

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 décembre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Bidiville et Schmutz, assesseurs  
Greffier : M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me M.\_\_\_\_\_, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après: OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 7, 8 et 16 LPGA; 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après: la recourante), née en 1973, ressortissante croate, est entrée en Suisse le 15 janvier 1991. Elle est mariée et mère de deux filles mineures. Depuis 1998, elle a exercé plusieurs activités lucratives, dont les dernières étaient, à titre principal, employée de restaurant et, à titre accessoire, nettoyeuse. Le 9 novembre 2004, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes en raison de douleurs à la colonne vertébrale et d'un eczéma dépressif.

**a) aa)** Dans un rapport médical du 21 janvier 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, médecin traitant, a posé pour diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail:

"- Eczéma chronique des mains d'origine mixte irritative et allergique (tomates et agrumes) dans le cadre d'une dermatite atopique  
- Sensibilisation allergique au nickel".

Il a également retenu les limitations fonctionnelles suivantes:

"- Dans le domaine du travail (dernière activité):  
Intolérance à tous les travaux qui exposent les mains à l'eau, à l'humidité, aux aliments et à toutes substances irritantes, même faiblement.  
Le port de gants de protection est mal toléré (aggrave l'eczéma)."

"- Au quotidien [ou] durant les loisirs:  
Impotence pour les tâches ménagères de base (vaisselle, lessive, nettoyage, cuisine)."

A la date de ce rapport, le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé que la recourante présentait une impotence pour tous les travaux manuels de 100% et a considéré, au vu des limitations fonctionnelles, que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était nulle. En revanche, dans un travail à faibles sollicitations cutanées et au sec, sa capacité de travail était, initialement, de 50% (4 heures par jour), pour autant qu'une attention particulière fût portée aux éventuels signes précoces d'aggravation.

**bb)** Lors d'un entretien téléphonique du 23 août 2005, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie, à laquelle la recourante avait été adressée par le Dr T.\_\_\_\_\_, a indiqué à l'OAI que l'eczéma était, suite au traitement, "guéri" à 80%. Elle estimait possible d'envisager des mesures professionnelles, lesquelles seraient potentiellement bénéfiques pour le moral de la recourante, pour autant que l'on respectât les limitations déjà détaillées par le Dr T.\_\_\_\_\_.

**b) aa)** Outre l'eczéma, le SMR a relevé, dans son avis du 4 octobre 2006, lequel a repris en le complétant un précédent avis du 20 octobre 005, que la recourante présentait une hernie discale anamnestique diminuant la capacité de port de charge, sans comorbidité psychiatrique associés connue. Il a constaté que la CEP avait estimé nulle la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, alors que, dans une activité adaptée, sa capacité serait de 50%.

Pour le SMR, les limitations fonctionnelles d'un point de vue dermatologique étaient clairement établies par le Dr T.\_\_\_\_\_. En revanche, il a estimé nécessaire la réalisation, par ses soins, d'un examen rhumato-psychiatrique.

**bb)** Dans un rapport du 3 octobre 2005, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a déclaré penser que les plaintes formulées par la recourante s'expliquaient par une fibromyalgie se compliquant de troubles sensitivo-moteurs subjectifs dans un contexte d'état dépressif.

**c) aa)** L'examen rhumato-psychiatrique ordonné par le SMR a fait l'objet d'un rapport SMR du 13 février 2007.

Les experts ont posé les diagnostics suivants:

"- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (protrusion discale et hernie non compressive C4-C5, C5-C6). M 54.2
- Lombalgies chroniques sur troubles statitques et dégénératifs du rachis lombaire (protrusion discale L5-S1). M. 54.5
- Aucun sur le plan psychiatrique.

- sans répercussion sur la capacité de travail:
- Trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. F 43.21
- Fibromyalgie. M 79.5"

Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont considéré que l'anamnèse ne mettait pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité pathologique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Compte tenu de la présence d'une fibromyalgie, le sentiment de détresse vis-à-vis de la douleur rentrait dans le cadre d'un trouble réactionnel, lequel correspondait, conformément à la CIM-10, à "un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée". L'examen psychiatrique a mis en évidence une tristesse et un sentiment de détresse liés à la douleur. Ceci rentrait dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Au status, les examinateurs ont constaté une diminution, en raison des douleurs, de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables.

