

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 mai 2010

---

Présidence de      Mme      DI FERRO DEMIERRE  
Juges      :      Mme Thalmann et M. Neu  
Greffier      :      Mme      Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à Sullens, recourante, représentée par Me Laurent Damond,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_, née en [...], mariée, d'origine [...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après : l'Office AI), le 14 septembre 2005, faisant état de diabète, rhumatismes et fibromyalgie, et tendant à l'octroi d'une rente.

L'assurée travaillait à environ 30 % (2h30 par jour cinq fois par semaine) comme nettoyeuse pour le compte de la société [...], depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2003. En incapacité totale de travailler dès le 2 septembre 2004, elle a été licenciée avec effet au 30 avril 2005. Selon l'employeur, elle aurait gagné en 2005, sans atteinte à la santé, un salaire horaire de 16 francs. Selon l'intéressée, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à « moins de 50 % » par nécessité financière et intérêt personnel.

Dans une expertise du 28 août 2005, le Dr S. \_\_\_\_\_, FMH médecine physique et réhabilitation, spécialiste de la colonne vertébrale, a notamment relevé ce qui suit :

**« Appréciation :**

Actuellement, les plaintes émises n'adoptent pas une topographie précise et n'orientent pas d'emblée vers une cause organique. Toutes les réponses vont dans le sens d'une douleur, sans influence des traitements appliqués ou de postures antalgiques. L'examen clinique révèle une dysharmonie fonctionnelle de manière plutôt générale. Le tableau de la polyarthrite à ce jour est largement en arrière plan, la composante inflammatoire des articulations MCP [métacarpophalangiennes] et IPP [inter-phalangiennes proximales] pouvant être taxée comme discrète, avec une biologie inflammatoire alignée. L'examen a permis d'exclure une irritabilité neuro-méningée, une atteinte radiculaire ou encore une souffrance vasculaire. Le tableau est surtout dominé par un comportement douloureux.

L'appréciation fonctionnelle est ainsi difficile compte tenu de l'existence d'une autolimitation permanente, reflet de la peur de bouger (kinésiophobie) et peur des conséquences qui en découleraient. Durant tout l'entretien le sujet a démontré qu'il n'exploitait pas pleinement ses capacités physiques résiduelles. Tous les mouvements sont exécutés avec une tension anormalement importante quelque soit la direction considérée. La

composante inflammatoire quant à elle est trop modeste pour expliquer un tableau douloureux si extensif. Les insertions tendineuses sont toutes sensibles aussi bien au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs avec un "Jump Sign" présent évoquant un tableau de fibromyalgie. Objectivement, tant du point de vue ostéo-articulaire que neurologique, l'examen ne permet pas de mesurer et d'interpréter de manière pertinente les limitations décrites étant donné l'interférence inhérente au comportement douloureux.

En ce qui concerne les cervico-brachialgies, celles-ci sont en relation avec des dysbalances musculaires, un défaut de conscience corporelle, associées à une souffrance des nerfs médians au tunnel carpien sans conséquence fonctionnelle notable, de sorte que aucune intervention chirurgicale ne devrait être envisagée dans le strict immédiat.

Sur le plan psychologique on admet un abaissement de l'humeur avec des idées de ruine et d'incompétence, cette personne faisant un deuil difficile de son état antérieur. L'anxiété est visible, se manifestant sur le comportement physique. Une peur, quant à l'avenir dans l'évolutivité de son handicap, est clairement exprimée. Il n'y a pas d'idées suicidaires ni éléments de la lignée psychotique.

Dans une telle situation, l'évaluation de la capacité de travail est toujours difficile. Le syndrome somatoforme douloureux persistant prend la relève sur le déséquilibre sous-jacent. Le dilemme réside dans le fait que l'on se trouve démuné pour mesurer objectivement la douleur ainsi que les limitations fonctionnelles objectives. En effet, nous sommes confrontés à une distorsion entre l'examen physique et les appréciations fournies par les questionnaires fonctionnels (HAQ, PACT, SF 36). Cela tient du fait que ces patients s'auto-déprécient, qu'ils surestiment le retentissement de la douleur et se limitent d'emblée dans les situations de test, si bien que l'on ne peut chiffrer de façon pertinente les réelles performances dont ils seraient capables.

## **Réponse aux questions :**

### **1. Diagnostic?**

- Polyarthrite, séronégative, non nodulaire.
- Syndrome somatoforme douloureux dans un contexte de :
  - Etat dépressif réactionnel.
  - Déracinement social.
- Cervico-brachialgies droites dans un contexte de :
  - Souffrance algodysfonctionnelle modeste.
  - Souffrance du nerf médian au tunnel carpien modéré à droite, discret à gauche.
- Diabète non insulino-dépendant.

### **2. En tant que nettoyeuse, quelle est l'incapacité de travail actuelle et sa durée ?**

Sur la base de la description des troubles, aucun élément clinique ne permet de conclure à une atteinte sévère du système locomoteur, pouvant justifier une incapacité de travail, en dehors de ce comportement douloureux, responsable d'une kinésiophobie.

Actuellement la situation est dominée par ce comportement régressif psycho-somatique. Cependant dans cette constellation très intriquée, où l'atteinte inflammatoire a été difficilement jugulée dans un premier temps, on peut théoriquement admettre que les activités physiques de force (préhension, charges, activités en différentes zones) ont pu être délétères dans un premier temps, pouvant participer dans une irritabilité articulaire. C'est la raison pour laquelle en l'absence de réelle limitation fonctionnelle démontrable à ce jour, je retiens une capacité résiduelle à 50 %, cette limitation incombe aux singularités somato-psychiques et aux répercussions potentiellement fluctuantes liées à son atteinte inflammatoire.

L'activité exercée jusqu'ici est donc exigible à 50 %, sans diminution de rendement.

### **3. D'autres facteurs influencent-ils cette affection ?**

Syndrome somatoforme douloureux. Se référer à l'appréciation ci-dessus ».

Le 8 octobre 2005, le Dr F.\_\_\_\_\_, généraliste FMH, spécialiste en maladies rhumatismales et médecin traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une polyarthrite seronégative, un syndrome fibromyalgique et un syndrome du canal carpien prédominant à droite. En revanche, le diabète de type II, non insulino-requérant, n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Il a estimé que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de nettoyeuse depuis le 2 septembre 2004.

Selon une enquête économique sur le ménage effectuée le 17 mars 2006, l'assurée présentait une invalidité de 28,1 % pour la part ménagère à 100 pour-cent.

Le Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : SMR), a procédé à un examen bidisciplinaire le 27 juin 2007 avec l'assistance d'un traducteur de langue [...]. Dans leur rapport du 11 juillet 2007, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation, et le Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont conclu ce qui suit :

#### **« DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail :
  - Polyarthrite séronégative et non-nodulaire touchant essentiellement les membres supérieurs (M 06.0)
  - Canal carpien bilatéral

- sans répercussion sur la capacité de travail :
  - Diabète de type 2 non-insulinodépendant
  - surcharge pondérale avec obésité de classe 1
  - syndrome algique polymorphe (exagération et amplification des plaintes)

### **APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

Assurée d'origine [...], âgée de [...], présentant une symptomatologie algique diffuse évoluant depuis 6 ou 7 ans selon l'anamnèse fournie. L'assurée est en incapacité de travail totale depuis le mois de septembre 2004 en raison des douleurs présentées. Sur le plan professionnel, cette assurée exerçait l'activité de nettoyeuse à [...] à raison de 12.5 heures par semaine. Elle a été licenciée pour longue maladie en date du 30.04.2005.

Les différents examens réalisés dans le cadre du syndrome douloureux chronique qu'elle présentait ont mis en évidence une polyarthrite séronégative non-nodulaire, touchant avec prédilection les membres supérieurs. Associée à cette atteinte, l'assurée présente une symptomatologie en relation avec des canaux carpiens bilatéraux, plus importants droite qu'à gauche sur le plan neurologique, confirmés par EEG, auxquels se surajoute un diabète de type 2, non-insulinodépendant.

L'examen clinique de ce jour met en évidence une assurée démonstrative adoptant un comportement caricatural. L'assurée présente de façon spontanée une mobilité complète, sans entrave ni mise en oeuvre de signe algique ou d'épargne particulier. Lors de l'examen clinique, l'assurée développe des contre-pulsions, une description algique associée à des signes d'épargne et une diminution de la mobilité tout à fait caricaturale.

De façon objective, lors de notre examen clinique, nous n'avons pas mis en évidence de phénomène inflammatoire aigu. L'assurée présente un comportement caricatural auquel s'associent tous les signes de non-organicité, aussi bien selon Waddell que Smythe.

Le diagnostic de fibromyalgie ne peut être retenu, en raison de la présence de points de contrôle positifs noyés dans un comportement caricatural.

Les documents radiologiques mis à disposition confirment une atteinte érosive touchant essentiellement les mains et le carpe, sans autre pathologie objective.

Sur la base de l'atteinte à la santé inflammatoire présentée par l'assurée (polyarthrite séronégative), il est judicieux d'évaluer la capacité de travail à 50 % de façon continue dans une activité à forte charge physique, comme celle de nettoyeuse professionnelle. Les empêchements dans son activité de ménagère peuvent être évalués à un 20 % tout au plus.

Une atteinte inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde séronégative) est une maladie à progression lente et évolutive. En dehors des phases inflammatoires aiguës, l'assurée ne devrait présenter théoriquement aucun empêchement concernant ses activités quotidiennes, ni en ce qui concerne une activité à faible charge physique.

Dans le cas d'espèce qui nous préoccupe, cette assurée est considérée comme active à 30 % et ménagère à 70 %. L'activité

professionnelle de 30 % (12,5 heures par semaine) ne nous paraît pas hypothéquée par la maladie qu'elle présente, en dehors des phénomènes inflammatoires aigus. La symptomatologie algique chronique présentée par l'assurée, avec l'exagération des plaintes et le comportement caricatural, sont à intégrer dans un processus non-organique. De telles atteintes à la santé ne peuvent être considérées comme invalidantes selon la jurisprudence, en absence de pathologie psychiatrique préexistante, de comorbidité d'ordre psychiatrique, ou de signe de gravité, selon la jurisprudence.

**L'anamnèse psychiatrique** ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant pour conséquence une incapacité de travail de longue durée.

L'examen psychiatrique ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse.

Etant donné la présence d'un processus physiologique (polyarthrite séronégative), un syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas être retenu.

### **Les limitations fonctionnelles**

Pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs, pas de mouvement répétitif des mains contre résistance, pas d'exposition au froid prolongée. Pas de position statique assise au-delà d'1 heure sans possibilité de varier les positions assise/debout, diminution du périmètre de marche environ ½ heure, pas de position statique debout immobile au-delà de 5 à 10 minutes, pas de montée ou descente d'escalier à répétition, pas d'activité sur terrain instable.

Aucune limitation psychiatrique.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

L'assurée est au bénéfice d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 02.09.04. Elle a été licenciée pour le 30.04.05 pour longue maladie.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, l'étude du dossier médical mis à notre disposition et des documents radiologiques fournis, nous pouvons attester que cette assurée présente une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de nettoyeuse, au vu des atteintes à la santé objectives qu'elle présente. Cette incapacité à 50 % continue dans son activité habituelle de nettoyeuse ne tient pas compte du syndrome algique polymorphe présenté.

Dans le cas d'espèce qui nous occupe, cette assurée ne travaille qu'à 30 % (12,5 heures par semaine). L'incapacité de travail de 50 % établie dans son activité est calculée sur la base d'un horaire de 42 heures par semaine (100 % actif). Son activité à temps partiel nous paraît tout à fait possible, sans diminution de rendement, en dehors de périodes inflammatoires aiguës. En période inflammatoire aiguë, l'assurée présente des incapacités de travail de 100 %. L'activité de ménagère est possible, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 % au vu des atteintes à la santé de façon chronique.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

**Concernant la capacité de travail exigible**, dans l'activité habituelle, elle est de 50 %, sur la base d'un temps de travail à 100 %. Dans l'activité de ménagère, elle est de 80 %. Dans une activité adaptée respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles, elle est de 100 %, en dehors de périodes de crises inflammatoires aiguës.

Sur le plan psychiatrique, elle est de 100 % ».

Dans un projet de décision du 5 décembre 2007, l'Office AI a refusé le droit à l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité au

motif que son degré d'invalidité était inférieur à 40 % (soit 14.05 % pour la part ménagère, le degré d'invalidité pour la part active n'étant pas indiqué).

L'assurée a contesté ce projet par l'intermédiaire de son conseil, Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, par courriers des 21 janvier et 7 février 2008. Elle a fait valoir que, dans la mesure où les Drs S.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ avaient tous deux posé le diagnostic de fibromyalgie, il convenait de requérir l'avis d'un psychiatre extérieur au SMR. Elle a également fourni une lettre du 19 décembre 2007 du Dr F.\_\_\_\_\_ exposant ce qui suit :

« Madame M.\_\_\_\_\_ souffre indéniablement d'un rhumatisme inflammatoire prédominant aux mains. Ce diagnostic a été confirmé par le Dr [...] médecin associé du service de rhumatologie [...] et par le Dr S.\_\_\_\_\_ qui a effectué une expertise en 2005. Ce rhumatisme inflammatoire n'est malheureusement que peu influencé par les traitements de fond y compris les traitements anti-TNF. La situation est compliquée par un syndrome fibromyalgique surajouté qui explique l'étendue du syndrome douloureux et sa résistance aux traitements. Néanmoins il y a clairement une atteinte rhumatismale inflammatoire des mains qui constitue une contre-indication à l'activité de nettoyeuse et ceci à 100 % et définitivement. En effet il est reconnu que les efforts effectués sur des articulations enflammées tendent à aggraver le rhumatisme.

Dans une activité adaptée il me semble qu'une diminution d'un rendement est également acceptable, compte tenu du rhumatisme inflammatoire avéré. En conséquence un taux d'activité à 100 % ne me paraît pas possible y compris dans une activité adaptée ».

Le 4 mars 2008, le SMR a considéré que l'assurée n'apportait aucun nouvel élément d'ordre médical susceptible de modifier ses conclusions.

Par décision du 22 avril 2008, l'Office AI a maintenu sa position dans le sens d'un rejet de la demande de prestations et en précisant que le degré d'invalidité pour la part active était nul dès lors que l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 100 % dans une activité adaptée. L'office a joint à sa décision une lettre de motivation datée du même jour relevant que l'expertise du SMR avait pleine valeur probante et que même si le

diagnostic de fibromyalgie était avéré, les critères jurisprudentiels permettant de considérer cette maladie comme invalidante n'étaient pas remplis.

**B.** Par acte du 23 mai 2008, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, Me Laurent Damond, en concluant préalablement à la mise en œuvre de deux expertises psychiatrique et ménagère, principalement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a fait valoir que l'examen psychiatrique aurait dû être effectué par un médecin spécialiste indépendant de l'Office AI et que le degré d'invalidité retenu en tant que ménagère ne correspondait pas à la réalité. Au surplus, elle a estimé que les taux d'invalidité dans les activités de ménagère et de professionnelle du nettoyage devaient être identiques dans la mesure où leur pénibilité était la même.

Le 23 septembre 2008, l'Office AI a répondu que, selon la jurisprudence, l'activité relative à un ménage privé ne pouvait être comparée à celle de nettoyeuse professionnelle. Il a ainsi proposé le rejet du recours.

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

**1.** Aux termes de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. d LPA-VD).

**2.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**3.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**4. a)** Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour

évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** 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 la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b et les références citées).

Une activité de nettoyeuse professionnelle ou de femme de ménage ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial qui, selon les critères posés par la CIIAI (Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS), recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un

contexte professionnel (TFA I\_593/03 du 13 avril 2005, consid. 5.3). A ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références).

**c)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I\_573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; TFA I\_523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

**d)** Selon le Tribunal fédéral des assurances (cf. ATF 132 V 65 consid. 4), en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10 : F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de

fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, 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 (consid. 4.1 et les références citées).

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. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (consid. 4.2.1 et les arrêts cités).

**e)** Il existe toutefois 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. 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. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles

de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités (consid. 4.2.2 supra) – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales

concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (consid. 4.3 et les références citées).

**5.** La recourante soutient que seul un médecin psychiatre indépendant du SMR aurait dû l'examiner s'agissant de l'influence de son état de santé psychique sur le développement du syndrome fibromyalgique. Or, en tant que le rapport psychiatrique du SMR remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence en ce qui concerne sa valeur probante - ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas - la jurisprudence reconnaît qu'un tel avis médical peut être pris en considération. Il n'est donc pas utile de mettre en œuvre une seconde expertise psychiatrique.

En l'espèce, le Dr S.\_\_\_\_\_ diagnostique un syndrome somatoforme douloureux, repoussant le tableau de la polyarthrite largement en arrière plan dès lors que la composante inflammatoire des articulations des doigts peut être taxée de discrète. Le Dr F.\_\_\_\_\_ relève pour sa part que l'intéressée souffre d'un syndrome fibromyalgique, lequel doit être assimilé au trouble somatoforme douloureux (cf. supra, consid. 4d). Quant au Dr W.\_\_\_\_\_, il considère que le diagnostic de fibromyalgie ne peut être retenu en raison de la présence de points de contrôle positifs noyés dans un comportement caricatural de la recourante. Les avis médicaux divergent donc en ce qui concerne la présence d'un tel trouble.

Toutefois, même à supposer que ce diagnostic soit posé avec certitude, il n'en constituerait pas pour autant une maladie invalidante au sens des critères jurisprudentiels (cf. supra, consid. 4e). En effet, il y a tout d'abord lieu de constater l'absence de comorbidité psychiatrique - ce qui exclut l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit -, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'ayant détecté aucune maladie psychiatrique, trouble de la personnalité ou symptôme psychotique, dépressif ou anxieux à l'origine d'une atteinte à la santé mentale. Le diagnostic d'état dépressif réactionnel retenu par le Dr S.\_\_\_\_\_ ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité

psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante dès lors que, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). S'agissant des quatre autres critères, la seule présence d'un trouble somatoforme douloureux ne permet pas encore de déduire l'existence d'un processus maladif sans rémission durable; la requérante reste intégrée socialement dans toutes les manifestations de la vie (elle décrit une bonne relation conjugale, la visite de nombreuses amies, des vacances avec la famille en été 2006 au [...] et la participation à la vie quotidienne avec son mari, son fils et sa belle-fille dans la villa commune) et on ne saurait parler d'échec de traitements ambulatoires dès lors que l'intéressée ne suit aucun traitement psychiatrique. En revanche, si une affection corporelle chronique est effectivement présente au vu du diagnostic de polyarthrite séronégative non-nodulaire, ce seul critère n'est cependant pas d'une intensité et d'une constance telles que la requérante n'est pas en mesure, moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible, de surmonter ses douleurs en vue d'exercer une activité professionnelle. A cela s'ajoute la présence des critères négatifs d'exagération des symptômes et de constellation semblable : la requérante démontre qu'elle n'exploite pas pleinement ses capacités physiques résiduelles et tous les mouvements sont exécutés avec une tension anormalement importante (rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, p. 8), elle présente de façon spontanée une mobilité complète, sans entrave ni mise en œuvre de signe algique ou d'épargne particulier, mais adopte un comportement caricatural et démonstratif contraire lors de l'examen clinique, elle reste évasive lorsqu'on lui demande de préciser l'évolution du trouble douloureux, les plaintes et la prise médicamenteuse et elle laisse insensible l'expert (rapport des Drs W.\_\_\_\_\_, et I.\_\_\_\_\_, pp. 2, 6 et 7).

Dans leurs rapport des 28 août 2005 et 11 juillet 2007 respectivement, tant le Dr S.\_\_\_\_\_ que le SMR relèvent que la

polyarthrite séronégative non-nodulaire touchant essentiellement les mains est au second plan. En effet, le Dr W. \_\_\_\_\_ expose que la symptomatologie algique chronique présentée par la recourante, avec exagération des plaintes et comportement caricatural, est à intégrer dans un processus non-organique et qu'une telle atteinte inflammatoire est une maladie à progression lente et évolutive. En dehors des phases inflammatoires aiguës, l'intéressée ne devrait ainsi présenter théoriquement aucun empêchement ni dans ses activités quotidiennes ni dans une activité à faibles charges physiques. De plus, ces praticiens en ont tenu compte en estimant la capacité de travail résiduelle à 50 % dans l'activité habituelle de nettoyeuse et à 100 % dans une activité adaptée en situation non-inflammatoire aiguë. La situation ne serait donc pas différente si on retenait une incapacité de travail totale dans l'activité de ménagère, dès lors que la recourante conserve une pleine capacité de travail dans une activité mieux adaptée. Pour sa part, le Dr F. \_\_\_\_\_ considère que le rhumatisme inflammatoire prédominant aux mains exclut toute activité de femme de ménage et qu' « un taux d'activité à 100 % ne [lui] paraît pas possible » dans une activité adaptée. Or, outre le fait qu'il n'est pas motivé, cet avis ne saurait être pris en compte, dès lors que, d'une part, il s'agit de la seule estimation divergente et que, d'autre part, il convient de considérer avec retenue l'opinion des médecins traitant, lesquels ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients en vertu du lien de confiance tissé entre eux (cf. notamment ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On peut dès lors retenir que la recourante conserve une capacité de travail résiduelle de 50 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 100 % dans une activité adaptée, soit excluant le port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs, les mouvements répétitifs des mains contre résistance, l'exposition au froid prolongée, la position statique assise au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions assise / debout, la position statique debout immobile au-delà de 5 à 10 minutes, la montée ou descente d'escalier à répétition et l'activité sur terrain instable (cf. rapport du SMR du 11 juillet 2007).

Selon les indications fournies par la recourante lors de l'enquête ménagère effectuée le 17 mars 2006, c'est à juste titre que l'OAI a retenu une part active à 50 % et une part ménagère à 50 %. Etant donné qu'elle peut travailler dans sa profession de nettoyeuse à un taux supérieur à celui qu'elle pratiquait auparavant, elle ne subit aucune perte de gain à faire valoir auprès de l'assurance-invalidité. En revanche, l'enquête ménagère a permis d'établir qu'elle présente un empêchement de 28,1 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, ce qui conduit à retenir un degré d'invalidité de 14,05 %, toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). Enfin, contrairement à ce que soutient la recourante, les activités de professionnelle du nettoyage et de ménagère ne sont pas superposables, plus particulièrement en ce qui concerne les exigences de respect du cahier des charges et de rendement (cf. supra, consid. 4b).

**6.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**7.** 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 22 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument de justice de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laurent Damond, avocat (pour M. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :