalgie chronique. Il a indiqué que sa patiente était en incapacité de travail totale depuis le 29 octobre 2007. Le Prof. Z. \_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé d'O. \_\_\_\_\_ s'aggravait. Selon lui, il était possible que la capacité de travail puisse être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées. Ce médecin a considéré que l'activité d'intendante exercée précédemment était encore exigible, à concurrence de 4 heures par jour, avec une diminution de rendement de 50 %. On pouvait en outre demander à l'assurée d'effectuer une autre activité manuelle légère dans une position assise, durant 4 heures par jour, en faisant attention aux mouvements répétitifs; dans un tel cadre, il n'existait pas de diminution de rendement. Le Prof. Z. \_\_\_\_\_ a encore indiqué ce qui suit, sous la rubrique "Thérapie/Pronostic" : "Au départ un diagnostic de fibromyalgie a été posé sur le plan clinique. Par la suite la persistance des symptômes et la localisation atypique des douleurs ont motivé la scintigraphie osseuse qui montrait des captations associées à une spondylarthropathie. Néanmoins les autres éléments cliniques ne sont pas en faveur de ce diagnostic (absence d'HLA-B27, absence de syndrome inflammatoire) et pour ces raisons

une tentative de traitement par Salazopyrine a été conduite pendant 2 mois sans effets cliniques. Je retiens donc un diagnostic de fibromyalgie comme plainte principale avec suspicion de spondylarthropathie comme diagnostic secondaire. Le pronostic est réservé en raison de la persistance des symptômes et de son incapacité de travail." c) Dans un avis du 17 juin 2008 du Service médical régional AI (ci-après : SMR), le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit : "Cette situation est inconfortable. Il s'agit d'une assurée plaintive, qui ne présente aucune comorbidité psychiatrique, mais certaines constatations objectives ainsi que le résultat de la scintigraphie font craindre la présence d'une maladie rhumatismale inflammatoire. A l'heure actuelle, il n'est pas possible de confirmer la présence d'une telle maladie, mais il n'est pas rare que de telles affections évoluent lentement, provoquent des symptômes, mais ne sont formellement identifiables que lorsque les critères diagnostics sont remplis (apparition d'un syndrome inflammatoire, positivation de la sérologie HLA-B27, signes cliniques manifestes). Cette assurée pourrait se trouver dans cette zone intermédiaire, et il faut rester attentif à l'évolution. Sur le plan de la capacité de travail : Le 50 % attesté par le Prof. Z.\_\_\_\_\_ n'est pas compréhensible comme tel, à plus forte raison que ce taux est encore grevé d'une diminution de rendement de 50 % dans l'activité habituelle. Jusqu'à preuve du contraire seule la fibromyalgie peut être retenue comme affection invalidante, et en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante, la fibromyalgie n'est pas prise en compte par l'AI comme affection justifiant une diminution si substantielle de la capacité de travail. Nos rhumatologues admettent dans des cas similaires, en présence d'éléments faisant suspecter une affection rhumatismale débutante ou latente, une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30%. Il faut interroger le Prof. Z.\_\_\_\_\_ (...)" Le 14 août 2008, le Prof. Z.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions complémentaires de l'OAI. Il a indiqué que la capacité de travail réduite de 50 % de l'assurée résultait de douleurs ostéo-articulaires diffuses, comme les cervicalgies et les douleurs lombaires et scapulaires. Il a relevé que ces douleurs étaient amplifiées par tout effort physique. Dès lors, il avait retenu une capacité de travail réduite, même s'il n'existait pas de signes objectifs d'atteintes articulaires. Le Prof. Z.\_\_\_\_\_ a précisé que le rendement était de 100 % pour une capacité de travail de 50 %, dès le mois de novembre 2007. En dernier lieu, il a souligné qu'O.\_\_\_\_\_ avait subi une IRM au mois de juillet 2008 et que cet examen n'avait pas confirmé la notion de sacro-iliite évoquée par la scintigraphie osseuse; aucun nouvel examen n'était envisagé. d) L'assurée s'est soumise à un examen clinique rhumatologique au SMR, effectué le 6 octobre 2008 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation. Celui-ci a rendu son rapport le 23 octobre suivant. Après avoir procédé aux anamnèses familiale, professionnelle, générale et systémique, et après avoir exposé les antécédents de l'assurée, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que la symptomatologie ostéo-articulaire était décrite comme dépendant de la météorologie, puisqu'elle était exacerbée par le froid et l'humidité et partiellement soulagée par la chaleur. O.\_\_\_\_\_ avait décrit un sentiment d'ankylose générale, avec une difficulté à la mise en route le matin durant environ 30 minutes. Elle s'était également plainte de douleurs au niveau du tendon d'Achille, avec la notion d'une tuméfaction. L'assurée avait évoqué un sentiment de raideur généralisée, exacerbé la nuit et par les positions statiques prolongées. Au réveil, elle ressentait un sentiment de fatigue et d'épuisement général, qui perdurait toute la journée. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée se trouvait en excellent état général, sans particularité. La démarche était spontanée et fluide, sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique particulier. Il n'y avait pas eu non plus de tels signes lors d'une position assise maintenue durant 45