En ce qui concerne un éventuel trouble somatoforme douloureux - dont la fibromyalgie est un équivalent -, les examinateurs ont constaté, à la lumière des exigences de la jurisprudence, l'absence d'une comorbidité psychiatrique manifeste ou d'un trouble de la personnalité décompensé. En outre, une perte d'intégration sociale n'a pas été non plus constatée et l'efficacité du traitement n'a pas été remise en question, la recourante n'ayant jamais reçu d'anti-dépresseur tricyclique afin de baisser le seuil de la douleur. Pour ces motifs, les examinateurs ont estimé que les critères de sévérité exigés par la jurisprudence n'étaient pas satisfaits.

S'agissant des limitations fonctionnelles, les examinateurs ont retenu:

"- Sur le plan ostéoarticulaire: pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà d'une heure, sans possibilité de varier les positions assise et debout. Pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis à répétition contre résistance. Pas d'activité avec position en hyperextension ou en hyperflexion du rachis cervical ou mouvements répétitifs de rotation D-G du rachis cervical.

Sur le plan psychiatrique: aucune."

Au sujet de la capacité de travail exigible, ils étaient d'avis que:

"- Sur le plan ostéoarticulaire, [la recourante] présent[ait] une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement, depuis toujours. Dans une activité à fortes charges physiques, port de charges supérieures à 10 kg, position statique prolongée, position en antéflexion ou en porte-à-faux, la capacité de travail [était] de 50% au vu des limitations fonctionnelles établies.

- Sur le plan psychiatrique, 100%."

Les examinateurs ont précisé que cette évaluation de la capacité de travail tenait uniquement compte des troubles ostéoarticulaires. S'agissant de la pathologie allergique, il fallait se référer à une évaluation spécialisée dans le domaine, en l'occurrence, compte tenu de l'avis SMR du 4 octobre 2006, à celle du Dr T.\_\_\_\_\_, laquelle a été reprise par la Dresse J.\_\_\_\_\_.

**bb)** Sur la base du rapport SMR du 13 février 2007 et du rapport du 21 janvier 2005 du Dr T.\_\_\_\_\_, le SMR a établi le 28 février 2007 un rapport d'examen. Il n'a retenu aucun trouble invalidant d'ordre psychique. S'agissant des limitations fonctionnelles, il renvoyait aux rapports sur lesquels il se basait. Il a en outre considéré que le début de l'incapacité durable de travail et le début de l'aptitude à la réadaptation étaient concomitants, fixés au 4 octobre 2004. En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, il a estimé que, dans son activité habituelle, elle était nulle, que, dans une activité partiellement adaptée, elle était de 50% et que, dans une activité adaptée, elle était totale.

**d)** Du rapport final de l'OAI du 24 août 2007, il ressort que la recourante avait refusé à deux reprises, en raison des douleurs, la mise en place de mesures professionnelles (stage d'évaluation/orientation), lesquelles auraient permis à l'OAI de déterminer de manière plus précise les activités les mieux adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante.

L'OAI a noté que, compte tenu des difficultés présentées par la recourante, une aide au placement aurait certainement été judicieuse et lui aurait permis d'optimiser ses chances de retrouver un emploi, ce que la recourante avait annoncé vouloir, si son état de santé le lui permettait (cf. complément à la demande de prestations AI du 26 novembre 2004).

**B. a)** Sur la base du rapport SMR du 28 février 2007, l'OAI a communiqué à la recourante un projet de décision daté du 10 octobre 2007, dans lequel il a retenu que, depuis le 4 octobre 2004, la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée à ses limitations dermatologiques et rhumatologiques, qu'une activité avec travaux industriels légers (surveillance/contrôle, conditionnement, etc.) était raisonnablement exigible et que la recourante n'avait pas souhaité entrer en matière en ce qui concernait l'aide proposée afin de mettre en valeur sa capacité de travail reconnue.

Le revenu d'invalidé était de 49'070 fr. 49 en 2005 - année d'ouverture de l'éventuel droit à la rente -, soit 44'163 fr. 44 après un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles retenues, et le revenu sans invalidité était de 53'206 fr. Il en résultait un degré d'invalidité de 16,99%, qui s'avérait insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente (40% minimum), de sorte que la demande de prestations AI déposé par la recourante devait être rejetée.

**b) aa)** Dans un courrier du 30 octobre 2007 adressé à l'OAI, la recourante, désormais représentée par Me M.\_\_\_\_\_, a considéré que sa capacité de travail résiduelle, d'un point de vue dermatologique, avait de toute évidence été surévaluée.

Elle a en outre estimé que les multiples limitations fonctionnelles retenues conformément à son atteinte dermatologique étaient manifestement incompatibles avec quelque activité lucrative que ce soit.

Par ailleurs, la recourante aurait souhaité obtenir des renseignements au sujet de la spécialisation médicale des examinateurs du SMR qui ont établi le rapport du 13 février 2007. Elle a rappelé, se référant à l'arrêt TFA I 65/07 du 31 août 2007, que la reconnaissance de la valeur probante d'appréciations médicales de l'OAI répondait à des conditions strictes.

**bb)** Dans un courrier du 2 novembre 2007 de la recourante adressé à l'OAI, auquel elle a joint un rapport du 31 octobre 2007 de son médecin traitant - la Dresse J. \_\_\_\_\_ -, la recourante, sur la base de ce rapport, a fait valoir que le pronostic d'un eczéma chronique des mains, tel que celui qu'elle présentait, était mauvais en raison du défaut d'un traitement rapide et définitif et que l'évolution de cette atteinte était capricieuse. Elle a en outre souligné que, selon ce rapport, sa capacité de travail variait de 0% à 50% en cas de poussées d'eczéma.

Dans le rapport du 31 octobre 2007 précité, la Dresse J. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'une guérison de l'eczéma à 80% avait pu être obtenue au printemps 2005, ce qui avait permis d'espacer les séances de traitement. Par la suite, l'évolution avait été marquée par de petites récurrences. Le traitement avait alors été poursuivi à raison d'une séance toute les une à deux semaines jusqu'au printemps 2006, où l'eczéma était en rémission quasi complète. Depuis cette date, l'eczéma des mains était moins important, mais continuait à se manifester par des poussées capricieuses. Toutefois, la reprise du précédent traitement n'avait pas été nécessaire, l'application de différentes pommades étant suffisante. Elle a également déclaré que la recourante pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans une activité exclusivement à sec, sans sollicitation cutanée, tant mécanique que chimique.

**d)** Par courrier du 12 décembre 2007, confirmé par un courrier subséquent, B. \_\_\_\_\_, ostéopathe D.O., interpellé par la recourante, a déclaré qu'il était évident qu'après avoir consulté la recourante, il ne pouvait que se joindre au projet de décision de l'OAI.

**e) aa)** Dans un courrier du 12 mars 2008, auquel était joint un rapport du 6 mars 2008 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, médecin traitant, la recourante a souligné que le Dr W.\_\_\_\_\_ avait fait état d'un syndrome somatoforme douloureux s'inscrivant dans un contexte d'état dépressif et a considéré que ce diagnostic devait s'ajouter aux diverses pathologies déjà observées chez elle. Selon le Dr W.\_\_\_\_\_, la recourante présentait un tableau de douleurs extensives plurifocales, axiales et périphériques, sans que l'on ne pût retenir d'atteinte objectivable inflammatoire articulaire ou irritative neurogène. Ce tableau clinique laissait entrevoir l'installation d'un syndrome somatoforme douloureux s'inscrivant dans un contexte d'état dépressif. Il a considéré que, sur le plan professionnel, la recourante demeurait dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle. Selon la recourante, le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ était étayé et devait dès lors se voir reconnaître plein valeur probante, de sorte que le projet de décision du 10 octobre 2007 devait être modifié.

**bb)** Dans un avis du 7 mai 2008, le SMR a constaté que tant le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ que le rapport SMR du 13 février 2007 relevaient l'absence d'atteinte objectivable inflammatoire articulaire ou irritative neurogène. S'agissant de la conclusion du Dr W.\_\_\_\_\_ quant au tableau clinique qui laissait entrevoir "l'installation d'un syndrome somatoforme douloureux s'inscrivant dans un contexte d'état dépressif", les examinateurs SMR avaient déjà retenu, dans leur rapport du 13 février 2007, les diagnostics de "fibromyalgie" et de "trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée". Pour le SMR, ces deux rapports renaient une même situation médicale objective.

En revanche, au sujet de la capacité de travail exigible, le SMR a écarté l'évaluation du Dr W.\_\_\_\_\_, en raison du fait qu'elle n'était pas conforme aux exigences de la jurisprudence concernant le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme et de la fibromyalgie.

**C. a)** Fort de l'avis SMR du 7 mai 2008, l'OAI a rendu, le 22 mai 2008, une décision reprenant son projet du 10 octobre 2007, par laquelle il

a refusé l'octroi d'une rente AI à la recourante, au motif que son degré d'invalidité (16,99%) était insuffisant pour l'ouverture d'un tel droit (40% au minimum).

**b)** Par acte daté du 26 juin 2008, Q.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 7 mai 2008 lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité.

