

## VD\_FINDINFO AI 99/10 - 266/2012 vom 11. Juli 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-07-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_99\\_10\\_-\\_266\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_99_10_-_266_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 99/10 - 266/2012 du 11 juillet 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 99/10 - 266/2012 del 11 luglio 2012

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 28a LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.07.2012 AI 99/10 - 266/2012

RENTE D'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 28a LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 99/10 - 266/2012 ZD10.008217 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 11 juillet 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Di Ferro Demierre

Juges : Mme Rossier et M. Pittet, assesseurs Greffier : M. Simon \*\*\*\*\*

Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1, 28a et 28 al. 2 LAI En fait : A. T. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1965, au bénéfice d'un CFC de vendeuse acquis en 1983, travaillait depuis 2003 en qualité d'aide-horlogère auprès de C. \_\_\_\_\_ AG. Elle est en incapacité de travail depuis le 15 août 2006. Le 19 juillet 2007, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestation tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales. Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 5 septembre 2007, C. \_\_\_\_\_ AG a notamment indiqué que l'assurée, avant son atteinte à la santé, travaillait à raison de 24h par semaine, sur un horaire habituel de 40h par semaine dans cette entreprise. Dans un formulaire 531bis rempli le 18 septembre 2007, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60% dans le secteur horloger, ou dans tout travail manuel, par nécessité financière et dans le but de rester active. Sur le plan médical, l'OAI a requis l'avis du Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à Grandson et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 21 août 2007, ce praticien a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies sur spondylolyse, avec spondylolisthésis L5-S1, et de status après spondylodèse L5-S1, puis retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 15 août 2006. Dans son annexe au rapport médical, il a évoqué la possibilité pour l'assurée d'exercer une autre activité, adaptée à son état de santé. L'OAI s'est également adressé à la Dresse [...], psychiatre et psychothérapeute à Grandson. Dans un rapport du 21 mai 2008, cette spécialiste a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et un trouble de la personnalité (personnalité dépendante). Dans l'anamnèse, elle a évoqué un deuxième épisode dépressif dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent en lien avec des problèmes somatiques graves. Elle a attesté une prise en charge de février 2007 au 9 mai 2007. Le dossier de l'assurée auprès de son

assureur perte de gain en cas de maladie a été produit. Y figurent notamment les documents suivants: - Un rapport du 4 février 2008 du Dr L. \_\_\_\_\_, chef de clinique du département de l'appareil locomoteur du CHUV, diagnostiquant des lombo-cruralgies bilatérales avec des sciatalgies droites dans le contexte d'un status après stabilisation d'un spondylolisthésis L5 sur S1 sur lyse isthmique bilatérale, une arthrose sacro-iliaque bilatérale et un état dépressif réactionnel. - Une expertise du 28 novembre 2007 du Dr B. \_\_\_\_\_, neurologue, établie à la demande de l'assureur perte de gain. Dans ses conclusions, ce médecin a retenu un pronostic favorable d'un strict point de vue neurologique, avec toutefois la présence de signes atypiques, vraisemblablement en raison de troubles psychiques. Il a évalué l'incapacité de travail à 100%, et précisé qu'une reprise progressive de la profession actuelle devait être possible. Le 30 janvier 2008, l'assurée a consulté la Dresse N. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe au service d'anesthésiologie du CHUV, qui a retenu notamment ce qui suit dans un rapport du 27 février 2008: "Madame T. \_\_\_\_\_, patiente de 43 ans qui a été opérée fin 2006 d'un spondylolisthésis, a développé suite à la non amélioration des symptômes, une symptomatologie dépressive. Il s'agit probablement plutôt d'une résurgence dépressive chez une patiente qui aurait déjà connu un épisode dépressif au moment du divorce d'avec son 1<sup>er</sup> mari. On peut comprendre l'atteinte thymique actuelle comme une déception massive chez une patiente qui s'est toujours sacrifiée pour les autres et qui pensait pouvoir profiter de la vie à présent, une fois l'opération réalisée. L'idéalisation de ce geste est actuellement vécue comme une conséquence extrêmement négative dans sa vie de tous les jours. Cet épisode nécessiterait l'introduction d'un antidépresseur et la mise en place d'un suivi psychiatrique en poursuivant l'évaluation et en proposant éventuellement un travail thérapeutique plus long. Néanmoins, le lien thérapeutique est fragile car là encore le thérapeute peut être perçu comme un sauveur extrêmement idéalisé qui est rejeté massivement dès qu'un rapprochement peut se passer avec la patiente (dernier suivi psychiatrique en 2006). J'ai donc proposé à la patiente que nous nous revoyions à quelques reprises pour négocier une prise en charge psychiatrique acceptable en conservant une distance suffisante. D'autre part, il faudra peut-être remplacer le Remeron 15mg du soir par du Cymbalta qui pourra être monté à un dosage antidépresseur efficace. Evolution: A notre 3<sup>ème</sup> rdv, la symptomatologie dépressive de la patiente était clairement améliorée sans modification du traitement antidépresseur. Cette amélioration est certainement liée à un sentiment de reconnaissance de sa souffrance exprimée par la patiente dans le cadre actuel de la prise en charge. Je lui ai proposé un suivi psychothérapeutique pour l'aider à mettre des limites et à mieux comprendre qui elle est, mais la patiente souhaiterait réfléchir avant de s'engager. Je doute cependant qu'elle accepte la démarche". Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 21 juillet 2008 au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 22 juillet 2008, l'enquêtrice de l'OAI a retenu, conformément aux indications de l'assurée dans le formulaire 531bis, le statut d'active à 60% et de ménagère à 40%. Dans l'activité de ménagère, compte tenu des différents postes (alimentation, logement, emplettes, lessive, soins aux enfants, divers), un degré d'empêchement total de 16.9% a été retenu. Ces mêmes taux ont été retenus dans un complément d'enquête du 28 janvier 2010. L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), effectué le 17 septembre 2008 par les Drs M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et Z. \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans leur rapport du 30 septembre 2008, ces médecins ont retenu ce qui suit: "DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail • LOMBALGIES CHRONIQUES ASSOCIÉES À DES PSEUDOSCIATALGIES

M54.56 SUR: - STATUS APRES SPONDYLODÈSE L5-S1 - ANTÉLISTHÉSIS RÉSIDUEL DE GRADE I L5-S1 - MODIFICATION INFLAMMATOIRE L5-S1 (MODIC II) - sans répercussion sur la capacité de travail • DISCOURS ALGIQUE CHRONIQUE AVEC PRÉSENCE DE SIGNES DE NON-ORGANICITÉ SELON SMYTHE ET WADDELL EN FAVEUR D'UNE FIBROMYALGIE M79.0. • ANTÉCÉDENTS ANAMNESTIQUES POSSIBLES D'ÉLÉMENTS DÉPRESSIFS À CARACTÈRE RÉACTIONNEL F43.20. APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan somatique, cette assurée présente des antécédents de lombosciatalgies évoluant depuis l'adolescence. Au début 2005, l'assurée présente une recrudescence des douleurs lombaires, associée à des irradiations au niveau des deux membres inférieurs, ne répondant pas à un traitement conservateur. Les examens pratiqués mettent en évidence un antélisthésis de L5 sur S1, raison pour laquelle une stabilisation sur fond de spondylodèse par vis transpédiculaires est réalisée en novembre 2006. L'évolution postopératoire est marquée par la persistance, voire une exacerbation de la symptomatologie douloureuse présentée par l'assurée. L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée en bon état général, présentant une diminution de la mobilité en ce qui concerne le rachis lombaire avec Schober lombaire de 10-13 cm et des flexions latérales diminuées. Le reste de l'examen ostéoarticulaire ne met pas en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires. Sur le plan neurologique, l'examen clinique réalisé ce jour ne met pas en évidence de trouble objectif, aussi bien sur le plan sensitif que moteur. A signaler que cette évaluation sur le plan neurologique est rigoureusement superposable à celle réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, en date du 28.11.2007, dans le cadre d'une expertise pour l'assurance perte de gain. Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence une surcharge pondérale modérée, une hypertension artérielle malgré un traitement au décours et des signes nets de non-organicité (18/18 signes selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, associés à 3/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus non-organique). La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un status après spondylodèse avec persistance d'un antélisthésis de grade I de L5 sur S1 associé à un phénomène inflammatoire (modification de type MODIC II à ce niveau sur l'IRM dorsolombaire du 16.05.2007). En conclusion, cette assurée présente actuellement une symptomatologie algique chronique, localisée au niveau du rachis avec irradiations au niveau des membres inférieurs, qui s'est progressivement transformée en une symptomatologie algique diffuse accompagnée d'un sentiment de fatigue et d'épuisement intense. Les examens complémentaires sur le plan radiologique mettent en évidence un status après spondylodèse avec persistance d'un antélisthésis et un trouble inflammatoire L5-S1 séquellaire. L'examen clinique confirme une hypomobilité au niveau du rachis lombaire en adéquation avec un status après spondylodèse sans autre trouble significatif. L'ensemble de la symptomatologie algique mis en avant par l'assurée, l'absence de réponse favorable aux différents traitements pratiqués à ce jour, malgré la prescription d'un traitement antalgique majeur [...] dans un contexte de trouble algique évalué [de] 7/10 à 8/10 de façon continue, en présence de signes évidents de non-organicité, aussi bien selon Smythe que Waddell, nous font poser un diagnostic de fibromyalgie (diagnostic évoqué déjà lors de l'expertise neurologique réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_ au mois de novembre 2007). Sur la base des troubles ostéoarticulaires indéniables présentés par l'assurée, du phénomène inflammatoire séquellaire et du status post-spondylodèse, toute activité à fortes charges physiques est contre-indiquée de façon absolue. L'assurée présentait une activité d'aide-horlogère (activité à l'établi, en position assise, sans notion de port de charges).

L'activité antérieure de l'assurée est théoriquement possible au vu des atteintes à la santé objectives présentées par l'assurée. En raison de la présence d'un syndrome algique en relation avec un status après spondylodèse, exacerbé par un phénomène de déconditionnement musculaire, une diminution de rendement dans son activité habituelle de l'ordre de 50% peut être évoquée actuellement. Après une période de réentraînement progressif à l'effort, réadaptation musculaire et reconditionnement global, l'assurée devrait pouvoir atteindre une pleine capacité de travail dans son activité habituelle avec vraisemblablement tout au plus une diminution de rendement de l'ordre de 10% à 15% en relation directe avec les limitations fonctionnelles présentées. L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectives présentées par l'assurée. [...]

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 43 ans, suisse, cadette d'une fratrie de trois enfants. Au bénéfice d'un CFC de vendeuse, elle travaille dans son métier ou en usine à plein temps jusqu'à un dernier emploi en tant qu'aide-horlogère par choix à 60%, entre 2003 et une mise en arrêt de travail total le 15.08.2006. La mise en arrêt de travail est motivée par des douleurs chroniques concernant essentiellement la région lombaire. Sur le plan psychiatrique, les antécédents familiaux sont vierges. L'anamnèse personnelle fait l'objet d'un petit épisode de baisse de moral dans un contexte de séparation conjugale, avec résolution rapide sans prise en charge spécialisée. Un suivi psychiatrique a lieu entre février et mai 2007, dans le contexte de suspicion de facteurs psychogènes à la problématique douloureuse. Madame T.\_\_\_\_\_ ne signale aucun symptôme psychiatrique dans son existence qui aurait pu prendre un caractère invalidant. A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée de bonne constitution psychique, heureuse dans son foyer et en pleine santé. Son existence harmonieuse est bien remplie sur le plan des loisirs et de la vie sociale et confirme l'absence de psychopathologie, même en dehors de l'examen de ce jour.

L'exigibilité professionnelle de l'assurée est donc entière depuis toujours et dans toute activité. Face aux documents médicaux en notre possession, l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ du 28.11.2007 pour l'APG mentionne des facteurs psychogènes dont la chronicisation des troubles douloureux: étant donné que cet expert ne mentionne pas d'incapacité de travail au long cours et que l'existence de facteurs psychogènes ne signifie pas que l'assurée est atteinte d'une maladie psychiatrique, l'appréciation de ce jour n'est pas en contradiction avec ce rapport d'expertise. Quant au rapport médical de la psychiatre, la dresse [...] qui a suivi l'assurée entre février et mai 2007 (cinq entretiens), des diagnostics de trouble de la personnalité dépendante et d'un deuxième épisode dépressif dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent en lien avec des problèmes somatiques graves sont signalés: d'une part, ces diagnostics n'ont pas dû préoccuper fortement la psychiatre puisqu'elle a terminé la prise en charge en mai 2007 et d'autre part, il faut signaler qu'une année s'est écoulée entre la fin de la prise en charge et la rédaction du rapport médical le 21 mai 2008. Etant donné que l'assurée n'a eu aucune plainte d'ordre psychique durant cette période, que la prise en charge a uniquement été motivée par l'existence de douleurs chroniques dont la résolution ne s'est pas passée comme attendu et que la psychiatre ne mentionne pas d'incapacité de travail, on doit considérer que même si des éléments dépressifs avaient existé à cette période (voire qu'il y ait un trouble de la personnalité), ces diagnostics n'ont jamais eu de caractère invalidant. Face au diagnostic posé de fibromyalgie, l'assurée n'a pas de comorbidité psychiatrique. Aucune affection corporelle chronique à caractère invalidant n'a été décelée. Le processus maladif semble s'étendre en tout cas depuis août 2006, sans rémission durable. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, le processus défectueux de résolution de conflits peut être mis en corrélation avec la dynamique psychosociale,

l'assurée menant une vie active et bien remplie à son domicile. Les traitements conformes aux règles de l'art ont été prescrits, l'assurée ne montre aucune attitude algique. Il n'y a pas de signe de non-coopération. En conséquence, l'examen des critères de gravité ne montre aucun élément pouvant considérer les douleurs fibromyalgiques de l'assurée comme ayant un caractère invalidant. Les limitations fonctionnelles Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout de préférence à la guise de l'assurée ou au minimum 2x/heure. Pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, éviter les positions accroupies ou en genuflexions. Pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable, pas de position statique prolongée au niveau du rachis dorso-cervical. Possibilité d'effectuer au minimum toutes les deux heures une pause d'environ 15 à 20 minutes pour réaliser des exercices de détente musculaire. Pas de position statique debout prolongée au-delà de 10 à 15 minutes. Diminution du périmètre de marche à environ  $\frac{3}{4}$  d'heure. Aucune sur le plan psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? L'assurée a été mise en arrêt de travail total le 15.08.2006 en raison de sa problématique douloureuse lombaire, l'arrêt est médicalement justifié pour des raisons somatiques. Aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique ne motive cette mise en arrêt de travail. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'assurée n'a plus repris son activité professionnelle. Dans le contexte de sa problématique douloureuse, une prise en charge psychiatrique a eu lieu durant cinq séances, avec une interruption d'un commun accord et l'absence d'incapacité de travail signalé par la psychiatre. L'examen de ce jour confirme que l'assurée est en parfaite santé psychiatrique et qu'elle n'est atteinte d'aucune maladie à caractère invalidant. Sur le plan somatique, une incapacité de travail totale peut être reconnue dans son activité habituelle depuis le 15.08.2006 jusqu'à fin avril 2007 (six mois après l'intervention de spondylodèse). Depuis mai 2007, l'assurée présente une capacité de travail théorique dans son activité habituelle de l'ordre de 50%. Concernant la capacité de travail exigible, l'activité habituelle de l'assurée est une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. De ce fait, une reprise dans ce domaine est théoriquement possible à un taux de 50% depuis avril 2007. Après une période de réadaptation progressive à l'effort, un réentraînement et un reconditionnement musculaire, l'assurée devrait pouvoir atteindre une pleine capacité de travail dans son domaine d'activité habituelle avec une diminution de rendement de l'ordre de 15% au regard des limitations fonctionnelles présentées. Sur le plan psychiatrique, elle est totale, comme elle l'a toujours été dans toute activité". Le 4 décembre 2008, l'assurée a consulté le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de l'appareil locomoteur du CHUV. Dans un rapport du 5 décembre 2008, ce dernier a posé le diagnostic de status 2 ans post-spondylodèse minimale invasive L5-S1 de type TLIF. Il a indiqué que la situation ne s'était pas beaucoup améliorée, avec des douleurs surtout lombaires mais également irradiantes dans les deux jambes. Dans un projet de décision du 14 avril 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente, en raison d'un degré d'invalidité de 16.76%, compte tenu d'un statut d'active à 60% et de ménagère à 40%. Le 19 juin 2009, l'assurée a fait part de ses objections, concluant à l'octroi de trois quarts de rente ou d'une rente entière. Dans un avis médical du 30 novembre 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu ce qui suit: "Concernant les limitations fonctionnelles, il convient d'ajouter que l'activité doit être répartie sur les 5 jours ouvrables dès le 1<sup>er</sup> avril 2007. Les médecins de l'assurée mettent en avant des plaintes subjectives de l'assurée alors que l'examen SMR s'est attaché à faire ressortir clairement les éléments objectifs, tant somatiques que

psychiatriques. Les constatations objectives du neurologue vont dans le même sens que le SMR. L'examen rhumatologique SMR est précis avec soucis du détail. Il relève les plaintes de l'assurée et base l'exigibilité sur les éléments objectifs du dossier et les faits de l'examen clinique. Les plaintes de l'assurée assimilables à une fibromyalgie, diagnostic retenu par le Dr E. \_\_\_\_\_ rhumatologue de l'assurée dans son courrier du 1<sup>er</sup> mai 2009, sont retenues comme diagnostic par le SMR et appréciées justement à la lumière de la jurisprudence du TFA en cas de fibromyalgie. Les pièces médicales versées au dossier depuis le 17 septembre 2008 ne concernent aucun fait nouveau ni [aucune] péjoration significative des problèmes de santé présents lors de l'examen SMR de septembre 2008. Les conclusions du SMR ne sont pas contredites par le rapport médical du Dr Y. \_\_\_\_\_ qui retenait le 21 août 2007 une exigibilité de 50% dans la profession habituelle. Nous maintenons notre position". Par décision du 4 février 2010, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Se fondant sur les constatations médicales du SMR et sur l'enquête économique, il a retenu que l'assurée présentait pour la part active, exercée à 60%, des empêchements de 16.66%, et pour la part de ménagère, exercée à 40%, des empêchements de 16.9%. Sur cette base, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité total de 16.76%. B. Par acte de son mandataire du 11 mars 2010, T. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 15 août 2007, avec intérêts à 5% l'an dès le 15 août 2009. Elle a contesté les conclusions du SMR sur le plan médical, expliquant notamment que les diagnostics de spondylolisthésis L5-S1 sur lyse bilatéral et de discopathie L5-S1 avec arthrose postérieure ont été ignorés, et celles de l'enquête ménagère sur le plan économique, dès lors que le taux d'empêchement de 6.76% dans l'activité de ménagère a été sous-estimé. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale et d'une nouvelle enquête ménagère. Dans sa réponse du 29 avril 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR sur le plan médical et de l'enquête ménagère sur le plan économique, de sorte qu'un complément d'instruction n'était pas justifié. Dans le cadre de sa réponse, l'OAI a produit un avis médical du 20 avril 2010 des Drs V. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, du SMR, qui indiquent ce qui suit: "Cette assurée de 44 ans présente des lombalgies variables depuis l'adolescence. Durant le courant de l'année 2006, elle a décrit une exacerbation de ses douleurs lombaires qui étaient à l'origine de la mise en incapacité de travail. Les examens complémentaires ont mis en évidence un antélisthésis de L5 sur S1 associé à une clinique de syndrome lombaire algique aigu irradiant au niveau des membres inférieurs sans topographie précise et ne répondant pas à un traitement conservateur. Une spondylodèse par vis transpédiculaire L5-S1 a été réalisée en novembre 2006. L'évolution postopératoire est marquée par une persistance du syndrome algique lombaire. Le diagnostic retenu par le SMR est celui de lombosciatalgies chroniques associées à des pseudo-sciatalgies dans un contexte de status après spondylodèse, d'antélisthésis résiduel de grade I L5-S1 et de modifications inflammatoires L5-S1. Il n'a pas été établi de lien de causalité entre les plaintes douloureuses de l'assurée et la spondylodèse, les douleurs existaient antérieurement à cette intervention et n'ont pas été améliorées par cette intervention, une des hypothèses émises est qu'elles n'ont peut être pas comme origine l'instabilité vertébrale traitée par la spondylodèse. L'expertise neurologique réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_ le 28.11.2007 avait retenu l'absence de syndrome radiculaire tant irritatif que déficitaire. Une électroneuromyogramme du membre inférieur G avait été mis en place qui n'a mis en évidence aucun trouble de la conduction dans les territoires des racines L4-L5 et S1. Cet examen élimine toute souffrance des nerfs ayant pour origine les racines nerveuses

suscitées. Le Dr B. \_\_\_\_\_, comme le médecin du SMR, retrouve une manoeuvre de Lasègue normale. Aucun des médecins de l'assurée n'évoque une cause possible des douleurs du registre uniquement de la spécialité orthopédique. Nous nous trouvons dans le cadre de dorsolombalgies chroniques sans syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Le tableau clinique est dominé par les plaintes de l'assurée sous forme de douleurs. Il n'existe pas de comorbidité majeure associée et ce tableau douloureux chronique a été apprécié par le SMR à la lumière de la jurisprudence du Tribunal Fédéral en la matière. Dans ce contexte où le lien de causalité n'est pas établi entre les problèmes orthopédiques de l'assurée et les douleurs qui justifient les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, il n'y a pas de raison médicale objective à compléter l'examen clinique réalisé au SMR par un examen de type expertise orthopédique, les problèmes de l'assurée ne prenant pas leurs racines dans cette sphère. Ce qui importe c'est la définition précise des limitations fonctionnelles. On relèvera que depuis le rapport médical du Dr Y. \_\_\_\_\_ en date du 21.08.2007, il n'y a eu aucune aggravation, ni fait nouveau qui permette de justifier une modification de l'appréciation de l'exigibilité dans une activité adaptée du Dr Y. \_\_\_\_\_, soit 4 à 5h00 par jour. Pour répondre à votre question, nous concluons qu'un rhumatologue, un médecin spécialisé en médecine physique, réadaptation, a autant de compétences et d'expérience qu'un orthopédiste pour examiner une personne souffrant de dorsolombalgies chroniques dans le contexte des problèmes de santé de l'assurée tels que décrit ci-dessus". Dans sa réplique du 24 juin 2010, la recourante a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise sur le plan médical. Elle a répété ses arguments et s'est prévalu de ses troubles psychiques. En l'absence d'expertise judiciaire, elle a annoncé qu'elle se soumettrait à une expertise privée, ce qui supposait une suspension de la procédure. Par duplique du 15 juillet 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions, expliquant que des investigations complémentaires sur le plan médical n'étaient pas justifiées. Il a produit un avis médical du 9 juillet 2010 des Drs V. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, du SMR, qui relèvent ce qui suit: "Le document de la consultation du 30.01.2008 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, psychiatre, n'expose pas de fait nouveau ni d'aggravation au niveau psychiatrique depuis l'examen SMR de 2008. L'assurée y est décrite comme calme, collaborante et orientée. Son discours est qualifié de clair et d'informatif. Ce que note le Dr N. \_\_\_\_\_ est principalement la déception, l'incompréhension et une certaine agressivité face aux résultats de l'opération dont a bénéficié antérieurement l'assurée. La Dresse N. \_\_\_\_\_ relève qu'il n'y a ni anhédonie ni d'idées suicidaires et qu'il n'y a pas de symptomatologie psychotique non plus. Au niveau de l'évolution, il est noté que la symptomatologie dépressive de l'assurée s'est clairement améliorée. Il n'y a donc aucun élément permettant de retenir une quelconque aggravation postérieure à l'examen SMR rhumatologique et psychiatrique qui avait été réalisé le 17.09.2008. La lettre signée par le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin-chef et chirurgien du rachis, datée du 1.06.2010, est une réponse à l'avocat de l'assurée. Elle n'expose aucun fait médical objectif nouveau. La lettre de sortie en date du 21.11.2006 du service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur du CHUV, relate des faits médicaux qui ont été pris en compte dans l'appréciation des médecins SMR en septembre 2008. Le courrier du 24.12.2008 adressé à l'assurée, signée par le Dr R. \_\_\_\_\_, interprète les images de l'IRM du 16.12.2008. Il retient dans ce courrier qu'il n'y a rien de bien inquiétant sur l'IRM. Il décrit une image de cicatrice autour de la racine L5 du nerf sciatique à gauche. Il n'y a donc pas de fait nouveau, ce fait étant connu de longue date. Le compte-rendu de consultation du 4.12.2008 en date du 5.12.2008, adressé au Dr Y. \_\_\_\_\_ par le Dr R. \_\_\_\_\_, décrit une situation qui ne s'est pas beaucoup

améliorée, aux dires du Dr R. \_\_\_\_\_, depuis la dernière consultation. Les douleurs sont similaires à celles prises en compte par les médecins du SMR. Le fait qu'elles peuvent prendre une allure de radiculalgie L5 était déjà relevé comme diagnostic d'atteinte principale à la santé par le rapport SMR du 17.10.2008 puisque les lombalgies chroniques y sont associées à des pseudo-sciatalgies, ce qui est similaire à ce que décrit le Dr R. \_\_\_\_\_ dans ce rapport. Il n'y a donc pas de modification du status clinique. Il n'y a donc pas d'aggravation objective durable des maladies qui affectent l'assurée depuis le rapport d'examen SMR de 2008". Le 9 septembre 2010, la recourante a confirmé ses conclusions. C. La présente cause a été suspendue le 7 juillet 2011 par la juge instructeur, pour permettre à la recourante de produire une expertise privée. Le 14 mai 2012, en l'absence d'expertise, la recourante a déposé les documents suivants: - Un rapport de consultation du 17 février 2012 des Drs P. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au département de psychiatrie du CHUV, et D. \_\_\_\_\_, médecin assistante, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a notamment évoqué une patiente épuisée sur le plan psychologique par la persistance d'une symptomatologie douloureuse chronique. - Un fax du 24 février 2012 du service de rhumatologie du CHUV, attestant notamment de lombalgies chroniques avec irradiation des MI, de fibromyalgie, de syndrome dépressif, de dyslipidémie, d'hypothyroïdie, de déficit de vitamine D, de dyspnée de stade III et orthopnée, et d'influenza de type B. - Un rapport du 19 mars 2012 du Dr [...], chef de clinique au service de rhumatologie du CHUV, posant les diagnostics principaux de syndrome lombo-spondylogène, de syndrome somatoforme douloureux persistant et d'influenza de type B. Ce médecin a notamment fait état de douleurs de type mixte d'une intensité de 8/10, avec augmentation des douleurs en fin de journée. Le 6 juin 2012, l'OAI a confirmé ses conclusions, en l'absence d'éléments objectifs nouveaux susceptibles de justifier une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée. Il a produit un avis médical du 30 mai 2012 des Drs F. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, qui relèvent en particulier ce qui suit: "Les diagnostics somatiques retenus par les médecins du CHUV sont un syndrome lombo-spondylogène ou syndrome lombo-vertébral dans un contexte post spondylodèse L5-S1 en 2006 avec spondylolisthésis de grade II, infiltration en 2009 et actuellement des troubles dégénératifs lombaires inférieurs et scoliose sinistro-convexe centrée sur L2. Ces problèmes sont similaires à ceux retenus lors de l'examen SMR de 2008 page 7/10. La radiographie du 26 août 2008 décrivait une «attitude sinistroconvexe du rachis lombaire» et une bascule du bassin de défaveur de la gauche. Le MODIC II retenu en 2008 correspond au spondylolisthésis de grade II observé en 2012. En page 4 de sa lettre du 19 mars 2012 le Dr [...] écarte un fait nouveau ou une aggravation somatique puis écrit: «Selon le Dr [...] il y a une importante souffrance psychologique liée au fait que l'Al reconnaisse chez cette patiente une CT de 50% (=épine irritative)». D'après le Dr [...] repris par le Dr [...], la souffrance psychologique de l'assurée ne prend pas sa source dans la sphère médicale. Il n'y a donc pas de fait nouveau ou d'aggravation d'un point de vue ostéoarticulaire depuis l'examen SMR de 2008 et notre dernier avis du 9 juillet 2010. Le syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 diagnostiqué le 13 février 2012 par le Dr D. \_\_\_\_\_ est associé à un épisode dépressif moyen F32.1. Ces 2 diagnostics sont repris par le Dr [...] dans sa lettre de sortie datée du 19 mars 2012. Le TSD ne constitue pas un fait nouveau puisque l'examen SMR de 2008 retenait déjà des douleurs en faveur d'une fibromyalgie M79.0. Quant à l'épisode dépressif moyen il est déjà diagnostiqué en mai 2008 par le Dr [...] et avait été pris en compte en 2008 lors de l'examen bidisciplinaire SMR à la lumière de la jurisprudence du TFA en matière de

TSD/fibromyalgie. La grippe diagnostiquée le 20 février 2012 et le déficit sévère en vitamine D ont été traités. Aucune modification durable notable de l'état de santé de l'assurée n'est donc rendue plausible par les pièces médicales versées au dossier depuis notre dernier avis".

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Dans le cas présent, le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité, prestation refusée par l'OAI. La recourante conclut à l'octroi d'une rente entière à compter du 15 août 2007.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité,

l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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, 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 les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; TF 9C\_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 3.2.1). c) Selon la jurisprudence, 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et les références citées). 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. 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 (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées). d) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146). aa) Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3; 125

V 146 consid. 2c; 117 V 194 consid. 3b; TFA I 257/04 du 17 mars 2005). bb) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) – pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (TF 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). L'enquête économique sur le ménage permet d'abord d'estimer l'étendue d'empêchements dus à des troubles physiques. Elle conserve néanmoins valeur probante lorsqu'il s'agit d'évaluer les empêchements que l'intéressée rencontre dans l'exercice de ses activités habituelles en raison de troubles psychiques. Ce n'est qu'en cas de divergences entre les résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical que celles-ci ont, en général, plus de poids. Cette priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et des empêchements qui en résultent (TF 9C\_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2 et la jurisprudence citée). cc) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146; 130 V 393 consid. 3.3). 4. Dans le cas présent, sur le plan médical, la recourante conteste les conclusions du SMR et fait valoir que le dossier n'a pas été suffisamment

instruit. a) Sur le plan somatique, l'assurée a été soumise le 17 septembre 2008 à un examen rhumatologique au SMR, effectué par le Dr M.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 30 septembre 2008, ce médecin a posé les diagnostics de status après spondylodèse L5-S1, d'antélisthésis résiduel de grade I L5-S1 et de modification inflammatoire L5-S1 (Modic II). Sur le plan neurologique, l'examen effectué au SMR n'a pas mis en évidence de trouble objectif, aussi bien sur le plan sensitif que moteur, ce qui rejoint les constatations du Dr B.\_\_\_\_\_, qui a retenu, en substance, l'absence de lésions neurologiques et a évoqué la possibilité d'une reprise progressive de la profession actuelle. Les documents radiologiques ont mis en évidence un status après spondylodèse avec persistance d'un antélisthésis de grade I de L5 sur S1 associé à un phénomène inflammatoire. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie algique chronique, au niveau du rachis et aux membres inférieurs, avec un sentiment de fatigue et d'épuisement intense. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée (soit une activité sans fortes charges physiques), ce médecin a retenu dans l'activité habituelle (aide-horlogère ou vendeuse) une capacité de travail de 50% depuis avril 2007, qui après une période de trois à six mois pouvait être entière avec une diminution de rendement de 15%. Les Drs V.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 20 avril 2010) ont expliqué de façon convaincante que les plaintes douloureuses de l'assurée, qui existaient avant la spondylodèse, ne résultent pas de cette intervention, et qu'une électroneuromyogramme du membre inférieur gauche n'a mis en évidence aucun trouble de la conduction dans les territoires des racines L4-L5 et S1. Il y a donc lieu de retenir, selon ces médecins du SMR, que les douleurs chroniques ressenties par l'assurée n'ont pas de cause organique sur le plan orthopédique. Comme l'a retenu le Dr V.\_\_\_\_\_, les médecins traitants de l'assurée mettent en avant les plaintes subjectives de celle-ci et ne se basent pas sur d'autres constatations objectives que celles retenues par le SMR (avis médical du 30 novembre 2009). Ainsi, les constatations radiologiques du Dr R.\_\_\_\_\_ et l'avis de ce médecin s'agissant des douleurs subjectives n'apportent aucun fait médical objectif nouveau par rapport à l'examen effectué en septembre 2008 au SMR (avis médical du 9 juillet 2010 des Drs V.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_). En outre, les constatations du Dr L.\_\_\_\_\_ ne contiennent pas d'éléments ayant été ignorés par les médecins du SMR. Par ailleurs, l'avis du Dr Y.\_\_\_\_\_, en tant que médecin traitant de l'assurée et dont l'opinion doit donc être appréciée avec les réserves d'usage, ne saurait permettre d'infirmer les conclusions du SMR. Quant aux rapports médicaux produits ultérieurement par la recourante, soit ceux du service de rhumatologie du CHUV, ils n'apportent pas de fait nouveau ni ne justifient d'aggravation d'un point de vue ostéoarticulaire depuis l'examen effectué au SMR; la grippe diagnostiquée le 20 février 2012 et le déficit sévère en vitamine D sont en outre traités (avis médical du SMR du 30 mai 2012 des Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_). A cela s'ajoute que, dans la mesure où ils se rapportent à la situation de fait après le 4 février 2010, ces rapports médicaux ne sont pas pertinents dans la présente cause, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 3). Dès lors, il appert que le rapport d'examen du SMR, dont les conclusions ne sont pas contredites par les autres pièces médicales figurant au dossier, satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il y a donc lieu de retenir que l'assurée présente, sur le plan somatique, une capacité de travail de 50% depuis avril 2007 dans son activité habituelle. Contrairement à ce que soutient la recourante, on précisera qu'il s'agit d'une capacité de travail calculée par rapport à une activité à plein temps, et non par rapport à un taux de 60%.

En effet, s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail sur le plan somatique, il n'est nulle part mentionné que le taux d'exigibilité de 50% doit être calculé par rapport au taux d'occupation de 60% qui était celui de l'assurée auprès de l'entreprise C.\_\_\_\_\_ AG. b) Sur le plan psychique, l'assurée a fait l'objet d'un examen psychiatrique au SMR, effectué le 17 septembre 2008 par la Dresse Z.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 30 septembre 2008, cette spécialiste a posé le diagnostic d'antécédents anamnestiques possibles d'éléments dépressifs à caractère réactionnels. Elle a constaté une assurée de bonne constitution psychique et en pleine santé, confirmant l'absence de psychopathologie, de sorte que l'exigibilité professionnelle était entière depuis toujours et dans toute activité. Elle a relevé que le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionnait certes des facteurs psychogènes dont la chronicisation de troubles douloureux, mais sans attester d'incapacité de travail. Au sujet de l'avis de la Dresse [...], la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a relevé que même si des éléments dépressifs avaient existé entre février et mai 2007 (voire qu'il y ait un trouble de la personnalité), aucune incidence n'en avait résulté sur la capacité de travail. Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue sur le plan psychiatrique, l'examen confirmant que l'assurée était en parfaite santé psychique et qu'elle n'était atteinte d'aucune maladie à caractère invalidant. Les constatations ainsi que l'avis de la Dresse N.\_\_\_\_\_ (rapport du 27 février 2008) ne justifient pas d'aggravation par rapport à l'examen psychiatrique effectué au SMR, ainsi que l'on relevé les Drs V.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 9 juillet 2010). La Dresse N.\_\_\_\_\_ a du reste noté que la symptomatologie dépressive de la patiente, au 3<sup>ème</sup> entretien de psychothérapie, s'était clairement améliorée sous traitement antidépresseur; elle n'a en outre pas retenu de période d'incapacité de travail. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen, retenu par le Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport du 17 février 2012), a déjà été pris en compte lors de l'examen effectué au SMR, ainsi que l'on relevé les Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ (avis médical du 30 mai 2012), de sorte qu'il ne s'agit pas d'un problème nouveau; à cela s'ajoute que le Dr P.\_\_\_\_\_ ne retient pas de période d'incapacité de travail et que ses constatations, dans la mesure où elles se rapportent à la situation de fait après le 4 février 2010, ne sont pas pertinentes dans la présente cause, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 3). Dès lors, en l'absence de constatations médicales contraires, on ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, du SMR. En particulier, les psychiatres et psychologues traitants de l'assurée, dont les avis doivent être appréciés avec les réserves d'usage, n'ont pas fait de constatations ayant été ignorées par le médecin du SMR, dont le rapport d'examen a donc valeur probante. Il y a donc lieu de retenir que la recourante présente, sur le plan psychiatrique, une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement. c) Lors de l'examen au SMR, les Drs M.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont retenu un discours algique chronique avec présence de signes de non-organicité selon Smythe et selon Waddell en faveur d'une fibromyalgie. Au vu de l'ensemble de la symptomatologie algique, de l'absence de réponse favorable aux différents traitements et de signes évidentes de non-organicité, ils ont posé le diagnostic de fibromyalgie. Ce même diagnostic a été posé par le service de rhumatologie du CHUV (fax du 24 février 2012). Quant aux Drs P.\_\_\_\_\_ (rapport du 17 février 2012) et X.\_\_\_\_\_ (rapport du 19 mars 2012), ils ont retenu la présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. Les Drs M.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont retenu l'absence de comorbidité psychiatrique – ce qui a été confirmé par les Drs V.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 20 avril 2010) – et d'affection corporelle chronique à caractère

invalidant. Le processus maladif s'étendait en tout cas depuis août 2006, sans rémission durable. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, le processus défectueux de résolution de conflits pouvant être mis en corrélation avec la dynamique psychosociale, l'assurée menant une vie active et bien remplie à son domicile. Les traitements conformes aux règles de l'art ont été prescrits et l'assurée ne montrait aucune attitude algique. En conséquence, ces médecins ont retenu que les douleurs fibromyalgiques de l'assurée ne revêtaient pas de caractère invalidant. Les médecins du SMR, se prononçant au sujet des nouvelles pièces médicales déposées par la recourante, ont par la suite confirmé cette appréciation (avis médicaux des 30 novembre 2009, 20 avril 2010 et 6 juin 2012). On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis – en l'occurrence convaincant et dûment motivé – des médecins du SMR, qui sont au demeurant les seuls médecins à s'être prononcés au sujet du caractère invalidant de la fibromyalgie (respectivement du syndrome somatoforme douloureux persistant). Dès lors, à l'aune des critères en la matière posés par la jurisprudence, il y a lieu de retenir que cette atteinte ne revêt pas de caractère invalidant. d) Force est dès lors de constater qu'aucune modification durable et notable de l'état de santé de l'assuré n'est rendue plausible par ces nouvelles pièces médicales. L'OAI a pleinement pris en compte l'ensemble de ces atteintes dans son appréciation. Partant, sur le plan médical, il y a lieu de retenir que l'assurée présente une capacité de travail de 50% d'un plein temps, dans son activité habituelle, depuis avril 2007. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées). 5. Sur le plan économique, la recourante conteste les conclusions de l'enquête sur le ménage diligentée par l'OAI, spécifiquement le taux d'empêchement dans l'activité de ménagère. a) Dans le formulaire 531bis qu'elle a rempli le 18 septembre 2007, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60% dans le secteur horloger, par nécessité financière et dans le but de rester active. Ce taux de travail correspond à celui indiqué par C. \_\_\_\_\_ AG dans le questionnaire pour l'employeur, qui a retenu que l'assurée, avant son atteinte à la santé, travaillait à raison de 24h par semaine, sur un horaire habituel dans cette entreprise de 40h par semaine (ce taux correspond à un poste à 60%). C'est donc à juste titre que, dans les rapports d'enquête économiques des 22 juillet 2008 et 28 janvier 2010, l'assurée a été considérée comme active à 60% et ménagère à 40%. S'agissant des empêchements dans l'activité de ménagère, le rapport d'enquête du 22 juillet 2008 retient notamment que l'assurée fractionne son travail et met plus de temps (pour l'alimentation), qu'elle peut épousseter et passer l'aspirateur, sauf pour les finitions (pour l'entretien du logement), qu'elle se déplace une fois par semaine pour faire ses courses, et charge la voiture (pour les emplettes), et qu'elle trie et pend le linge, bénéficie d'un chariot fabriqué par son mari, mais est limitée pour le repassage (pour la lessive). Pour chacune de ces tâches, ainsi que pour les divers (plantes et animaux domestiques), l'assurée bénéficie de l'aide de son mari. Elle ne s'occupe pas des enfants de son mari, qui sont adolescents et ne vivent pas en permanence

avec le couple. Le rapport d'enquête du 28 janvier 2010 ajoute que l'assurée est limitée dans les nettoyages de cuisine, et qu'elle bénéficie de l'aide de son mari (pour l'alimentation). b) Il en ressort que l'assurée, si elle est empêchée d'accomplir certaines tâches ménagères, bénéficie de l'aide – en l'occurrence non négligeable – de son mari. Or, les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). Dès lors, on ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions des rapports d'enquête diligentés par l'OAI, qui ont donc valeur probante, ce d'autant plus que la recourante n'apporte aucun élément concret et pertinent permettant de s'en écarter, le dossier étant complet du point de vue économique. Il y a donc lieu de retenir que la recourante présente, dans son activité de ménagère, un degré d'empêchement total de 16.9%, comme retenu dans les rapports d'enquête ménagère. Il découle de ce qui précède que l'assurée présente dans son activité lucrative, exercée à 60%, un degré d'empêchement de 16.66%  $[(60-50) : 60 \times 100]$ ; TFA I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 4.2.2.2), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 10%. Pour l'activité de ménagère, exercée à 40% et compte tenu d'un degré d'empêchement de 16.9%, le degré d'invalidité est de 6.76%. Il en résulte que le taux d'invalidité global est de 16.76%, ce qui est inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). c) Partant, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité, ce qui conduit au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. 6. 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). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 4 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 500 (cinq cents) francs est mis à la charge de T.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour T.\_\_\_\_\_) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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