minutes. Le médecin a indiqué la mise en œuvre de 4 signes sur 18 selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie, avec 2 signes sur 5 selon Waddel en faveur d'un processus non organique. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail : - symptomatologie algique chronique polyarticulaire d'origine indéterminée (spondylo-arthrite ankylosante, M45.00); - status après cure de hernie discale L3-L4 G, avec lombosciatalgies récidivantes séquellaires, troubles dégénératives, M54.46. Le status après hystérectomie et colposuspension des mois de mai et juin 2007 n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. En conclusion, le médecin du SMR a relevé ce qui suit : "(...) Cette assurée présente une symptomatologie algique diffuse exacerbée par toute forme d'activité physique ou position statique prolongée. Cette symptomatologie évolue depuis 2003, elle est secondaire à une première intervention chirurgicale (cure de hernie discale). L'intensité des plaintes a été exacerbée par l'intervention chirurgicale gynécologique du mois de mai 2007. Depuis lors, l'assurée est en incapacité de travail totale. L'examen clinique réalisé au SMR ne met pas en évidence de limitations dans les aptitudes articulaires ou de troubles neurologiques significatifs. L'étude de la documentation radiologique reste perplexe, avec la présence de signes d'hypercaptation allant dans le sens d'un processus à caractère inflammatoire, sans mise en évidence d'imageries compatibles à l'IRM en faveur d'une spondylo-arthrite ankylosante. A signaler aussi l'absence de marques biologiques, en faveur d'un tel diagnostic. L'anamnèse fournie par l'assurée et l'évolution des plaintes sont compatibles avec un phénomène de type fibromyalgique. Toutefois, un tel diagnostic ne peut être retenu aujourd'hui, au vu des critères stricts ARC. En ce qui concerne la capacité de travail : au vu de la présence de signes inflammatoires aux examens complémentaires (scintigraphie), en présence d'une symptomatologie algique exacerbée par les activités physiques quelles qu'elles soient et les positions statiques, une capacité de travail globale de 50 % dans son activité habituelle est retenue. Une activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles serait théoriquement possible à un taux de 70 % sur le plan strictement asséculo-logique. Les limitations fonctionnelles Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle, au-delà de 7.5 kg, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assises et debout. Pas de position en antéréflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas d'activité en hauteur au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle, au-delà de 90° d'antépulsion ou d'abduction, pas d'exposition au froid et à l'humidité." Le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une incapacité de travail totale pour des raisons chirurgicales devait être retenue entre le 16 mai et le 2 septembre 2007. Depuis lors, une incapacité de travail de 50 % pour des raisons rhumatologiques était pertinente dans l'activité habituelle. Depuis le mois de décembre 2007, une activité adaptée était exigible à 70 %, soit un plein temps avec une diminution de rendement de 30 %. e) Dans un rapport médical SMR du 3 novembre 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_, se fondant sur les résultats de l'examen rhumatologique du 6 octobre précédent, a retenu que l'assurée souffrait de polyarthralgies d'origine indéterminée et de suspicion de spondylarthrite ankylosante avec sacro-iléite, status après cure de hernie discale L3-L4 gauche. Il a fixé le début de l'incapacité de travail durable au mois de mai 2007. Dans l'activité habituelle, O. \_\_\_\_\_ disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dès le mois de septembre 2007. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, identiques à celles figurant dans le rapport du 6 octobre 2008 du Dr W. \_\_\_\_\_, la capacité de travail était de 50 % dès le mois de septembre 2007, puis de 70 % dès le mois de décembre suivant. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas d'atteinte d'origine psychiatrique. Il a, en revanche, considéré

qu'en présence de plaintes constantes concernant des douleurs articulaires diffuses, et malgré l'absence d'anomalies majeures au status, il fallait admettre qu'il existait une diminution de la capacité de travail. Ce médecin a enfin fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au mois de décembre 2007, tout en relevant que l'assurée ne se sentait pas capable de travailler, de sorte que des mesures professionnelles paraissaient difficilement imaginables. f) Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 5 mars 2009. Dans un rapport du 12 mars suivant, l'enquêteur a relevé que l'assurée présentait des kystes aux mains, ce qui était douloureux. Le statut de l'assurée a été fixé à 70 % comme active et 30 % comme ménagère. Un empêchement de 30 % a été retenu pour la rubrique "Alimentation" regroupant la préparation des repas, y compris la cuisson, le service, le nettoyage de la cuisine et les provisions. L'enquêteur a constaté que l'assurée ne pouvait plus porter de lourdes charges et qu'elle devait accomplir certaines tâches en plusieurs fois; de même, elle ne pouvait plus cuisiner pour beaucoup de gens à la fois, ce qui l'empêchait de faire de "grandes invitations" . Le mari de l'assurée lui apportait son aide pour servir et débarrasser la table et pour le nettoyage de la cuisine, ce qui pouvait raisonnablement être exigé de lui. Au sujet de l'entretien du logement, un empêchement de 25 % a été arrêté, l'assurée ne pouvant plus passer l'aspirateur mais se faisant aider par son époux ou sa fille. Son mari l'aidait également à nettoyer la salle de bain et à faire leur lit. Le fils de l'assurée s'occupait de sa chambre. S'agissant de la rubrique "Emplettes et courses diverses" , l'enquêteur a relevé que l'époux de l'assurée se chargeait de faire les courses du ménage, l'intéressée ne faisant plus que quelques achats occasionnels, puisqu'elle ne pouvait porter de lourdes charges. Aucun empêchement n'a été retenu. Au sujet de la lessive et de l'entretien des vêtements, l'assurée pouvait faire la lessive, mais son mari portait les corbeilles, sortait le linge de la machine et l'étendait. O. \_\_\_\_\_ pouvait faire un peu de repassage et devait ensuite se reposer avant de recommencer. Un empêchement de 20 % a été arrêté. Enfin, pour la rubrique "Divers" , l'empêchement a été fixé à 30 %, puisque l'assurée ne pouvait notamment plus s'occuper de récolter les fruits du jardin. Compte tenu de la pondération attribuée à chaque rubrique, l'enquêteur a conclu que l'assurée présentait une invalidité de 25 % dans l'accomplissement des tâches ménagères. g) Le 21 avril 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité. Il a retenu que l'intéressée présentait une incapacité de travail depuis le mois de mai 2007. Cet office a considéré que la capacité de travail était de 70 % - soit un plein temps avec une diminution de rendement de 30 % - dans une activité adaptée respectant les limitations liées à la fonction du rachis, permettant d'éviter des tâches avec les membres supérieurs en hauteur au-delà de 60° de façon répétitive et au-delà de 90° de façon occasionnelle et d'éviter les expositions au froid et à l'humidité. L'OAI a relevé que l'assurée avait renoncé aux mesures d'intervention précoce en raison de son état de santé. Pour déterminer la rémunération qu'O. \_\_\_\_\_ aurait pu percevoir en mettant en œuvre sa capacité résiduelle de travail, il a été tenu compte du salaire statistique de femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé de la production et des services, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006. Il a retenu un montant de 4'189 fr. 81 par mois ou 50'277 fr. 69 par année en 2006, pour un horaire de travail de 41,7 heures. Adapté à l'évolution des salaires nominaux en 2007 et 2008 - année d'ouverture du droit à la rente compte tenu du délai légal d'attente - , cela représentait une rémunération annuelle de 52'139 fr. 53. Compte tenu de la diminution de rendement de 30 % et d'un abattement pour les limitations fonctionnelles de 5 %, le salaire hypothétique annuel a été arrêté à 34'672 fr. 79 à 100 % et à 24'270 fr. à 70 %. En outre, selon les informations fournies par l'employeur, l'assurée aurait perçu un salaire de

37'790 fr. si elle avait continué à travailler à la place qu'elle occupait avant l'atteinte à la santé. Ainsi, l'OAI a déterminé que la perte de gain représentait 35,7 % ( $[37'790 \text{ fr.} \cdot 24'270 \text{ fr.} = 13'520 \text{ fr.}] : 37'790 \times 100$ ). Puisque l'assurée était considérée comme active à 70 %, cela représentait un degré d'invalidité de 25,2 % ( $36 \% \times 70 \%$ ). Le degré d'invalidité relatif à l'activité ménagère était de 7,5 % ( $30 \% \times 25 \% \text{ d'empêchement}$ ). Au total, le degré d'invalidité était donc de 32,7 % ( $25,2 \% + 7,5 \%$ ), inférieur au seuil de 40 % permettant l'octroi d'une rente. h) O.\_\_\_\_\_ a fait part de ses objections à ce projet de décision par lettre du 20 juillet 2009 de son conseil. Elle a estimé que le montant de 37'790 fr. retenu à titre de salaire sans invalidité n'était pas suffisant, dès lors qu'il ne tenait pas compte de l'avantage en nature représenté par l'appartement de fonction, dont le loyer s'élevait à 923 fr.; cette somme était en effet déduite du salaire de son mari, à concurrence de 13 fois l'an. Selon l'assurée, la moitié de ce montant devait être ajouté à son salaire mensuel, qu'elle a arrêté à 43'789 fr. 50 ( $37'790 \text{ fr.} + [461 \text{ fr.} 50 \times 13 = 5'999 \text{ fr.} 50]$ ). Dès lors, l'assurée a calculé qu'elle subissait une perte financière de 44,6 % ( $[43'789 \text{ fr.} 50 \cdot 24'270 \text{ fr.} = 19'519 \text{ fr.} 50] : 43'789 \text{ fr.} 50 \times 100$ ) par rapport au salaire qu'elle pourrait retirer en mettant en œuvre sa capacité résiduelle de travail. O.\_\_\_\_\_ a également fait valoir que le rapport d'enquête économique sur le ménage ne tenait pas suffisamment compte des difficultés qu'elle rencontrait dans l'exécution des tâches quotidiennes et que le taux d'empêchement devait être fixé à 47 % et non 25 %. Au vu de ces éléments, l'assurée a estimé que le degré d'invalidité était de 45,3 %, de sorte qu'elle devait être mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité. A titre subsidiaire, elle a requis l'octroi de mesures de réadaptation (reclassement et placement) et d'indemnités journalières, pour le cas où le droit à un quart de rente de l'AI lui serait dénié. En annexe à son envoi, l'assurée avait produit diverses pièces, en particulier un rapport du 9 janvier 2006 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Ce médecin avait estimé que l'assurée souffrait de polyarthralgies s'accompagnant d'acroparesthésies nocturnes, d'une possible arthrose nodulaire des doigts débutante et de fibromyalgie. Elle avait également relevé l'existence de cervico-lombalgies mécaniques récurrentes et de métatarsalgies bilatérales sur l'affaissement antérieur des deux pieds. L'assurée avait encore produit un rapport du 23 juin 2008 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie de l'hôpital R.\_\_\_\_\_, qui avait examiné l'intéressée le 5 juin précédent. O.\_\_\_\_\_ s'était plainte de douleurs de tout le rachis, y compris la région sacro-iliaque, ainsi qu'au niveau des articulations; selon elle, les douleurs avaient un caractère constant avec exacerbation aux moindres activités physiques, son endurance devenant de plus en plus faible. La Dresse N.\_\_\_\_\_ avait estimé que l'examen clinique faisait penser à une fibromyalgie, la présence de l'hypercaptation à la scintigraphie osseuse laissant toutefois planer un doute à cet égard. i) Le 18 août 2009, l'assurée a adressé à l'OAI un rapport médical du 4 août précédent de la Dresse F.\_\_\_\_\_. Sur la base de ce document, elle a modifié les conclusions de son envoi du 20 juillet 2009 et requis l'octroi d'une rente d'invalidité complète. Dans son rapport, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a relevé que sa patiente s'était soumise à une prise en charge intensive et multidisciplinaire auprès de la Dresse N.\_\_\_\_\_ qui avait conduit au diagnostic de syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur et de déconditionnement musculaire global avec état anxio-dépressif. Aucune amélioration significative n'avait pas été notée ensuite de cette hospitalisation. Si la Dresse N.\_\_\_\_\_ avait estimé la mise en œuvre d'une prise en charge psychothérapeutique souhaitable, l'assurée avait rejeté cette proposition. Selon la Dresse F.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ se rendait à des séances de physiothérapie depuis huit mois et effectuait régulièrement des mouvements de

gymnastique à la fois hors et en piscine. Le reconditionnement physique avait connu une bonne progression, mais la situation s'était toutefois dégradée ensuite du projet de refus de rente adressé par l'OAI au printemps 2009. L'assurée s'était plainte de douleurs permanentes cervico-scapulaires bilatérales et lombo-sacrées irradiant dans la région fessière, en direction de la crête iliaque et de l'aîne gauche. Elle avait également évoqué une fatigue musculaire douloureuse, une raideur matinale et un sentiment de gonflement. L'assurée souffrait de troubles du sommeil depuis plusieurs années. Si elle avait admis être anxieuse, elle avait contesté être dépressive. Aucun des traitements médicamenteux mis en œuvre n'avait pu être poursuivi, O. \_\_\_\_\_ ayant subi différents effets secondaires indésirables. La Dresse F. \_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente se trouvait dans un état général conservé. Elle souffrait de douleurs musculo-squelettiques diffuses s'accompagnant de rachialgies également diffuses et de polyarthralgies mises en rapport avec une fibromyalgie. Ce médecin n'avait pas décelé d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une connectivite. Il n'existait pas non plus de signe de spondylarthropathie, que ce soit sur le plan clinique, radiologique ou biologique. Ainsi, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de fibromyalgie, soit un syndrome douloureux chronique touchant le système musculo-squelettique et consistant en une douleur diffuse, mais aussi élective à la pression de certains points d'insertion tendineuse. Elle a ensuite indiqué ce qui suit : "Les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_ sont contestables. Il retient le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, qui correspond à une forme atténuée ou résiduelle de trouble de somatisation, qui est défini par des plaintes somatiques multiples et récurrentes qui ne sont pas expliquées par une affection médicale générale. Un certain nombre de symptômes sont requis pour poser ce diagnostic, tout en précisant que la douleur est aussi présente mais qu'elle n'est pas au premier plan comme dans le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10), ou le trouble douloureux (DSM-IV-TR). Or il se trouve que dans la mesure où le diagnostic de fibromyalgie est formellement retenu, et sensé expliquer les douleurs du patient, le syndrome douloureux somatoforme persistant doit théoriquement être exclu. Les deux entités diagnostiquées ne devraient pas être cumulées. Les interventions gynécologiques de mai et juin 2009 (recte : 2007) ont représenté des facteurs de stress importants, qui ont majoré les symptômes physiques chez une patiente dont les capacités adaptatives se sont réduites au fil du temps et dont on rappellera qu'elle présente des traits de personnalité dépendante. Ces facteurs psychologiques doivent ainsi être à nouveau précisés, tout en relevant que l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ n'a été réalisée que 6 mois à peine après le début de l'incapacité de travail. Je recommande ainsi une nouvelle évaluation psychiatrique doit être réalisée dans le cadre d'une expertise (sic), qui pourrait être confiée par exemple au Dr X. \_\_\_\_\_, psychiatre à Lausanne. Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail de cette patiente est de 100 %, incapacité qui remonte au 16 mai 2007, cela dans n'importe quelle activité. Il n'y a pas de mesure médicale susceptible d'influencer cette incapacité de travail. Sur le plan thérapeutique, il faut recommander la poursuite d'un suivi médical régulier, un traitement antalgique simple de paracétamol et surtout la poursuite du traitement de rééducation qui permettra peut-être d'obtenir avec le temps une légère atténuation de la symptomatologie douloureuse grâce à un reconditionnement musculaire progressif." j) Dans un avis médical SMR du 10 septembre 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit : "Concernant l'enquête ménagère : Je comprends l'avocate sur un point lorsqu'elle critique le fait que l'enquêtrice n'a retenu aucun empêchement pour l'acte Emplettes et courses diverses, quand bien même elle décrit que l'assuré ne fait plus les courses, hormis de petites courses entre deux. Les LF retenues

peuvent expliquer des empêchements pour cet acte. Je propose que l'enquêtrice justifie sa position au sujet de cet acte. Pour les autres actes : Je n'ai pas de raison de contester les estimations faites par l'enquêtrice. (...) Rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ : Elle retient le diagnostic de fibromyalgie et conteste le diagnostic de trouble somatoforme posé par le Dr D. \_\_\_\_\_. Elle écrit que l'expert D. \_\_\_\_\_ n'avait pas intégré les résultats des tests psychométriques dans son appréciation. Par ailleurs elle estime qu'une nouvelle appréciation psychiatrique est nécessaire, étant donné que la première appréciation date de fin 2007. Ces points suscitent les remarques suivantes : Le reproche fait au Dr D. \_\_\_\_\_ au sujet des tests psychométriques est sans fondement, cette affirmation n'est pas exacte : Le Dr D. \_\_\_\_\_ discute les résultats de ces tests et donne son interprétation. Par ailleurs il n'est pas d'une importance majeure de savoir s'il s'agit d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, l'une et l'autre affection, dont l'existence n'est pas contestée, n'est considérée comme invalidante par l'AI qu'en présence de certains critères définis par la jurisprudence. Ces critères ne sont pas remplis dans le cas en présence, en particulier aucune co-morbidité importante n'a été mise en évidence. Aucun des rapports postérieurs à cette expertise ne mentionne une péjoration de l'état psychique de l'assurée, pas même la Dresse F. \_\_\_\_\_ qui mentionne que l'assurée ne se sent pas dépressive, dès lors il n'y a pas de raison de refaire une expertise psychiatrique, au simple motif que celle faite par le Dr D. \_\_\_\_\_ date de fin 2007." Dans une communication interne du 22 octobre 2009, l'enquêteur ayant procédé à l'enquête économique sur le ménage du 5 mars 2009 et rédigé le rapport du 12 mars suivant s'est déterminé sur les critiques de l'assurée quant aux taux d'empêchements retenus. Il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier son appréciation, dès lors qu'on pouvait exiger de l'entourage de l'assurée qu'il l'aide à accomplir les tâches que ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient plus d'exécuter. Au sujet de la catégorie "Emplette et courses" , l'enquêteur a confirmé que l'assurée ne pouvait plus porter de charges et qu'elle ne faisait donc plus de courses lourdes, dont son mari se chargeait. Compte tenu de l'obligation de l'assurée de réduire le dommage, la participation d'un membre de l'entourage familial a été jugée admissible et raisonnable, de sorte qu'aucun empêchement ne devait être retenu. k) Le 17 novembre 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente identique à son projet du 21 avril précédent. Dans une lettre datée du même jour au conseil de l'assurée, l'OAI a répondu aux objections soulevées le 20 juillet 2009. Il a estimé que, dans la mesure où le montant du loyer du domicile occupé par l'assurée et son mari n'était pas soumis à cotisation, il ne pouvait être intégré au revenu sans invalidité de 37'790 francs. Il a pour le surplus repris l'essentiel de l'avis médical SMR du 10 septembre 2009 et de la communication interne du 22 octobre suivant pour répondre aux autres critiques de l'assurée. E. a) O. \_\_\_\_\_ a recouru au Tribunal cantonal contre cette décision par acte du 21 décembre 2009, concluant, sous suite de dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et, subsidiairement, à sa réforme en ce sens qu'une rente complète de l'AI lui est allouée. La recourante fait valoir qu'elle est atteinte dans sa santé depuis de nombreuses années et qu'elle n'a pu poursuivre son activité d'intendante qu'en raison de la spécificité du poste occupé, sur le même lieu de travail que son époux, qui pouvait ainsi l'aider. Elle estime également que les conclusions de l'enquête ménagère ne sont pas fondées, en particulier au regard du rapport du 4 août 2009 de la Dresse F. \_\_\_\_\_. La recourante souligne que son entourage n'est pas à même de lui apporter de l'aide dans l'accomplissement des tâches ménagères, son fils étant sur le point de quitter le domicile parental et son mari ayant dû augmenter son taux d'activité pour conserver son travail. O. \_\_\_\_\_ soutient encore que,

contrairement à ses obligations, l'OAI n'a pas motivé sa décision de procéder à un abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles. Dans tous les cas, la recourante considère que "la très importante divergence" entre les avis médicaux amène à conclure que son dossier a été clôturé de façon prématurée, de sorte qu'il devrait être renvoyé à l'office intimé, afin que celui-ci mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Le cas échéant, la recourante requiert que cette expertise soit ordonnée dans le cadre de l'instruction du présent recours. A l'appui de son acte, la recourante a produit diverses pièces, dont un rapport du 17 décembre 2009 constituant une expertise psychiatrique privée, effectuée sur mandat du conseil de l'assurée par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci s'est fondé sur l'étude du dossier de la recourante, les deux entretiens qu'il a eus avec l'intéressée et des conversations téléphoniques avec la Dresse F. \_\_\_\_\_ et le Dr [...]. L'assurée s'était plainte de troubles du sommeil, d'une fatigue chronique, de douleurs frontales de la tête et de nausées matinales. Elle avait évoqué des difficultés de concentration et un manque de force. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a constaté que la recourante bougeait de manière ralentie, qu'elle présentait une immobilité complète de la partie inférieure du corps et une faible mobilité du haut du tronc. Il a considéré que l'intéressée contenait "une forte anxiété de fond" . Le psychiatre a posé le diagnostic somatique de fibromyalgie notamment et les diagnostics psychiatriques de status après épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique en 2007 (F32.2 [selon CIM 10]), de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2.22) et de personnalité à traits dépendants Z73.1). En tant que diagnostic actuel, le trouble de l'adaptation consistait en un état réactionnel aux nombreuses pertes narcissiques et affectives que la recourante avait de la peine à assimiler. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a ensuite répondu comme suit aux questions du conseil de l'assurée : " 2. Comment vous déterminez-vous par rapport à l'appréciation qui avait été donnée par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1er janvier 2008? En particulier, l'état de santé de Mme O. \_\_\_\_\_ s'est-il péjoré dans l'intervalle ? Le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ semble correspondre à l'état psychique de Madame O. \_\_\_\_\_ à cette époque, mais la symptomatologie dépressive légère mise en évidence dans les tests est transformée en dépression subclinique dans le texte, entité non définie. L'état dépressif était probablement sous-estimé, selon la description que Madame O. \_\_\_\_\_ nous fait actuellement de son état à cette époque (diminution de la concentration et de l'attention, perte de l'estime de soi, idées de dévalorisation et sentiment d'inutilité, attitude morose face à l'avenir, idées de mort, troubles du sommeil, perte de plaisir aux choses agréables, perte d'énergie vitale et fatigabilité, restriction considérable des activités, etc). Rappelons que Madame O. \_\_\_\_\_ cherche à se montrer bien, qu'elle n'est pas plaintive et qu'elle craint d'être étiquetée comme malade mentale, ce qui fait que sa souffrance psychique n'est pas facilement perceptible. Dans le cadre de notre investigation, qui pourrait être encore affinée, nous avons perçu Madame O. \_\_\_\_\_ comme une femme qui gère bien sa vie sous l'angle psycho-affectif après le premier entretien. Ce ne sont que les investigations complémentaires (bref entretien en présence du mari, entretien avec les médecins traitants) qui nous ont permis d'aller au-delà des barrières que Madame Manco met en place spontanément pour masquer sa souffrance et préserver son intimité blessée. Le Dr D. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, alors que Madame O. \_\_\_\_\_ ne vit à cette époque pas de situation psychique ou psycho-sociale conflictuelle qui expliquerait une expression somatique d'une problématique psychique. Rappelons que la CIM-1 O précise que «La mise en évidence de facteurs organiques pouvant expliquer la

survenue des symptômes fait éliminer le diagnostic» (de trouble somatoforme indifférencié). Dans le cas de Madame O. \_\_\_\_\_, les symptômes ont bien une explication organique. Par contre, elle se trouve à un moment particulier de la détérioration de son état physique qu'elle n'arrive pas à intégrer sur le plan psychique. Ce diagnostic de trouble somatoforme ne nous paraît donc pas approprié. L'état de santé psychique de Madame O. \_\_\_\_\_ s'est plutôt amélioré depuis l'examen du Dr Séchaud. L'état de santé physique s'est par contre détérioré. 3. Quelle est selon vous l'incidence de cet état de santé psychique sur la capacité de travail de Mme O. \_\_\_\_\_ ? Madame O. \_\_\_\_\_ présente actuellement un trouble de l'adaptation, soit un état psychique réactionnel à une surcharge émotionnelle. Cette surcharge émotionnelle est en rapport avec les pertes narcissiques et affectives successives et la perte de force physique que Madame O. \_\_\_\_\_ subit depuis de nombreuses années, ainsi que les angoisses qui y sont associées concernant l'évolution future. Précisons que l'atteinte psychique est consécutive et directement liée aux affections physiques qui concernent plusieurs parties de son corps (digestif, ostéo-articulaire, urinaire, gynécologique, cardiaque). Prises isolément, ces affections ne limiteraient pas la capacité de travail de manière significative, mais prises dans leur ensemble et insérées dans le contexte psychologique de cette personne, il en résulte une diminution du rendement, un absentéisme significatif et une sévère difficulté d'adaptation. 4. La situation est-elle encore en train d'évoluer ou l'état de santé de Mme O. \_\_\_\_\_ peut-il être considéré comme stable ? Dans l'hypothèse positive, l'état de santé de Madame O. \_\_\_\_\_ peut se stabiliser. Dans l'hypothèse négative, elle n'arrivera pas à assimiler de nouvelles complications physiques. Son état de santé ne peut pas être considéré comme stable actuellement. Madame O. \_\_\_\_\_ a perdu confiance dans son corps et elle contient une importante anxiété. 5. Mme Manco est-elle accessible à des mesures professionnelles ? Dans l'état actuel, Madame O. \_\_\_\_\_ n'est pas accessible à des mesures professionnelles. Elle aura besoin d'une période de stabilité de six mois environ, associé à des démarches renforçant l'image effondrée qu'elle a d'elle-même (bilan de compétences, ressources intellectuelles et cognitives, éventuellement entretiens psychothérapeutiques, etc) avant de pouvoir entreprendre des mesures professionnelles. 6. Pouvez-vous motiver votre réponse ? Madame O. \_\_\_\_\_ souffre encore de nombreux dysfonctionnements physiques. Elle est désécurisée et n'a plus confiance ni dans son corps, ni dans son avenir. Elle se sent insuffisante et elle contient une forte anxiété. Elle ne se sent pas en mesure de donner satisfaction à un employeur quel qu'il soit. Ses ressources résiduelles mériteraient d'être investiguées de manière détaillées afin de vérifier son aptitude à des mesures professionnelles, une fois le trouble de l'adaptation (lié à la surcharge émotionnelle non assimilée) amendé. 7. Une reprise de travail est-elle possible ? Une reprise du travail dans son ancien emploi ne me semble pas réaliste. Madame O. \_\_\_\_\_ a probablement une capacité de travail résiduelle actuellement de 25 % qui ne peut pas être exploitée dans son ancien emploi. Une amélioration de ce taux jusqu'à 50 % est possible à l'avenir, à condition que la situation se stabilise sur le plan physique. 8. Avec quelles limitations et quel taux d'activité ? Les limitations sont essentiellement physiques et sont à préciser par des médecins somaticiens en tenant compte de la globalité des atteintes à la santé. Rappelons ici la discordance majeure entre l'appréciation de la capacité de travail entre le Professeur Z. \_\_\_\_\_, médecin-chef universitaire du service de rhumatologie, et la Doctoresse F. \_\_\_\_\_ d'une part et l'expert rhumatologue de l'AI d'autre part. Il en résulte un important sentiment de manque de reconnaissance de la souffrance endurée chez Madame O. \_\_\_\_\_. Les limitations sont de l'ordre de 30 % actuellement pour des raisons

psychiques (fatigabilité, manque de confiance en soi, limitation des fonctions cognitives, telle la capacité de concentration, l'attention et la mémoire). La limitation pour motifs psychiques peut s'amender complètement si la situation psychique se stabilise et que Madame O. \_\_\_\_\_ réussit à élaborer les différentes pertes narcissiques subies." b) Dans sa réponse du 17 février 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il estime que le dossier a été suffisamment instruit sur le plan médical et que la décision du 17 novembre 2009 n'était pas prématurée. Selon l'office intimé, l'abattement de 5 % à titre de limitations fonctionnelles était suffisant, compte tenu du large pouvoir d'appréciation dont il dispose à cet égard. Enfin, il fait valoir que le recours porte sur la période précédant la décision querellée, antérieure au départ programmé du fils de la recourante du domicile parental. En ce qui concerne l'aspect médical du dossier de la recourante, l'OAI s'est référé à l'avis médical SMR du 9 février 2010 établi par la Dresse M. \_\_\_\_\_ et approuvé par le Dr S. \_\_\_\_\_, qui retient ce qui suit : "La Dresse F. \_\_\_\_\_ fait une description détaillée des plaintes émises par l'assurée et du status clinique. En comparant ces plaintes et le status avec ceux de l'examen rhumatologique fait au SMR le 6.10.2008, je constate que la description des plaintes et du status est à peu de choses près superposable, à l'exception de la présence de tous les points de fibromyalgie le 7.07.2009 lors de l'examen par la Dresse F. \_\_\_\_\_, alors que seuls 4 points de Smythe sur 18 étaient présents le 6.10.2008. Depuis l'examen au SMR, les doutes concernant la présence d'une sacro-iléite ont pu être écartés par l'imagerie, l'absence de signes inflammatoires et la normalité des facteurs spécifiques (ANCA, FAN, HLAB 27). On peut conclure que la situation ostéoarticulaire est marquée par la présence d'un tableau de type fibromyalgie, sans péjoration des autres atteintes objectives. La Dresse F. \_\_\_\_\_ confirme qu'elle retient le diagnostic de fibromyalgie, déjà posé par elle en 2006 et confirmé par le professeur Z. \_\_\_\_\_ et la Dresse N. \_\_\_\_\_. Elle appelle de ses vœux une nouvelle exploration psychiatrique, afin de préciser les facteurs psychologiques, ce d'autant plus qu'elle conteste les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_. Elle estime que sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail est totale depuis le 16.05.2007, et ce dans n'importe quelle activité. L'expertise faite par le Dr X. \_\_\_\_\_, psychiatre, pose les diagnostics suivants : · Status après épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en 2007 · Trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuses et dépressive · Personnalité à trait dépendant Il insiste sur la multitude des atteintes physiques, dont la fibromyalgie, et constate une détérioration progressive de la santé physique globale depuis une vingtaine d'années, avec phase d'épuisement, de découragement et de tristesse. Il mentionne, sur la base de l'anamnèse, un état dépressif franc en 2007. Ces événements ont entraîné le trouble de l'adaptation comme état réactionnel aux nombreuses pertes narcissiques et affectives difficiles à assimiler par l'assurée. Il estime que l'expert D. \_\_\_\_\_ avait sous-estimé l'importance de l'état dépressif au moment de la première expertise. Il constate que l'état psychique de l'assurée s'est amélioré depuis la première expertise, au contraire de l'état physique qui s'est détérioré. Le Dr X. \_\_\_\_\_ estime que l'état psychique actuel de l'expertisée n'est pas stabilisé, qu'il est directement lié aux affections physiques multiples, qui, isolément prises, ne limiteraient pas la capacité de travail, mais qui, prises ensemble et intégrées dans le contexte psychologique de cette personne, entraînent une diminution de rendement, un absentéisme et une sévère difficulté d'adaptation. Cet état entraîne une impossibilité d'être accessible à des mesures professionnelles. Le Dr X. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail dans l'ancienne activité ne dépasse pas

%, mais non-exploitable actuellement. Après stabilisation de l'état physique la capacité pourrait atteindre 50 %. Il précise que les limitations sont essentiellement physiques. Il retient néanmoins une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30 % pour raison psychique. Il suggère une expertise somatique globale afin de confirmer les diagnostics physiques. Appréciation : La présence d'une symptomatologie de type fibromyalgie n'avait pas été présente et retenue par le rhumatologue du SMR en octobre 2008, mais elle est actuellement attestée par la Dresse F.\_\_\_\_\_. Hormis cette atteinte, la situation physique actuelle est superposable à celle d'octobre 2008, voire améliorée en ce sens que désormais il n'y a plus de suspicion de maladie inflammatoire de type sacro-iléite. La Dresse F.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a suspecté la présence de facteurs psychologiques. L'expertise psychiatrique de décembre 2009 met en évidence un état psychique amélioré par rapport à l'expertise faite en décembre 2007. Le Dr X.\_\_\_\_\_ justifie l'incapacité de travail actuelle essentiellement par l'atteinte physique, tout en attestant une diminution de 30 % de la capacité de travail pour raison psychique. La situation physique a été explorée de façon détaillée. Il n'y a aucune raison d'approfondir une nouvelle fois la situation somatique, il n'y a pas d'évolution significative entre octobre 2008 et juillet 2009. La situation psychique ne s'est pas détériorée, elle est possiblement meilleure qu'en décembre 2007. Elle n'est pas stabilisée selon le Dr X.\_\_\_\_\_ et pourrait s'améliorer si la situation physique se stabilise et que l'assurée réussit à élaborer les différentes pertes narcissiques subies. Reste le problème de la fibromyalgie. Cette affection n'est pas reconnue comme affection invalidante en l'absence de l'existence d'une psychopathologie invalidante. Une telle co-morbidité psychique ne semble pas exister selon le psychiatre, qui atteste une diminution de la capacité de travail de

### **E. 30**

juin 2009 c. 2.1.1). d) Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels 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 c. 3b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). 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 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3). 4. a) L'office intimé s'est fondé sur le rapport médical SMR du 23 octobre 2008 pour apprécier les atteintes à la santé physique de l'assurée, et sur le rapport du 11 janvier précédent Dr D.\_\_\_\_\_ – rendu dans le cadre d'une expertise mise en œuvre par l'assurance perte de gain maladie de la recourante – pour juger de son état de santé psychique. Il a retenu que la recourante ne présentait pas d'affection psychique invalidante et que, sur le plan somatique, sa capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 30 %, ce qui correspondait un poste à 70 %, compte tenu de la symptomatologie algique et au vu des signes inflammatoires décelés lors de la scintigraphie

du 8 janvier 2008. b) La recourante conteste que le rapport médical SMR et l'expertise du 11 janvier 2008 soient pertinents. Elle se réfère au rapport du 4 août 2009 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, qui a retenu le diagnostic de fibromyalgie et estimé que, sur le plan somatique, sa capacité de travail était nulle depuis le 16 mai 2007, dans n'importe quelle activité. Elle fait également état du rapport du 17 décembre 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_, qui a arrêté l'incapacité de travail à 30 % sur le plan psychiatrique en raison d'une fatigabilité, d'un manque de confiance en soi et d'une limitations des fonctions cognitives telles que la capacité de concentration, l'attention et la mémoire. Ce psychiatre a également considéré que l'incapacité de travail globale était de 75 %, essentiellement pour des raisons physiques. Il a indiqué que les limitations d'ordre psychique pouvaient s'amender en cas d'amélioration de l'état de santé mental de l'intéressée. Dans un avis médical SMR du 9 février 2010, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a retenu, sur la base du rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_, le diagnostic de fibromyalgie. Ce nouveau diagnostic est toutefois sans influence sur la capacité de travail résiduelle de la recourante au regard des règles régissant l'AI. Dans leur rapport du 11 janvier 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ et la psychologue B.\_\_\_\_\_ avaient d'ailleurs déjà précisé que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié correspondait à celui de fibromyalgie. En outre, du point de vue juridique, ces deux affections répondent aux mêmes règles lorsque se pose la question de leur caractère invalidant. La fibromyalgie est en effet une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 c. 4; TF 9C\_815/2008 du 29 mai 2009). c) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 c. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les

cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact). Dans la présente cause, l'expertise psychiatrique privée du Dr X. \_\_\_\_\_, effectuée au mois de décembre 2009, n'a pas démontré une détérioration de l'état psychique de la recourante par rapport aux constatations ressortant du rapport du 11 janvier 2008 du Dr D. \_\_\_\_\_; au contraire, le Dr X. \_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé psychique de l'assurée s'était "plutôt amélioré depuis l'examen du Dr D. \_\_\_\_\_". De plus, le Dr X. \_\_\_\_\_ n'a pas diagnostiqué de comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie d'une intensité telle qu'elle justifierait d'admettre une incapacité de travail totale ou plus importante que celle arrêtée dans la décision querellée. Ce psychiatre a retenu un trouble de l'adaptation, à savoir un état psychique réactionnel à une surcharge émotionnelle, en rapport avec des pertes narcissiques et affectives successives; ce trouble entraînait, selon lui, des limitations de l'ordre de 30 % en raison d'une fatigabilité, d'un manque de confiance en soi, de limitations des fonctions cognitives (concentration, attention et mémoire). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a également suspecté un état dépressif sévère, en 2007, mais a noté l'amélioration décrite ci-dessus en 2009. C'est également le lieu de relever que le rapport du 17 décembre 2009 n'est pas exempt de critique. Ainsi, malgré l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, le psychiatre a retenu une incapacité de 30 % pour des raisons psychiques, et de 75 %, voire 100 % pour des raisons essentiellement physiques, dont la fibromyalgie. On ne peut toutefois pas considérer que le Dr X. \_\_\_\_\_, en tant que spécialiste en psychiatrie, pouvait se prononcer de manière probante sur les conséquences des atteintes rhumatologiques dont souffrait la recourante. De plus, s'il remet en cause les constatations et l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ et de la psychologue B. \_\_\_\_\_ quant à l'état psychique de l'assurée en 2007, le Dr X. \_\_\_\_\_ se fonde uniquement sur les déclarations faites par l'intéressée à la fin de l'année 2009 quant à son état de santé deux ans auparavant et la tendance de celle-ci à se montrer sous un jour favorable et à ne pas se plaindre. Il n'y a toutefois pas lieu de penser que les auteurs du rapport du 11 janvier 2008 étaient moins aptes que le Dr X. \_\_\_\_\_ à appréhender la personnalité de la recourante et à tenir compte de sa tendance supposée à cacher sa souffrance psychique. Au demeurant, le fait que le Dr X. \_\_\_\_\_ se fonde sans autre sur les déclarations de l'assurée laisse à penser qu'il a pu manquer de la distance critique nécessaire pour établir son rapport, qui doit donc être apprécié avec retenue. Ainsi, au vu des règles établies par la jurisprudence, il n'y a pas lieu de considérer que, sur le plan psychiatrique, la recourante présenterait une affection invalidante qui justifierait de retenir une diminution de la capacité de travail et donc une invalidité. d) Sur la base de l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR, le DR W. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de symptomatologie algique chronique polyarticulaire d'origine indéterminée (spondylo-arthrite ankylosante; M45.00) et de status après cure de hernie discale L3-L4 gauche, avec lombosciatalgies récidivantes séquellaires (M54.46). Le médecin du SMR a souligné que la symptomatologie algique diffuse était exacerbée par toute forme d'activité physique ou par les positions statiques prolongées; elle avait évolué depuis 2003 et

l'intensité des plaintes avait augmenté après l'intervention gynécologique du mois de mai 2007. La présence de signes inflammatoires lors de la scintigraphie et la symptomatologie algique ont conduit le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenir une capacité résiduelle de travail de 70 % (100 % d'activité avec une perte de rendement de 30 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dès le mois de décembre 2007. La Dresse F. \_\_\_\_\_ a considéré que, sur le plan physique, la capacité de travail d'O. \_\_\_\_\_ était nulle depuis le mois de mai 2007, dans n'importe quelle activité, sans toutefois exposer les causes objectives de cette incapacité totale. Elle a retenu le diagnostic de fibromyalgie et a insisté sur les facteurs psychologiques, ce qui a conduit à l'expertise privée du Dr X. \_\_\_\_\_.

Pour le surplus, le Dresse F. \_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence d'aggravation ou de détérioration de l'état de santé physique de la recourante. Au contraire, elle a précisé qu'il n'y avait pas d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une connectivite. Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que, sur le plan somatique, la cause a été suffisamment instruite. La comparaison des rapports du 23 octobre 2008 du SMR et du 18 août 2009 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ ne laisse pas apparaître une évolution significative de l'état de santé physique de la recourante. En outre, il apparaît que la Dresse F. \_\_\_\_\_, si elle n'a pas indiqué pas pour quels motifs elle avait retenu une incapacité de travail totale, a tenu compte d'éléments, comme les plaintes de la patiente, qui ne peuvent jouer un rôle dans la détermination des atteintes objectives décisives au regard de l'AI. Partant, les conclusions du rapport médical SMR du 23 octobre 2008, qui répond aux exigences pour se voir conférer une pleine valeur probante (cf. ATF 135 V 254; TF 8C\_756/2008), doivent l'emporter sur l'appréciation de la Dresse F. \_\_\_\_\_, consultée à titre privé par la recourante.

e) Pour le surplus, la recourante ne soutient pas que d'autres aspects du dossier la concernant n'auraient pas été suffisamment instruits. Elle ne remet pas non plus en cause, à juste titre d'ailleurs, l'application de la méthode mixte pour déterminer son taux d'invalidité (cf. art. 28 al. 3 LAI; ch. 3096 ss de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [ci-après : CIIAI] en vigueur depuis le 1 er janvier 2010).

5. a) La recourante conteste l'appréciation des empêchements dans l'exécution des tâches ménagères et, partant, du taux d'invalidité qui en découle, telle qu'elle ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage du 12 mars 2009. b) L'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) est réglée aux ch. 1058 à 1061 CIIAI (enquête sur place). Elle constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (ATF 128 V 93; Pratique VSI 3/2003 p. 218). c) Dans la présente cause, l'enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée, le 5 mars 2009. Les différentes rubriques des activités ménagères ont été examinées et la recourante ne soutient pas que des éléments auraient été oubliés. Elle estime toutefois qu'à défaut d'avoir pu prendre connaissance du rapport du 4 août 2009 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, l'enquêteur ne pouvait s'acquitter de sa mission à satisfaction de droit. Ce grief n'est cependant pas fondé. Comme cela a déjà été précisé, le rapport du 4 août 2009 n'a pas démontré une évolution significative de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique. L'enquêteur était donc à même de procéder à l'enquête qui lui avait été confiée. D'ailleurs, O. \_\_\_\_\_ ne prétend pas que l'enquête aurait été effectuée de manière partielle ou en sur la base d'éléments inexacts. Elle estime uniquement que les taux d'empêchement retenus dans les différentes activités ne sont pas corrects et doivent être augmentés. On ne voit toutefois pas en quoi le rapport de la Dresse F. \_\_\_\_\_ serait de nature à justifier de telles augmentations. L'enquêteur n'a pas soutenu que la recourante pouvait accomplir tous les actes pour lesquels aucun empêchement n'a été

retenu. Il ressort bien plus du rapport d'enquête du 12 mars 2009 qu'il a été tenu compte de l'aide et du soutien raisonnablement exigibles de la part de l'entourage de l'assurée, en particulier son époux. L'obligation de l'assuré de réduire autant que possible le dommage (art. 7 LAI) suppose en effet, dans l'enquête économique sur le ménage, d'admettre que l'entourage proche de l'assuré peut se substituer à celui-ci dans l'accomplissement de certaines tâches. C'est pour cette raison que le taux d'invalidité de la recourante dans la part ménagère de ses activités (25 %) est inférieur à celui retenu pour son ancien travail d'intendante (30 %), puisque, dans le cadre professionnel, il ne peut être tenu compte de l'aide que des proches peuvent apporter. Enfin, le fait que le fils de l'assurée fût sur le point de quitter le domicile parental au moment du recours n'est pas de nature à influencer sur le taux d'invalidité de l'intéressée dans l'activité ménagère, puisque seule la période jusqu'à la date de la décision entreprise est concernée par le présent recours.

6. a) La recourante fait valoir que l'office intimé n'a pas motivé le taux d'abattement de 5 % retenu dans la détermination du revenu d'invalidité. Elle ne précise toutefois pas les conséquences qu'elle entend tirer de ce moyen.

b) Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. c. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 c. 3.3; ATF 126 V 75 c. 6).

c) La décision entreprise retient que les limitations fonctionnelles de la recourante sont liées à la fonction du rachis, à l'interdiction d'une activité des membres supérieurs en hauteur au-delà de 60° de façon répétitive et au-delà de 90° de façon occasionnelle et à l'interdiction de l'exposition au froid et à l'humidité. Compte tenu de ces éléments, l'OAI a arrêté à 5 % le taux de l'abattement sur le revenu d'invalidité de la recourante. Certes, on peut estimer que cet abattement se situe dans la limite inférieure de ce qui pourrait être retenu, compte tenu du fait que la recourante n'a pas acquis de formation professionnelle et qu'elle a exercé la même activité durant près de vingt ans. Ainsi, dans un cas d'espèce, le Tribunal fédéral des assurances (TFA I 808/04 & I 809/04 du 14 septembre 2005) a considéré qu'il se justifiait de porter à 10 % le taux d'abattement du salaire d'invalidité dans le cas d'un maçon, né en 1965, au bénéfice d'une expérience de douze ans sur le marché du travail suisse. Il a souligné qu'un des seuls éléments défavorables susceptibles d'influer sur les perspectives salariales de ce maçon était son absence de formation professionnelle, ce qui légitimait une déduction de " tout au plus 10 % " , avec la précision qu'il avait par ailleurs été tenu compte des limitations fonctionnelles lors de l'appréciation de la situation médicale. Toutefois, dans la présente cause, même un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité ressortant des statistiques, qui constituerait un maximum, conduirait à retenir un revenu avec invalidité de 22'993 fr. 55 (36'497 fr. 67 x 90 % x 70 %). Au regard du revenu sans invalidité – non contesté – de 37'790 fr., cela représenterait une perte de gain de 39,15 %. Pondérée en proportion de la part active de 70 %, cela représenterait une d'invalidité de 27,4 % qui, ajoutée à l'invalidité ménagère inchangée de 7,5 % (cf. supra, c. 5), donnerait un taux d'invalidité total de 34,9 %, insuffisant pour l'octroi d'une rente de l'AI (art. 28 al. 2 LAI). Ainsi, le grief invoqué est

infondé. 7. Il découle des considérations qui précèdent que l'état de santé, tant physique que psychique, d'O. \_\_\_\_\_ est stabilisé et qu'il a pu être suffisamment investigué. Le dossier de la cause est donc instruit à satisfaction de droit sur le plan médical et il permet de procéder à l'appréciation du degré d'invalidité de la recourante, qui n'atteint pas le seuil minimal pour l'octroi d'une rente. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise médicale globale telle que requise par la recourante (cf. ATF 134 I 140 c. 5. 3; ATF 130 II 425 c. 2.1). Partant, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté dans son entier, la décision querellée étant confirmée. S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 600 fr., sont mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD).. Il n'y a pas lieu à allocation de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPG, 55 et 56 LPA-VD; ATF 126 V 143 c. 4).

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