La recourante considère que l'OAI a procédé à une interprétation erronée des pièces médicales versées au dossier. En effet, malgré que le Dr T.\_\_\_\_\_ retienne une capacité résiduelle de travail de 50%, l'OAI se basant sur l'avis de ce dernier retient une toute autre capacité de travail, à savoir une capacité totale, au motif que les limitations fonctionnelles, sur le plan dermatologique, sont claires. Par ailleurs, elle souligne que, selon la Dresse J.\_\_\_\_\_, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles "dermatologiques" est, en pratique, difficile à trouver, à moins d'envisager une activité dans un cadre protégé. En tout état de cause, elle considère être dans une incapacité totale de travailler, l'évolution imprévisible de son eczéma l'empêchant d'envisager l'exercice d'une activité lucrative à moyen ou long terme.

Par ailleurs, la recourante estime que la valeur probante du rapport SMR du 13 février 2007, sur lequel se fonde la décision entreprise, est sujette à caution. En effet, selon elle, ce rapport est en contradiction flagrante avec les diverses pièces médicales versées au dossier. En particulier, les examinateurs écartent prestement l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail de la recourante, alors qu'ils concèdent eux-mêmes que, sur le plan psychiatrique, la recourante est en détresse et est sujette à une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. En outre, la recourante relève qu'elle n'a plus de vie socioprofessionnelle, qu'elle est, depuis plusieurs années, accablée par un sentiment de détresse qui tend à s'aggraver avec le temps et que le caractère chronique de ses diverses pathologies, notamment de son eczéma, l'ont

profondément ébranlée. Au vu de ces circonstances, la fibromyalgie qu'elle présente a, selon elle, un caractère invalidant.

Au demeurant, la recourante conteste la valeur probante du rapport SMR du 13 février 2007, en raison du fait que l'on ignore les qualifications des examinateurs et que, dès lors, on ne peut déterminer si ceux-ci satisfont aux critères de la jurisprudence en la matière.

La recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Elle requiert la production du dossier complet des examinateurs signataires du rapport SMR du 13 février 2007 et, au besoin, la mise en œuvre d'une expertise dermatologique ayant pour but d'évaluer l'incidence de ses troubles dermatologiques sur sa capacité de travail.

La recourante a effectué en temps utile l'avance de frais (250 fr.) qui lui a été demandée par courrier du 30 juin 2008.

**c) aa)** Dans sa réponse du 17 décembre 2008, l'OAI précise, avec référence à la jurisprudence et à la doctrine, les multiples conditions devant être remplies pour que le Tribunal fédéral admette un cas de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie invalidant au sens de l'art. 4 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20). Il souligne qu'un tel caractère invalidant n'est admis qu'exceptionnellement. À cette fin, l'assuré doit soit présenter, de manière manifeste, une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit cumuler d'autres critères présentant une certaine intensité et constance.

L'OAI retient en l'espèce que la recourante souffre d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et qu'un tel diagnostic ne constitue pas une comorbidité psychiatrique importante par son acuité et sa durée. Quant aux autres critères, l'OAI les considère à l'évidence non remplis, car l'anamnèse psycho-sociale établit clairement qu'il n'y a pas

de perturbation de l'équilibre psycho-social dans toutes les manifestations de la vie.

**bb)** L'OAI estime, contrairement à ce que soutient la recourante, avoir tenu compte de ses problèmes cutanés. En effet, c'est sur la base des rapports du 25 octobre 2004 du Dr T.\_\_\_\_\_ et du 31 octobre 2007 de la Dresse J.\_\_\_\_\_ qu'il a retenu que la recourante présentait une capacité totale de travail dans toute activité dénuée de sollicitation cutanée.

S'agissant des griefs relatifs à la qualification des examinateurs du SMR, il suffit, selon l'OAI, que, conformément à la jurisprudence invoquée par la recourante, un seul des signataires soit titulaire d'un titre FMH pour que la valeur probante soit reconnue à l'expertise. En l'occurrence, bien que le Dr I.\_\_\_\_\_ ait obtenu son titre de psychiatre FMH environ trois mois après l'examen et un mois après le rapport, le Dr K.\_\_\_\_\_ était titulaire d'un titre FMH en rhumatologie, de sorte que pleine valeur probante doit être accordée à leur rapport.

**cc)** L'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

**d)** Par réplique du 23 janvier 2009, la recourante considère que l'OAI n'aurait pas porté suffisamment d'attention à son recours ni aux pièces versées au dossier. En effet, elle relève que l'OAI déclare avoir retenu une capacité totale de travail en se basant sur l'avis du 25 octobre 2004 du Dr T.\_\_\_\_\_ et sur le rapport du 31 octobre 2007 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, alors que ces pièces indiquent clairement une incapacité totale de travail dans son activité habituelle et une capacité résiduelle de 50%, compte tenu de seules limitations dermatologiques, dans une activité adaptée.

La recourante rappelle que, selon le Dr T.\_\_\_\_\_, il y aurait lieu d'être attentif aux éventuels signes précoces d'aggravation de son état de santé en cas d'exercice d'une activité lucrative et que le Dr

T.\_\_\_\_\_ a attesté la présence d'une diminution de rendement, même en cas d'activité adaptée, dont le taux dépend du travail effectué. En ce qui concerne le rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_, la recourante s'étonne que l'OAI n'ait pas retenu qu'en cas de poussées d'eczéma, lesquelles s'avèrent imprévisibles tant en durée qu'en sévérité, sa capacité résiduelle de travail varierait entre 0% et 50%, suivant la sévérité de l'atteinte cutanée.

S'agissant de la fibromyalgie, la recourante reprend en substance les motifs invoqués dans son recours. Au sujet du rapport SMR du 13 février 2007, la recourante conteste la validité de l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_, celui-ci n'ayant obtenu son titre FMH qu'après l'avoir examinée et établi le rapport. Enfin, la recourante requiert, compte tenu du fait que la situation médicale objective décrite par le Dr W.\_\_\_\_\_ est superposable à celle décrite dans le rapport SMR du 5 décembre 2006, qu'il lui soit donné acte de son incapacité totale de travail, comme l'a attestée le Dr W.\_\_\_\_\_.

La recourante confirme les conclusions formulées dans son recours.

**e)** Dans sa duplique du 16 février 2009, l'OAI déclare que la réplique du 23 janvier 2009 de la recourante n'est pas de nature à remettre en cause la décision entreprise, cette duplique n'apportant aucun argument nouveau.

Au sujet du Dr I.\_\_\_\_\_, l'OAI précise qu'il a suivi toutes ses études de médecine en Suisse et qu'il est titulaire d'un diplôme universitaire depuis de nombreuses années. Dès lors, l'OAI considère que son avis a pleine valeur probante. En ce qui concerne le Dr C.\_\_\_\_\_, l'OAI annonce qu'il est titulaire d'un titre FMH en médecine interne.

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

**1. a) aa)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1<sup>er</sup> LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**bb)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

Conformément à l'art. 47 LPA-VD, en procédure de recours de recours de droit administratif, le recourant est en principe tenu de fournir une avance de frais (al. 2). L'autorité impartit un délai à la partie pour fournir l'avance de frais et l'avertit qu'en cas de défaut de paiement dans le délai, elle n'entrera pas en matière sur la requête ou le recours (al. 3). Le délai pour le versement de l'avance de frais est observé si, avant son échéance, la somme due est versée à la Poste Suisse ou débitée en Suisse d'un compte postal ou bancaire en faveur de l'autorité (al. 4).

**b)** En l'espèce, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et l'avance de frais demandée ayant été effectué dans le délai, le recours est donc recevable.

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53)

En l'espèce, est litigieuse la question du degré d'invalidité présenté par la recourante et, subsidiairement, de l'opportunité de la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale.

**3. a) aa)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain du recourant 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**bb)** Conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il

incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, in RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

**b) aa)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**bb)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, 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 confident

privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

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; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

**4.** En l'espèce, la recourante soutient que c'est à tort que l'OAI retient que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

**a)** Elle émet des doutes quant à la validité du rapport SMR du 13 février 2007, sur lequel se base indirectement la décision entreprise, compte tenu de l'arrêt TFA I 65/07 du 31 août 2007. Elle estime notamment que l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_ ne doit pas être retenu, car son avis a été émis avant qu'il n'ait obtenu son titre FMH en psychiatrie.

Le rapport contesté par la recourante a été établi par trois médecins, dont deux étaient titulaires d'un titre FMH au moment de la signature. S'agissant du Dr I. \_\_\_\_\_, il a suivi toutes ses études de médecine en Suisse et pratiquait déjà depuis de nombreuses années au moment de la signature du rapport contesté; il a obtenu son titre FMH en psychiatrie moins de deux mois après cette signature.

Au vu de ces circonstances, on ne peut estimer, comme le fait la recourante, que la situation est analogue à celle de l'arrêt dont elle se prévaut. En effet, dans cet arrêt, le rapport contesté avait été rédigé et signé par une seule personne qui n'avait pas suivi ses études de médecine en Suisse. Dès lors, c'est à tort que la recourante se prévaut de cet arrêt pour obtenir l'invalidation du rapport qu'elle conteste.

S'agissant des exigences de la jurisprudence en la matière, comme l'a déjà souligné l'OAI dans sa réponse (cf. lettre C.c/aa supra) et le précisait, par ailleurs, l'arrêt invoqué par la recourante, il suffit qu'un seul médecin signataire soit titulaire d'un titre FMH pour que les exigences soient satisfaites. Or, tel est le cas en l'espèce. La validité du rapport contesté par la recourante ne saurait dès lors être remise en cause.

**b) aa)** En ce qui concerne la pathologie dermatologique présentée par la recourante, celle-ci reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des avis SMR du 20 octobre 2005 et du 4 octobre 2006, lesquels attestent une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Elle lui reproche également d'avoir procédé à une interprétation erronée des pièces médicales pertinentes versées au dossier. En effet, alors qu'il déclare s'être basé sur le rapport du 25 octobre 2004 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, médecin traitant, et sur celui du 31 octobre 2007 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie, médecin traitant, l'OAI retient une toute autre capacité de travail - en l'occurrence, une capacité de travail totale dans une activité adaptée - que celles retenues par ces deux médecins.

Au sujet des avis SMR, l'avis SMR du 4 octobre 2006 ne confirme aucun taux mais fait uniquement remarquer que la CEP a retenu ces taux-là. En ce qui concerne l'avis SMR du 20 octobre 2005, il a été rendu avant l'établissement du rapport du 31 octobre 2007 du médecin traitant, la Dresse J.\_\_\_\_\_. A cette date-là, le seul rapport sur lequel pouvait se baser le SMR était celui du 21 janvier 2005 du Dr T.\_\_\_\_\_. Cela explique que l'évolution de la santé de la recourante, n'ayant pas encore été consacrée dans un rapport formel, n'a pas été prise en compte et que les taux retenus dans l'avis SMR du 4 octobre 2006 continuent à correspondre à ceux établis par le Dr T.\_\_\_\_\_.

En ce qui concerne les rapports des médecins traitants, l'OAI n'a pas à faire siennes les appréciations subjectives de ces derniers. En effet, selon la jurisprudence, l'OAI et le juge des assurances sociales examinent de manière objective les documents versés au dossier pour déterminer le degré d'invalidité du recourant (cf. consid. 3b/bb supra).

En l'espèce, l'OAI a uniquement repris les constatations objectives retenues par les médecins traitants, à savoir les limitations fonctionnelles objectives - dont il n'a par ailleurs pas mis en doute le bien-fondé -, et les a appréciées différemment pour établir la capacité de

travail de la recourante. Cette appréciation de l'OAI, à la lumière notamment du rapport du 31 octobre 2007 du médecin traitant, la Dresse J.\_\_\_\_\_, ne prête pas le flanc à la critique. En effet, l'appréciation du SMR s'est basée sur des résultats concrets et objectifs de ce traitement et sur l'évolution positive de la maladie telle que constatée par le médecin traitant, la Dresse J.\_\_\_\_\_, et communiquée à l'OAI lors d'un entretien téléphonique en août 2005. En revanche, l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_ ne tient en aucun cas compte du traitement qu'il a lui-même recommandé, ce traitement n'ayant pas, ou ayant tout juste, débuté en date de la rédaction de son rapport, le Dr T.\_\_\_\_\_ ne pouvait alors émettre qu'un pronostic.

**bb)** Au sujet de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, il ressort du rapport du 31 octobre 2007 de la Dresse J.\_\_\_\_\_ que, dans un premier temps, grâce au traitement entrepris, l'eczéma a été guéri à 80% - ce qui a permis d'espacer les séances de traitement -, puis, dans un second temps, au printemps 2006 plus précisément, l'eczéma était en rémission quasi complète, ce qui a entraîné l'arrêt du traitement qui n'a pas été repris depuis. La Dresse J.\_\_\_\_\_ a par ailleurs déclaré que la recourante pouvait reprendre le travail dans une activité adaptée à un taux de 100%.

Dans ces circonstances, on peut valablement considérer qu'à l'échéance du délai de carence de l'art. 28 al. 1 LAI, soit en octobre 2005 (cf. rapport d'examen SMR du 28 février 2007; lettre A.c/bb supra), la recourante présentait une incapacité de travail inférieure à 40%. En effet, selon le rapport du 21 janvier 2005 du Dr T.\_\_\_\_\_, à cette époque - c'est-à-dire avant le début du traitement et, dès lors, de toute amélioration de l'état de santé "dermatologique" de la recourante -, celle-ci présentait une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 50%. Or, fin août 2005 déjà, l'eczéma était guéri à 80%. Dès lors, à cette date déjà, l'état de santé de la recourante s'était amélioré et, compte tenu de la guérison conséquente de son eczéma, on peut légitimement retenir qu'en août 2005, la capacité résiduelle de travail établi par le Dr T.\_\_\_\_\_ à 50% (avant traitement et amélioration de l'état de santé) est passée dans

tous les cas à plus de 60% ou plus (après traitement et amélioration de l'état de santé), d'autant plus que le rapport du 31 octobre 2007 de la Dresse J.\_\_\_\_\_ démontre que l'état de santé "dermatologique" n'a fait que s'améliorer depuis (rémission quasi complète au printemps 2006, abandon du traitement et possibilité de reprise du travail à 100% dans une activité adaptée).

**cc)** En ce qui concerne l'évolution capricieuse et imprévisible de la pathologie, il convient de remarquer que jusqu'à présent, le traitement de la maladie a été un succès. S'agissant d'une éventuelle évolution négative, celle-ci ne peut être prise en compte, car, comme le souligne par ailleurs la recourante (cf. courrier du 2 novembre 2007 [lettre B.b/bb supra]; également son recours [lettre C.b/bb supra] et sa réplique [lettre C.d/aa supra]), elle est de l'ordre de l'imprévisible. Or, comme mentionné auparavant, l'OAI ne peut tenir compte que d'éléments de preuves objectifs dans son évaluation du degré d'invalidité (cf. consid. 4b/aa supra; également consid. 3b/bb supra). Une évolution incertaine ne peut dès lors être prise en considération. C'est donc à bon droit que l'OAI n'a pas tenu compte d'une éventuelle évolution négative, qui, si elle devait avoir lieu, pourrait conduire à une révision du droit à la rente (cf. art. 17 LPGA).

**dd)** Au vu de ce qui précède, c'est avec raison que l'OAI a estimé avoir suffisamment d'éléments objectifs en ce qui concerne l'atteinte dermatologique de la recourante, de sorte qu'un examen complémentaire en la matière est inutile. Dans ces conditions, l'OAI était fondé à retenir que la recourante présentait, sous l'angle des limitations fonctionnelles dermatologiques, une capacité totale de travail.

**b)** Sur le plan ostéoarticulaire, la recourante n'invoque aucun grief particulier. En l'absence de contestation de sa part, les limitations fonctionnelles et l'appréciation de ces dernières par l'OAI, notamment dans l'évaluation de sa capacité de travail, doivent être retenues. En outre, B.\_\_\_\_\_, ostéopathe D.O., consulté par la recourante, a déclaré que d'un point de vue ostéopathique, il ne pouvait que se joindre au projet

de décision du 10 octobre 2007 de l'OAI – projet que la décision entreprise a repris.

Dès lors, il convient de retenir que la capacité de travail de la recourante est totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires.

**c)** Au plan psychique, la recourante fait remarquer que l'OAI ne retient aucune pathologie de cet ordre ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Or, la problématique psychique a son importance en particulier dans l'appréciation du caractère invalidant de sa fibromyalgie. Dans ce sens, la recourante se prévaut du rapport du 6 mars 2008 du Dr W.\_\_\_\_\_, lequel retient que la capacité de travail de la recourante est nulle. Au sens de la recourante, le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ étant étayé, à la différence du rapport SMR du 13 février 2007, il doit l'emporter sur ce dernier, de sorte qu'une incapacité totale de travail doit lui être reconnue.

**aa)** Toutefois, comme l'a à juste titre rappelé l'OAI (cf. sa réponse; lettre C.c/aa supra), le caractère invalidant de la fibromyalgie ou des troubles somatoformes douloureux est, conformément à la jurisprudence, reconnu uniquement exceptionnellement. Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. également la jurisprudence et la doctrine, auxquelles se réfèrent l'OAI dans sa réponse). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. 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. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> éd., p. 191) 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).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, 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 (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

**bb)** En l'occurrence, l'OAI a dûment examiné, sur la base de constatations objectives, la situation de la recourante à la lumière de la jurisprudence pertinente, alors que la recourante se limite à énoncer ses symptômes sans confronter sa situation aux exigences de la jurisprudence. L'OAI retient que la situation pénible de la recourante rentre dans le cadre d'un trouble réactionnel, plus précisément d'un trouble de l'adaptation et d'une réaction dépressive prolongée. Fort de ce constat, il convient de retenir que la recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique.

Par ailleurs, il ressort du rapport SMR du 13 février 2007 que la recourante ne souffre pas de perte d'intégration sociale, même si sa vie socioprofessionnelle est inexistante. En effet, elle voit régulièrement ses amis et continue à beaucoup s'occuper de ses enfants, de sorte qu'une perturbation de l'équilibre psycho-social dans toutes les manifestations de la vie ne peut être retenue. En outre, l'efficacité du traitement n'a pas été remise en question, la recourante n'ayant jamais reçu d'anti-dépresseur tricyclique afin de baisser le seuil de la douleur. Par voie de conséquence, les critères de sévérité exigés par la jurisprudence ne sont pas satisfaits.

**cc)** Au vu de ce qui précède, c'est avec raison que l'OAI n'a pas retenu les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante. Pour le surplus, les arguments dont se prévaut la recourante sont insuffisants pour admettre qu'elle remplit les exigences de la jurisprudence. En effet, elle se limite uniquement à relever les maux dont elle souffre sans motiver ni même indiquer en quoi ceux-ci, compte tenu des exigences de la jurisprudence, sont invalidants au sens de la LAI. Par voie de conséquence, au plan psychiatrique, la recourante ne présente aucune atteinte invalidante, de sorte que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dermatologiques et ostéoarticulaires.

**d)** Dans sa réplique du 23 janvier 2009, la recourante ne conteste pas le caractère superposable - relevé par l'avis SMR du 7 mai

2008 et par la réponse de l'OAI - des situations médicales objectives décrites par le Dr W. \_\_\_\_\_ et les examinateurs du SMR. Au contraire, elle se base sur celui-ci pour soutenir que, compte tenu du fait que l'OAI affirme que les situations médicales sont identiques, alors il doit retenir la capacité de travail arrêtée par le Dr W. \_\_\_\_\_, à savoir une capacité de travail nulle.

Ici aussi, la recourante omet de distinguer constatations objectives et appréciation subjective (cf. également consid. 4b/aa supra). Or, l'OAI et le juge des assurances sociales ne se basent que sur les moyens de preuve objectifs (cf. consid. 3b/bb supra); ils ne sont en aucun cas liés par des appréciations subjectives. Il est dès lors possible que sur la base de constatations objectives identiques, ils parviennent à une autre appréciation que les médecins traitants. En l'espèce, la recourante ne conteste pas la situation médicale objective. Par ailleurs, elle ne fait valoir aucun argument ni motivation qui pourrait remettre en doute l'appréciation que les examinateurs SMR font de cette situation médicale objective. En raison du fait que le rapport SMR du 13 février 2007 examine de manière circonstanciée les points litigieux importants, qu'il se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que sa description du contexte médical et son appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions des experts sont bien motivées, ce rapport remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. consid. 3b/bb supra). Compte tenu du fait que le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs, en particulier à ceux qui émanent du SMR, 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 et que, conformément à la jurisprudence, l'avis du médecin traitant doit être admis avec réserve (cf. consid. 3b/bb supra), il convient, en l'absence de doute à ce sujet - ce que n'a pas su rendre vraisemblable la recourante -, de reconnaître pleine valeur probante au rapport SMR du 13 février 2007.

**e)** En définitive, au vu de l'ensemble des pièces du dossier, la situation médicale de la recourante, telle que retenue par l'OAI, est claire – d'autant plus que la recourante n'a su rendre vraisemblable le moindre doute à ce sujet – et l'appréciation de cette situation par l'OAI est fondé.

Dès lors, c'est avec raison que l'OAI a retenu que la recourante présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dermatologiques et ostéoarticulaires. Par ailleurs, tant le calcul par l'OAI du degré d'invalidité de la recourante que les données sur lesquelles celui-ci s'est basé – qui, au demeurant, n'ont pas été contestées par la recourante – ne prêtent pas le flanc à la critique.

**5.** Au sujet de la mesure d'instruction complémentaire requise par la recourante, il convient de rappeler que l'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Or, en l'espèce, comme on l'a vu, la situation médicale est claire (cf. consid. 4e supra). Aucune contradiction ou incohérence n'est à relever. Par voie de conséquence, une mesure d'instruction complémentaire n'est pas nécessaire, de sorte qu'il convient de ne pas donner suite à la requête de la recourante.

**6.** Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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'Al 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 fr. (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 être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cents cinquante francs) est mis à la charge de Q.\_\_\_\_\_.
- 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:

- Me M.\_\_\_\_\_ (pour Q.\_\_\_\_\_),
- 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: