

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 345 vom 26. Juni 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-06-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_345](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__345)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 345 du 26 juin 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 345 del 26 giugno 2012

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, EXPERTISE | 28 al. 2 LAI, 16 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 26.06.2012 Arrêt / 2012 / 345

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, EXPERTISE | 28 al. 2 LAI, 16 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 106/11 - 214/2012 ZD11.013302 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 26 juin 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Jomini Juges :

MM. Gasser et Monod, assesseurs Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre

: F. \_\_\_\_\_, à Gland, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA; art. 28 al. 2 LAI En fait : A. F. \_\_\_\_\_

(ci-après: l'assurée), née en 1955, sans formation professionnelle, a travaillé comme employée de maison (femme de ménage) jusqu'en janvier 2003. Le 9 mars 2004, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente. A la demande de l'assureur perte de gain en cas de maladie, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a examiné l'assurée et a rédigé le 16 décembre 2003 un rapport d'expertise, dont on extrait notamment ce qui suit: "Nous sommes donc en présence d'une sciatique sur hernie discale radiologiquement documentée, réfractaire au traitement conservateur avec persistance de signes de compression radiculaire après une évolution de 10 mois et avec une bonne corrélation radio-clinique. Les différents traitements conservateurs ont donné ce qu'ils ont pu, sans fondamentalement changer le cours de l'affection. Des infiltrations épidurales à la Clinique [...] ont été un échec. Selon les critères généralement admis, la patiente réunit donc toutes les conditions nécessaires à poser une indication opératoire électorale à une discotomie. [...] En mettant en balance d'un côté les inconvénients et des complications possibles, de l'autre côté l'issue incertaine surtout en terme d'investissement de temps, ainsi que les répercussions qu'une attitude expectative peut avoir et a déjà eu sur le plan psychologique, professionnel et social, les arguments en faveur d'une intervention ont nettement plus de poids. [...] Vu la persistance d'un syndrome vertébral et d'un syndrome de compression radiculaire à caractère très mécanique, l'incapacité dans la profession de femme de ménage reste totale. Dans une activité sans effort physique, tel que se pencher, porter des objets, faire des mouvements requis dans les activités de nettoyage, on pourrait théoriquement exiger une capacité de travail de 50% au stade actuel. [...] En cas d'intervention chirurgicale, il est tout à fait possible, voire

probable, que la patiente pourra reprendre son activité antérieure. En attendant, l'intervention semble non seulement indiquée du point de vue d'une amélioration de la capacité de gain mais simplement en raison de l'amélioration de la qualité de vie". L'OAI a requis l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée. Dans son rapport du 31 mars 2004, ce médecin a diagnostiqué des lombalgies mécaniques chroniques, des petites hernies L4-L5 et L5-S1, un rétrécissement du canal médullaire L4-S1 et une arthrose zigapophysaire débutante L5-S1. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 24 janvier 2003 et relevé que l'assurée ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple comme couturière, l'intéressée présentait une pleine capacité de travail. Dans un rapport du 11 octobre 2004, ce médecin a estimé à 50% la capacité de travail dans une activité adaptée (travaux légers manuels dans une position assise). Une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 15 octobre 2004, l'OAI a retenu que l'assurée se considérait comme active de 70 à 75%. Le degré total d'empêchement pour la tenue du ménage a été évalué à 41.8%. Dans un document interne du 25 octobre 2004, l'OAI a retenu le statut de personne active à 70% et de ménagère à 30%. B. Sur requête de l'OAI, une expertise rhumatologique a été mise en œuvre auprès du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 23 juin 2005, ce médecin a retenu ce qui suit: "L'assurée présente donc des rachialgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs modérés avec discopathie L5-S1 et petit canal lombaire étroit congénital étagée. Elle ne présente pas de signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Le bilan radiologique montre certes des troubles dégénératifs, lesquels sont cependant compatibles avec l'âge de la patiente mais faisant partie de l'évolution naturelle. L'examen rhumatologique de ce jour est somme toute rassurant. [...] L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit en avant plan d'un syndrome idiopathique polyalgique diffus avec présence de tous les points de fibromyalgie, reflet d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur. L'ensemble des éléments objectifs ne [permet pas] d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle [qu'elle entraînerait] dans [la] vie quotidienne dont se plaint l'assurée. [...] Du point de vue somatique, l'assurée dispose d'une capacité de travail dans son activité professionnelle antérieure de ménagère de 70%. Dans une activité adaptée, sa capacité est estimée à 100%, en tenant compte des limitations fonctionnelles, à savoir: station debout ou assise prolongée, mouvements de rotation sur les MI, montée ou descente d'escaliers fréquemment, mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, port de lourdes charges au-dessus de 5 kg. [...] 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Probablement, étant donné que l'assurée est âgée de 50 ans, qu'elle a effectué une scolarisation, qu'elle présente une certaine motivation à reprendre une activité professionnelle. [...] 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? A 100% avec restriction d'un point de vue ostéo-articulaire décrite ci-dessus. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Du point de vue ostéo-articulaire pur, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement dans une activité adaptée". Sur requête de l'OAI, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et directeur du secteur psychiatrique [...]. Dans son rapport d'expertise du 14 septembre 2007, ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne sans syndrome somatique, de retard mental léger et de troubles mixtes de la personnalité. Il a retenu en particulier ce qui suit: "La compréhension de la situation médicale de l'expertisée ne peut s'appréhender qu'en intégrant les données

somatiques avec les données psycho-sociales. L'expertisée qui présente des troubles cognitifs depuis sa naissance sous forme d'un retard mental léger n'a pu développer dans le cadre d'un milieu socio-familial carencé sur le plan affectif (fratrie importante, milieu rural et pauvre) une structure de personnalité mature. L'émergence de douleurs secondaires à une affection somatique a brisé le fragile équilibre que présentait l'expertisée. Les douleurs ont été pour l'expertisée le révélateur inconscient de ses problèmes de dépendance et de sa finitude. Ayant peu de ressources cognitives, émotionnelles et affectives auxquelles s'associent un trouble mixte de la personnalité, l'expertisée a développé un état dépressif qu'elle a tendance à dénier et un état régressif. Les éléments somatiques, cognitifs auxquels se surajoutent un trouble de l'humeur et un trouble de la personnalité entraînent depuis 2003 une incapacité de travail de 90%. Celle-ci est peu susceptible d'évoluer en raison des nombreux déficits que présentent l'expertisée. [...] En conséquence, les douleurs que présente l'expertisée constituent donc un empêchement à l'accomplissement de son emploi. De surcroît le trouble mixte de la personnalité et le retard mental impliquent des capacités de gestion intellectuelle et affective diminuées. L'état dépressif concomitant ne fait qu'aggraver la situation". Le 26 octobre 2007, à la demande de l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_ a apporté des précisions à son expertise, indiquant notamment ce qui suit: "Chez cette expertisée, il est particulièrement important d'appréhender sa capacité de travail de manière multidimensionnelle, à savoir sur le modèle bio-psychosocial. Un raisonnement linéaire et fragmenté paraît peu pertinent dans le cas d'espèce, les déficits présentés par l'expertisée sont certainement supérieurs à la somme des parties. Ceci étant dit, les limitations fonctionnelles strictement psychiatriques sont représentées par des difficultés de concentration et d'attention, une diminution des capacités d'adaptation et de mobilisation de son énergie, une asthénie, des difficultés de verbalisation et de compréhension, une diminution des capacités de généralisation, de pensée catégorielle et de conceptualisation, une diminution des capacités d'apprentissage, une importante difficulté à saisir une situation dans son ensemble ainsi qu'une diminution du raisonnement logique. [Dans] les conditions actuelles de l'expertisée, la capacité de travail est de 30% du point de vue psychiatrique". Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport médical du 22 novembre 2007, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie au SMR, a retenu l'atteinte principale de syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire en présence d'une discopathie L4-5 modérée, et une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Il a critiqué les constatations du Dr R. \_\_\_\_\_, puis retenu qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ni de perte d'intégration psycho-sociale dans tous les domaines de l'existence. C. Dans un préavis du 16 juillet 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu un degré d'invalidité de 0% dans l'activité lucrative habituelle d'employée de maison, exercée à 70%, et de 12.6% dans l'activité de ménagère, exercée à 30%. L'assurée a contesté ce préavis et déposé un rapport du 29 septembre 2008 du Dr E. \_\_\_\_\_, mettant en cause les limitations fonctionnelles dans l'exercice des tâches ménagères. Par décision du 11 novembre 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Se référant respectivement à l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ et au rapport d'examen du SMR, il a indiqué que l'assurée présentait, du point de vue somatique et psychique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour l'activité de ménagère, exercée à 30%, compte tenu d'un taux d'empêchement de 41.8% selon le rapport d'enquête économique, il a retenu un degré d'invalidité de 12.6%. Pour l'activité lucrative d'employée de maison, exercée à 70%, se

fondant sur un revenu d'invalidé de 30'608 fr. 32 – pour des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2004, compte tenu d'un abattement de 10% – et sur un revenu sans invalidité de 33'874 fr., l'OAI a calculé un degré d'invalidité de 6.74%. Ainsi, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité total de 19.34%. D. Le 11 décembre 2008, l'assurée a recouru contre cette décision au Tribunal des assurances. Elle a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière à compter d'une date à dire de justice et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Contestant l'appréciation des preuves effectuée par l'OAI, elle s'est fondée sur l'expertise psychiatrique du Dr R. \_\_\_\_\_, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter, et sur les conclusions de l'enquête ménagère, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière. Dans sa réponse du 16 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à la décision attaquée et à l'avis du SMR. Dans ses déterminations du 9 avril 2009, la recourante a réitéré ses arguments; au cas où l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ ne devait pas avoir valeur probante, elle a proposé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 9 février 2010 (cause AI 620/08), rejeté le recours formé par l'assurée. Il a tout d'abord relevé que l'assurée ne réclamait pas d'autres prestations que l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur la base des constatations de l'expert R. \_\_\_\_\_ et de l'avis du SMR, il a retenu que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique, avant d'ajouter que l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ n'était pas probante s'agissant de l'estimation de la capacité de travail. Il a ajouté que les pièces médicales au dossier étaient suffisantes pour se prononcer sur les critères posés par la jurisprudence en matière de fibromyalgie et qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique. E. Le 25 mars 2010, l'assurée a formé un recours en matière de droit public au Tribunal fédéral contre l'arrêt du 9 février 2010 du Tribunal cantonal. Par arrêt du 18 octobre 2010 (cause 9C\_270/2010), le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé l'arrêt du 9 février 2010 du Tribunal cantonal et lui a renvoyé la cause pour complément d'instruction et nouveau jugement. Il a retenu que les premiers juges ne s'étaient pas prononcés sur l'atteinte somatique, mise en évidence notamment par les Drs K. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_. Au plan psychique, le Tribunal fédéral a indiqué que la juridiction cantonale, en s'écartant de l'avis de l'expert R. \_\_\_\_\_ au sujet du diagnostic de trouble mixte de la personnalité et de son appréciation de la capacité de travail, avait procédé à une constatation des faits manifestement inexacte, et qu'elle ne s'était pas prononcée de façon complète au sujet du caractère invalidant de la fibromyalgie, question pour laquelle l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ ne contenait pas d'éléments suffisants. Le jugement entrepris ne contenait en outre aucune constatation au sujet de la reprise d'une activité lucrative et de l'étendue de la capacité de travail résiduelle. Dès lors, le Tribunal fédéral a fait injonction à la Cour de céans de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, afin de se prononcer sur les problèmes de santé de l'assurée et déterminer sa capacité de travail. F. Après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, une expertise rhumatologique et psychiatrique a été mise en œuvre par le juge instructeur auprès de médecins du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après: le BREM). Dans leur rapport d'expertise du 3 novembre 2011, les Drs U. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose sans radiculopathie et de coxarthrose droite débutante. Ces médecins ont retenu notamment ce qui suit dans leur appréciation du cas: "On se trouve à plus de 8 ans d'évolution d'un état douloureux que Mme estime hautement incapacitant. Elle décrit des douleurs importantes,

permanentes, une résistance thérapeutique. Elle donne, comme réponse sur les questionnaires d'évaluation des douleurs rachidiennes, des scores très élevés d'empêchements. Elle décrit prendre une médication antalgique de paracétamol et de tramadol aux 6 heures voire plus et parfois elle prend un anti-inflammatoire. Elle a revu en cours d'expertise son antalgiste qui a contrôlé le bon fonctionnement de son stimulateur médullaire. Les indices de kinésiophobie (peur du mouvement) sont élevés. Mme décrit une souffrance quotidienne permanente depuis 2003. Objectivement, Mme F. \_\_\_\_\_ est une dame collaborante, vive, en excellent état général. Elle présente un excès pondéral, une insuffisance veineuse des membres inférieurs. Sa gestuelle est harmonieuse, ses déplacements sont aisés, non limités, sans aucune épargne rachidienne ni des articulations périphériques. Elle garde des traces d'utilisation des mains bien marquées, elle n'est pas déconditionnée. Sa dentition fait défaut, Mme ayant perdu prématurément de nombreuses dents, sans que son dentiste ne lui ait mentionné d'affection particulière si ce n'est les soins probablement déficients dans sa jeunesse. Il existe une discrète attitude scoliotique, compensée, sans altération significative des indices de mobilité du rachis que ce soit au niveau cervical et au niveau lombaire. On confirme des douleurs en regard des tissus mous, cellulalgiques et des points d'insertion douloureux en nombre suffisants pour évoquer une fibromyalgie selon les critères de 1990. Il n'y a pas de signe myélopathique ni radiculaire. On confirme une atteinte rachidienne radiologique dégénérative, discrètement évolutive au niveau de la spondylose dorsale entre 2003 et 2008. Chez cette dame de nature souple, mais sans signe d'une laxité pathologique, on constate une discrète limitation de rotation interne de la hanche à droite, qui s'associe radiologiquement à une coxarthrose modérée qui a quelque peu évolué entre 2003 et 2008. Cette coxarthrose n'atteint pas le stade chirurgical actuellement. Il existe des discordances entre les plaintes et les constatations objectives. Elles sont d'autant plus évidentes que Mme F. \_\_\_\_\_ nous a dit devoir prendre plusieurs fois/jour sa médication antalgique en plus du bon fonctionnement de son stimulateur pour tenir le coup. Toutefois notre observation s'est faite alors que les taux sériques des médicaments habituels n'étaient pas détectables. Cette dame prompte, sans altération évidente de mobilité, ne présentant pas un comportement algique était donc sans traitement pouvant influencer ses douleurs mis à part la neuromodulation qui est appliquée depuis 2004. Nous pensons dès lors qu'en présence de critères évidents de Matheson et de signes et symptômes de Waddell, il faut pondérer quelque peu les allégations de l'expertisée. Nous avons reçu un courrier du Dr [...] en cours d'expertise qui a confirmé l'amélioration qu'il a observée depuis l'implantation du neurostimulateur dont le boîtier a été changé deux fois, ce qui atteste que ce traitement reste justifié et sans doute d'une certaine efficacité. La confrontation des éléments subjectifs, des données objectives cliniques et radiologiques nous permet de confirmer les diagnostics posés. Nous nous accordons à l'évaluation du Dr W. \_\_\_\_\_ pour l'exigibilité au travail entre 2003 et 2008. Depuis août-septembre 2008, il existe une discrète évolution radiologique de la coxarthrose droite par rapport à 2003 et de la spondylose surtout au niveau dorsal. Nous avons tenu compte de ces éléments objectifs. Nous gardons les mêmes limitations fonctionnelles que celles de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ qui nous paraissent toujours justifiées. En revanche, nous reconnaissons une incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage à la hauteur de 50% pour le travail à l'extérieur et de 30% pour son propre ménage, à partir d'août 2008, date des documents radiologiques attestant de l'aggravation progressive. Dans un travail simple, ne nécessitant pas de port de charge, permettant l'alternance de positions, la capacité de travail est évaluée à 100%. L'évolution n'est pas telle qu'elle ne permettrait pas un tel travail en plein. Nous

pouvons raisonnablement écarter du diagnostic différentiel la présence d'un rhumatisme inflammatoire, d'une dysendocrinopathie, d'une maladie métabolique, d'une atteinte infiltrative.

### ASPECT PSYCHIATRIQUE

Diagnostic selon CIM-10 Lors du présent examen, il existe quelques symptômes dépressifs (tristesse, diminution de la libido). Ces éléments sont subjectifs et d'intensité modérée, et ils ne sont pas corroborés par la présence de signes objectifs de la dépression (ralentissement, tristesse constante et perceptible, syndrome somatique de la dépression au sens de la CIM-10, culpabilité irrationnelle, etc.). L'experte rhumatologue pour sa part a fait passer un questionnaire psychométrique d'auto-appréciation succincte de la dépression, le Questionnaire de Dallas (cf. supra). Cet instrument se borne à demander au sujet dans quelle mesure il [se] sent déprimé depuis qu'il a mal. En l'occurrence, l'expertisée répond qu'elle est «complètement déprimée». Ici, le sentiment subjectif de dépression exprimé est sévère. Toutefois l'absence d'un questionnement systématique sur les items dépressifs ne permet pas de dire si l'expertisée se sent «déprimée» au sens où la CIM-10 l'entend, et l'utilisation d'un auto-questionnaire ne permet d'explorer que la dimension subjective de la dépression éventuelle. Par ailleurs, il existe également une légère touche anxieuse, l'expertisée se sentant souvent «stressée» selon ses termes. L'ensemble de ce tableau anxieux et dépressif d'intensité légère et uniquement subjective n'atteint pas le degré de gravité d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux spécifique. La CIM-10 appelle trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 cette symptomatologie anxieuse et dépressive modérée et peu spécifique, rencontrée habituellement plutôt dans le contexte de la médecine générale que dans le cadre des soins psychiatriques. D'ailleurs, l'expertisée n'a jamais eu recours à de tels soins spécialisés. Selon toute vraisemblance, l'état psychique a été moins bon à certaines périodes passées, notamment dans le courant de 2010 et au début de 2011, ce qui a incité le médecin traitant généraliste à introduire un traitement antidépresseur de citalopram. Ce traitement est toujours en cours, et il paraît bien suivi par l'expertisée, puisque le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur effectué lors de la présente expertise montre des valeurs compatibles avec le dosage prescrit. Le trouble anxio-dépressif actuel paraît donc correspondre aux manifestations résiduelles des troubles psychiques ayant débuté vers la fin de 2009. Faute de documents décrivant l'état de l'expertisée au moment où ces symptômes psychiques étaient d'intensité maximale, il est difficile d'affirmer que ceux-ci ont atteint le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10. Il en va de même pour l'épisode signalé par l'expertisée en 2003, qui n'est pas non plus documenté et qui n'a pas motivé la prescription d'un antidépresseur. Pour ce qui est du trouble dépressif diagnostiqué en septembre 2007 par le Dr R. \_\_\_\_\_, il n'est guère plus facile d'évaluer a posteriori ce diagnostic. En effet, il n'y a pas d'exploration clinique systématique de la symptomatologie dépressive. Le diagnostic d'épisode dépressif se base uniquement sur le fait que l'expertisée pleure abondamment lorsqu'elle évoque ses difficultés et ses douleurs, et que le test de Hamilton est compatible avec une dépression. Or les instruments psychométriques n'ont pas pour but de poser un diagnostic - cela relève de l'appréciation clinique - mais de mesurer certaines dimensions mises en évidence par la clinique. A plus forte raison dans le domaine de l'expertise, où le résultat de la mesure doit être encore plus soigneusement confronté aux données cliniques. En l'occurrence, les données cliniques concernant la dépression sont maigres, en particulier les constatations objectives. Le fait que l'expert n'ait pas recommandé l'introduction d'un traitement antidépresseur laisse supposer qu'il n'a pas estimé que la dépression était si importante que cela. Les deux autres diagnostics retenus par cette expertise psychiatrique doivent également, à notre avis, être regardés avec

prudence. Pour ce qui est du retard mental léger, il n'est pas vraiment étayé par l'expert. Celui-ci relève chez l'expertisée «d'importantes difficultés» sur le plan cognitif lors de la passation du test de Rorschach: «la patiente se montre démunie, très perplexe et impotente face à la tâche projective, les capacités de raisonnement et de mentalisation étant limitées». À notre connaissance, les tests projectifs comme celui de Rorschach n'ont pas pour vocation d'évaluer les fonctions cognitives. Un examen neuropsychologique est effectué, dont on ne donne pas le détail des autres tests effectués, à part le Rorschach et le QI, et qui auraient été mieux à même de repérer un retard mental. Le résultat au QI est bas (58), mais ce résultat devrait être discuté et mis en perspective avec le contexte (expertise, personne maîtrisant mal le français) et avec les données cliniques. De ce point de vue, l'expertisée, lors de notre examen, aussi bien somatique (cf. supra, Status de médecine interne générale) que psychiatrique, nous a paru avoir des capacités de raisonnement et d'intelligence se situant dans les limites normales, en rapport avec son bagage scolaire. Nous n'avons pas relevé d'indices de retard intellectuel comme de la lenteur intellectuelle, de la naïveté puérile, des erreurs grossières de jugement, des remarques ou comportements inadéquats, etc. L'histoire affective et socioprofessionnelle de l'expertisée ne suggère pas non plus la présence de troubles intellectuels significatifs. C'est ainsi que l'expertisée a réussi à s'adapter à un pays étranger, à s'y insérer et à en apprendre la langue, à fonder une famille, à élever avec réussite deux enfants, et à travailler pendant une quinzaine d'années chez des employeurs divers, y compris dans le cadre d'un cabinet médical. Enfin le fait que ce soit elle qui gère les tâches administratives du ménage (courrier, paiements, etc.) ne cadre pas non plus avec la présence d'un retard mental, même léger. En conclusion, nous n'avons pas d'argument pour adhérer à ce diagnostic. Pour ce qui est du diagnostic de troubles mixtes de la personnalité, retenu par le Dr R. \_\_\_\_\_, il semble reposer avant tout sur l'interprétation psychanalytique de tests projectifs et ne repose ni sur une description clinique précise ni sur une nomenclature standard (CIM-10 ou DSM-IV). Lors de notre examen, l'expertisée n'a pas manifesté de singularités comportementales ou émotionnelles suggérant une pathologie de la personnalité. Par ailleurs, son parcours biographique ne recèle pas de problèmes ou de conflits à répétition depuis le début de l'âge adulte, ce qui constitue la caractéristique clinique essentielle du trouble de la personnalité. En conclusion nous retenons le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte F41.2. Le trouble s'est manifesté de manière intermittente depuis 2003, en relation avec des problèmes professionnels, familiaux et de santé. Il est d'intensité modérée, en tout cas actuellement. Il est possible que le trouble anxio-dépressif ait atteint dans le passé le degré d'un trouble psychique plus spécifique et plus sévère. Mais, faute de données documentées à ce sujet, on ne peut pas l'affirmer au degré de la vraisemblance prépondérante. Limitations, répercussions sur la capacité de travail Actuellement, le syndrome anxio-dépressif est d'intensité très modérée (manifestations subjectives seulement). De ce fait il ne justifie pas une diminution significative et durable de la capacité de travail ou du rendement. Il ne limite pas non plus les capacités psychologiques de réadaptation dans une autre activité, si de telles mesures professionnelles devaient être envisagées. Perspectives thérapeutiques et pronostic Le traitement en cours est adéquat. Il n'y a pas lieu de le modifier. Un traitement spécialisé de type psychiatrique n'est pas nécessaire". Les experts judiciaires ont en outre apporté les réponses suivantes aux questions des parties et du Tribunal de céans: "[L'assurée présente des] troubles douloureux chroniques irréductibles dans un contexte d'atteintes dégénératives rachidiennes et coxo-fémorales. Les atteintes objectives n'expliquent pas l'intensité de la symptomatologie, ni sa résistance thérapeutique. Il s'associe une

fibromyalgie tenant compte d'un hiatus entre l'intensité des plaintes et les constatations. [Au sujet des limitations fonctionnelles, l'assurée] doit éviter les lourdes charges répétitives (pas plus de 5 kg) et occasionnelles (pas plus de 10 kg) et pouvoir alterner la position au travail, éviter les porte-à-faux du rachis de manière prolongée et répétitive. [...] La situation se présente comme suit [au sujet des critères en matière de caractère invalidant de la fibromyalgie]: - Comorbidité psychiatrique: le trouble anxieux et dépressif mixte est probablement étroitement intriqué avec le tableau douloureux, lui-même également mixte (une partie est organique, une autre est sans substrat organique). Il n'est cependant, selon toute probabilité, pas complètement indépendant du trouble douloureux, puisqu'en 2003 il semble avoir été en relation avec des problèmes familiaux et professionnels, et pas seulement avec les douleurs. Il s'agit toutefois d'une comorbidité relativement peu sévère, et en tout cas non incapacitante durablement. Si l'on admet que la fibromyalgie remonte à 2003, alors le trouble anxieux et dépressif est apparu à la même époque. - Affections corporelles: elles sont présentes et documentées; selon les données somatiques, elles justifient une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, et une réadaptation dans une autre activité. - Chronicité du processus: la fibromyalgie est installée dans la durée depuis 2003 (cf. partie rhumatologique de l'expertise), apparemment sans rémission significative; le trouble psychique, lui, a été plus fluctuant, avec des périodes où le syndrome anxio-dépressif était plus prononcé, notamment en 2003 et 2010, avec des périodes d'accalmie. - Réponse aux traitements: la composante non organique du tableau douloureux n'a guère été influencée par les traitements prescrits lege artis, comme c'est souvent le cas dans la fibromyalgie; en revanche le trouble psychique a relativement bien répondu au traitement médicamenteux prescrit par le médecin généraliste. - Perte d'intégration sociale: l'expertisée déclare ne plus avoir exercé d'activité lucrative depuis 2003; dans le domaine professionnel elle est donc très désinsérée; en revanche, elle indique qu'elle est unie avec son époux, qu'elle a des contacts harmonieux et étroits avec ses enfants et qu'elle a un réseau actif d'amis et de connaissances; elle se tient au courant de l'actualité à travers la télévision et les journaux, y compris concernant son pays d'origine, l'Espagne. - État psychique cristallisé: on ne peut pas affirmer que l'état psychique de l'expertisée soit figé, puisqu'il a manifestement varié depuis le début des troubles en 2003, et s'est encore modifié ces derniers mois (cf. supra, Histoire de l'affection actuelle). Sur la base des troubles psychiques constatés, on ne peut pas dire que les capacités de volonté et de motivation de l'expertisée soient gravement altérées par ses troubles psychiques". G. Les parties ont été invitées à présenter leurs observations sur le rapport d'expertise judiciaire. Dans ses déterminations du 5 décembre 2011, l'OAI, se référant à un avis médical du 22 novembre 2011 du SMR (Drs Q.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_), s'est rallié aux conclusions de l'expertise judiciaire, relevant que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et que l'incapacité à accomplir les travaux ménagers selon cette expertise était compatible avec l'évaluation des empêchements faite antérieurement. L'OAI a donc proposé le rejet du recours. Dans sa prise de position du 16 avril 2012, la recourante a critiqué certaines constatations de experts judiciaires. Elle a relevé que l'expert psychiatre n'excluait pas l'octroi de mesures de réadaptation. Elle a cependant fait valoir que compte tenu de son âge, de son expérience et de ses atteintes à la santé, les perspectives de reclassement paraissaient purement théoriques. Elle a requis de pouvoir bénéficier de mesures de reclassement, et partant a conclu à ce que son taux d'invalidité soit fixé à 20% au minimum. E n d r o i t : 1. La Cour des assurances sociales doit se prononcer à nouveau sur le fond, après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Les

questions de recevabilité du recours n'ont plus à être examinées. 2. Dans son mémoire du 11 décembre 2008, la recourante conclut à l'octroi d'une rente. La décision du 11 novembre 2008 porte uniquement sur le droit à une rente d'invalidité. a) En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité est en principe seul litigieux. Dans son arrêt de renvoi du 18 octobre 2010 (cause 9C\_270/2010), le Tribunal fédéral a requis de l'autorité de céans de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, afin de se prononcer sur les problèmes de santé de l'assurée et déterminer sa capacité de travail. La Haute cour a reproché au Tribunal cantonal de n'avoir pas investigué la problématique somatique, de s'être écarté sans raisons de l'expertise psychiatrique du Dr R. \_\_\_\_\_ et de ne pas s'être prononcé de façon complète au sujet du caractère invalidant de la fibromyalgie. A la suite de cet arrêt rendu par le Tribunal fédéral, une expertise bidisciplinaire a été mise en œuvre. Il faut donc déterminer si cette expertise respecte les injonctions de cette juridiction et si elle permet de trancher le litige, soit de se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité. aa) 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% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). En outre, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant

objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). bb) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). cc) 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). b) aa) Sur le plan somatique, les experts judiciaires ont signalé d'importantes douleurs rachidiennes, malgré un traitement médicamenteux conséquent, évoquant une fibromyalgie. Ils ont constaté notamment des déplacements aisés et non limités, sans aucune épargne rachidienne ni des articulations périphériques, une discrète attitude scoliotique, compensée, sans altération significative des indices de mobilité du rachis au niveau cervical et lombaire, une atteinte rachidienne radiologique dégénérative, et une discrète limitation de rotation interne de la hanche à droite. Ils ont relevé l'existence de discordances entre les plaintes et les constatations objectives, en présence de signes évidents de Waddell, retenant la présence d'une fibromyalgie. Ils ont précisé rejoindre l'évaluation du Dr W. \_\_\_\_\_ pour l'exigibilité du travail entre 2003 et 2008 ainsi que pour les limitations fonctionnelles. En raison d'une discrète évolution radiologique de la

coxarthrose droite par rapport à 2003 et de la spondylose surtout au niveau dorsal, ils ont retenu une incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage de 50% pour le travail à l'extérieur et de 30% pour son propre ménage, à partir d'août 2008. Dans un travail simple, ne nécessitant pas de port de charge, permettant l'alternance des positions, la capacité de travail a été évaluée à 100%. Au sujet des limitations fonctionnelles, ils ont noté que l'assurée devait éviter les lourdes charges répétitives (pas plus de 5 kg) et occasionnelles (pas plus de 10 kg), pouvoir alterner la position au travail, et éviter les porte-à-faux du rachis de manière prolongée et répétitive. L'expertise judiciaire tient dûment compte des constatations médicales du Dr K. \_\_\_\_\_ et de celles du Dr W. \_\_\_\_\_, notamment quant à la problématique de l'assurée à la colonne vertébrale, ainsi que des autres pièces versées au dossier, en particulier les documents radiologiques. Les explications des experts judiciaires sont convaincantes et rejoignent celles du Dr W. \_\_\_\_\_ au sujet de l'existence d'une pleine capacité de travail, entre juin 2003 et 2008, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Les experts s'appuient ensuite sur des documents radiologiques, attestant une aggravation de la coxarthrose droite par rapport à 2003 et de la spondylose surtout au niveau dorsal, pour retenir une incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage à la hauteur de 50% pour le travail à l'extérieur et de 30% pour son propre ménage, à partir d'août 2008, étant précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée – ne nécessitant pas de port de charge et permettant l'alternance de positions – est de 100%. Les explications des experts, en l'occurrence détaillées et dûment étayées, permettent de réfuter les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ et du Dr E. \_\_\_\_\_ au sujet de la capacité de travail, ce d'autant plus que l'avis de ce dernier, en tant que médecin traitant de l'assurée, doit être apprécié avec les réserves d'usage. S'agissant de l'indication éventuelle d'une opération, les médecins experts ont indiqué que la coxarthrose n'atteignait actuellement pas le stade chirurgical, de sorte qu'il n'y avait pas de traitement raisonnablement exigible susceptible d'améliorer la capacité de travail. Pour le surplus, l'expertise judiciaire – qui se fonde sur une anamnèse détaillée, des examens complets, la prise en compte des plaintes subjectives et une appréciation du cas méticuleuse et détaillée – satisfait pleinement aux conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Dès lors, sur la base des conclusions de cette expertise, on retiendra que la recourante présente, sur le plan somatique, une capacité de 70% dans son activité de ménagère, et une capacité de travail de 100% dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. bb) Sur le plan psychique, les experts judiciaires ont constaté l'existence de quelques symptômes dépressifs (tristesse, diminution de la libido), toutefois subjectifs, d'intensité modérée et non corroborés par la présence de signes objectifs de la dépression au sens de la CIM-10, de sorte que le degré de gravité d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux spécifique n'était pas atteint. Au sujet de l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, ils se sont écartés du trouble dépressif diagnostiqué en septembre 2007 – dès lors que ce médecin ne s'était pas basé sur une exploration clinique systématique de la symptomatologie dépressive, mais uniquement des instruments psychométriques, et sur le fait que l'expertisée pleurait abondamment –, de l'existence d'un retard mental léger – en l'occurrence peu étayé – et du diagnostic de troubles mixtes de la personnalité – qui reposait avant tout sur l'interprétation psychanalytique de tests projectifs et ne reposait ni sur une description clinique précise ni sur une nomenclature standard (au sens de la CIM-10 ou du DSM-IV). Les experts judiciaires n'ont pas constaté de singularités comportementales ou émotionnelles suggérant une pathologie de la personnalité, et relevé que le parcours biographique de l'expertisée ne recelait pas de problèmes ou de conflits à répétition depuis

le début de l'âge adulte. En conclusion, ils ont retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité modérée. Faute de données documentées, on ne pouvait affirmer que le trouble anxio-dépressif eût atteint dans le passé le degré d'un trouble psychique plus spécifique et plus sévère. Actuellement, le syndrome anxio-dépressif était d'intensité très modérée (manifestations subjectives seulement) et ne justifiait pas une diminution significative et durable de la capacité de travail ou de rendement. Les experts ont ensuite retenu que l'assurée ne présentait, sur le plan psychique, pas de diminution de sa capacité de travail ou de rendement dans une activité adaptée. L'expertise judiciaire, effectuée par le Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre, permet d'apprécier l'état de santé psychique de la recourante à l'aune des critères d'évaluation de la CIM-10. Compte tenu de son examen personnel de l'assurée et de l'analyse des autres pièces médicales versées au dossier – en particulier des constatations et motivations du Dr R. \_\_\_\_\_, ainsi que de l'avis du SMR – les explications de l'expert judiciaire permettent de retenir qu'un degré de gravité d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux spécifique n'est pas atteint. De façon méticuleuse et détaillée, en se fondant sur la pratique médicale, l'étude du dossier et l'examen clinique de l'intéressée, l'expert judiciaire explique dans le détail les raisons pour lesquelles les diagnostics posés par le Dr R. \_\_\_\_\_ doivent être écartés. Sur ce point, les motivations du Dr P. \_\_\_\_\_ sont plus objectives et paraissent plus convaincantes que celles de son confrère. En particulier, l'expert judiciaire se fonde sur des motifs objectifs, reposant sur les critères de la CIM-10 et sur une appréciation clinique, alors que le Dr R. \_\_\_\_\_ se base pour l'essentiel sur des instruments psychométriques, qui sont forcément subjectifs. Les critiques formulées par la recourante, qui sont succinctes et n'émanent pas d'un médecin, ne sauraient permettre de remettre en cause les conclusions, en l'occurrence dûment étayées, de l'expertise judiciaire. Quant aux médecins du SMR, ils se sont ralliés aux conclusions de cette expertise. Par ailleurs, s'agissant de son volet psychiatrique, l'expertise judiciaire se fonde sur une anamnèse détaillée, des examens complets et une analyse fine de la problématique de l'assurée, compte tenu des critères de la CIM-10, de sorte qu'elle satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il y a donc lieu de retenir que la recourante présente, sur le plan psychique, une pleine capacité de travail et de rendement dans une activité adaptée. cc) Suivant en cela les injonctions du Tribunal fédéral, l'expertise judiciaire – qui retient en substance le diagnostic de fibromyalgie – se prononce au sujet des critères posés par la jurisprudence pour apprécier le caractère invalidant d'une telle atteinte. Les experts judiciaires ont nié la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée – en admettant qu'il s'agissait d'une comorbidité relativement peu sévère, et en tout cas non incapacitante durablement –, ont retenu la présence d'affections corporelles chroniques, et ont relevé en substance l'échec des traitements prescrits sur la symptomatologie douloureuse. Ils ont ensuite indiqué que l'expertisée se tenait au courant de l'actualité, avait de bonnes relations avec sa famille ainsi qu'un réseau actif d'amis et de connaissances – de sorte qu'on ne saurait parler de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie – et ont écarté la présence d'un état psychique figé (soit cristallisé), au vu d'une variation manifeste depuis le début des troubles en 2003. Sur cette base, ils ont retenu que les capacités de volonté et de motivation de l'expertisée n'étaient pas gravement altérées par ses troubles psychiques. On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis des experts judiciaires, qui ont procédé à un examen minutieux des critères posés par la jurisprudence, compte tenu de leurs propres observations cliniques et de l'examen des pièces figurant au dossier. Leur avis est en outre corroboré par celui du SMR (rapport du 22 novembre 2007 du Dr Q. \_\_\_\_\_), qui a ni la présence d'une

comorbidité psychiatrique et retenu qu'il n'y avait pas de perte d'intégration psycho-sociale dans tous les domaines de l'existence, puis qui s'est rallié aux conclusions de l'expertise judiciaire (rapport du 22 novembre 2011 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_). Enfin, les critiques formulées par la recourante, succinctes et peu argumentées, ne sauraient permettre de douter de l'avis des experts judiciaires. Dès lors, il y a lieu de retenir que la fibromyalgie dont est atteinte la recourante ne revêt pas de caractère invalidant. dd) Il résulte de ce qui précède que les limitations fonctionnelles et le capacité de travail ont été fixées de manière conforme au droit fédéral. c) Sur le plan économique, la recourante ne conteste pas l'application de la méthode mixte pour déterminer son degré d'invalidité, ni les parts actives et de ménagère, fixées respectivement à 70% et 30% par l'OAI, conformément au rapport d'enquête économique du 15 octobre 2004 et au document interne de l'OAI du 25 octobre 2004. La recourante ne conteste pas non plus le calcul du degré d'invalidité pour la part active, qui a été effectué conformément à la jurisprudence en la matière (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3; cf. art. 16 LPGA) et aboutit à un degré de 6.74%. Concernant la part de ménagère, compte tenu d'un degré d'empêchement de 41.8% (rapport d'enquête économique précité) et d'une pondération de 30%, l'OAI a calculé un degré d'invalidité de 12.54%. Il en résulte que la recourante présente un degré d'invalidité total de 19.28%, arrondi à 19% (ATF 130 V 121; TF 8C\_432/2011 du 7 mars 2012 consid. 5.3), ce qui ne donne pas droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). La recourante demande que son taux d'invalidité soit fixé au minimum au seuil de 20% pour prétendre à l'octroi de mesures de reclassement. Ce n'est que dans ses dernières écritures, du 16 avril 2012, qu'elle a requis l'octroi de telles mesures. On ne voit pas de raisons de retenir un degré d'invalidité de 20%. Quoi qu'il en soit, la recourante ne manifeste pas – ni actuellement, ni devant les experts judiciaires, ni au cours de la procédure administrative – une disponibilité effective pour des mesures de reclassement. Nonobstant ce qui précède, on relèvera qu'en tenant compte du taux d'incapacité de 30% dans l'activité de ménagère tel que retenu sur le plan médical par les experts judiciaires et en s'écartant donc sur ce point du rapport d'enquête économique des spécialistes de l'OAI (sur cette question: TF 9C\_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.3), le degré d'invalidité dans cette activité serait de 9% et aboutirait – compte tenu du degré de 6.74% retenu dans la part active – à un degré d'invalidité total de 15.74%. Ce taux ne donne pas droit à une rente, ni à des mesures de reclassement. d) Les griefs de la recourante sont donc mal fondés. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI. 3. 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 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant 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 11 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne (pour F.\_\_\_\_\_) ■ 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.