

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 octobre 2011

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges     :        Mme Brélaz Braillard et M. Zbinden, assesseur  
Greffier         :        M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à Nyon, recourante,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante) a déposé une première demande de prestations en décembre 1998, invoquant une hernie discale. Dans ce cadre, un premier examen a été organisé au Service médical régional AI (SMR) le 19 mars 2002. L'assurée ne s'y est pas présentée en s'excusant. En 2002, elle a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) qu'elle avait repris depuis le mois de septembre 2001 un emploi à 100 % et que son état de santé semblait s'être stabilisé. Il a été décidé de reconvoquer l'assurée au SMR pour le 17 juin 2002, laquelle ne s'est pas présentée à cette 2<sup>ème</sup> convocation, cette fois-ci sans présenter d'excuses. Par décision du 8 novembre 2002, l'OAI a octroyé une rente à 100 % du 1<sup>er</sup> août 1998 au 31 août 1999.

Le 28 mars 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, sollicitant l'octroi d'une rente, invoquant une hernie discale, des lombalgies chroniques et un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie). Dans le formulaire 531 bis, l'assurée a écrit qu'elle travaillerait à 100 % si elle était en bonne santé.

Dans un rapport médical du 12 mai 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à [...], a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

- Lombo-cruralgies gauche, discopathie L4-L5
- Fibromyalgie
- Déconditionnement musculaire global

Il a indiqué qu'une reprise du travail à 100 % n'était plus imaginable en raison de la globalisation des douleurs et d'aggravations périodiques.

Le 14 avril 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à [...], a écrit dans un rapport médical que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé depuis 2007 et de fibromyalgie depuis 2001. Il a expliqué avoir suivi l'assurée depuis novembre 2007 jusqu'au 22 février 2008. Selon lui, l'activité exercée - à savoir la fonction de secrétaire à la police municipale de [...] - était encore exigible à 50 %.

Un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été organisé au SMR. Il a été effectué le 6 janvier 2009 par le Dr W.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et par la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Le rapport établi le 14 janvier 2009 suite à cet examen a notamment la teneur suivante:

#### "DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail
- Aucun (Z71.1)

sans répercussion sur la capacité de travail

- Lombopygialgies G chroniques dans un contexte de protrusion discale L4-5.
- Composante douloureuse de type fibromyalgique
- Méniscopathie interne du genou G débutante
- Eléments dépressifs réactionnels, accompagnateurs du tableau douloureux chronique (F43.21).

#### APPRÉCIATION DU CAS

Assurée de 46 ans, travaillant depuis 2001 comme secrétaire à la police municipale de [...], en arrêt de travail prolongé à des taux variant entre 50 et 100% depuis le 24 janvier 2006. Le seul rapport médical somatique récent à disposition est le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ médecin-traitant, attestant d'une lombocruralgie G dans un contexte de discopathie L4-5, d'une fibromyalgie et d'un déconditionnement musculaire global. A son examen clinique, le Dr S.\_\_\_\_\_ décrit une obésité à prédominance abdominale, la présence d'une scoliose dorsale modérée, la palpation diffusément douloureuse et sensible de tous les points intentionnels de fibromyalgie, une mobilité antérieure du tronc conservée, l'absence d'atteinte neurologique radriculaire.

Le dernier rapport d'IRM lombaire dans le dossier date de 1998, mais sans changement par rapport à celle effectuée l'année précédente, montrant des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann lombaire ainsi qu'une protrusion en L4-L5.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime le pronostic peu favorable étant donné la globalisation des douleurs, il estime qu'une reprise de travail à 100% n'est plus imaginable en raison d'aggravation périodique.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée est suivie par le Dr A. \_\_\_\_\_ pour un trouble dépressif majeur depuis 2007.

Les éléments à disposition étant insuffisants pour justifier une incapacité de travail de 50% dans une activité physiquement légère, l'assurée est vue en examen bi-disciplinaire au SMR, rhumatologique et psychiatrique.

Lors de l'entretien, l'assurée décrit avec précision son poste de travail, elle travaille en position assise, peut changer de position si nécessaire, son siège a été adapté; l'assurée s'occupe de la correction de rapports et de la correspondance, il n'y a pas de port de charges.

Madame D. \_\_\_\_\_ se dit incapable de faire davantage que le 50% actuel, en raison d'une lombopygalgie G chronique d'allure mécanique et de douleurs ubiquitaires des 4 membres, prédominant aux membres supérieurs. Après s'être améliorée au niveau du rachis à la fin des années 90, l'assurée a présenté une augmentation progressive des douleurs depuis 2003; elle a été vue par le Dr G. \_\_\_\_\_ en 2006, sans indication opératoire. A cette époque, l'assurée a suivi pendant 3 semaines le reconditionnement proposé par l'unité de rééducation du rachis, sans amélioration sur les symptômes. Pour sa fibromyalgie, l'assurée a consulté la dernière fois le Dr X. \_\_\_\_\_ en 2007.

L'assurée n'a actuellement plus de traitement de fond de la douleur prend un jour sur deux en alternance un contre-douleur ou un anti-inflammatoire à petites doses.

L'assurée a conservé une activité physique légère, sort ses 2 chiens 3 fois par jour une quinzaine de minutes, marche une fois par semaine avec sa fille 3/4 d'heure, en 2007 a suivi une fois par semaine un cours de pilates.

A l'examen clinique, l'assurée est par moment inconfortable en station assise, arrive à tenir cette position, pendant les 30 mn de l'entretien avec le rhumatologue; sinon elle n'a pas de comportement algique spontané. Les douleurs surviennent à la mobilisation autant des 4 membres que du rachis.

Au niveau internistique l'assurée a à présent un poids dans la limite des normes. La tension artérielle est légèrement augmentée à 160/105 mm de Hg, lors de l'examen, elle est habituellement normale chez son médecin-traitant; il a été conseillé à l'assurée de la faire contrôler lors du prochain rendez-vous dans une quinzaine de jours.

L'examen articulaire périphérique confirme la composante de type fibromyalgique avec 9/18 points de Smythe, il n'y a pas de signe pour un rhumatisme inflammatoire. Il n'y a pas non plus de signe pour une épicondylite flouide; seule la palpation est douloureuse, la mise sous tension et l'étirement des muscles radiaux ne l'est pas.

Au niveau neurologique, l'assurée nous apprend qu'elle a été opérée à 2 reprises d'un syndrome du canal carpien en 2002, sans effet sur les symptômes. Il y a actuellement des signes irritatifs du côté G,

mais pas de déficit sensitivo-moteur. La fonction de la main est conservée. Il n'y a pas de déficit radiculaire tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs, la diminution de la sensibilité sur le dos du pied G au piqué proportionnellement à la D n'est pas systématisable sur le plan radiculaire.

Au niveau du rachis, l'assurée a une légère diminution de la lordose lombaire, sans autre trouble statique conséquent. La mobilité est légèrement diminuée en flexion, il n'y a pas de contracture paravertébrale lombaire, l'assurée a des douleurs multi-étagées de L2 jusqu'au sacrum, prédominant en L3, alors que la protrusion connue est à l'étage sous-jacent. Nous ne pouvons de ce fait retenir de syndrome lombo-vertébral. Il n'y a pas de sciatique irritative. Le score de Waddell est positif pour des signes de non organicité.

La lecture du dossier radiologique montre une protrusion discale médiane en L4-5, entrant en contact avec le fourreau dural, n'ayant pas évolué entre 1998 et 2006. Stricto sensu, il s'agit d'une protrusion et non d'une hernie, le matériel discal étant nettement plus large que haut. Les autres disques sont conservés.

Au niveau du genou G, l'IRM du 08.07.08 nous paraît dans les normes avec une intégrité des surfaces articulaires, des ligaments, l'absence de déchirure méniscale conséquente. La Dresse Q. \_\_\_\_\_ radiologue annonce un fin hypersignal longitudinal sur le ménisque interne s'étendant vers la surface inférieure mais sans l'interrompre. Il s'agit d'une lésion dégénérative de grade II de faible gravité, n'atteignant pas la surface articulaire. Selon l'anamnèse les gonalgies fluctuent, l'assurée se décrit gênée à la marche, mais pas au travail, elle est capable de marcher 3/4 d'heure; l'examen du genou montre une mobilité complète sans épanchement, il n'y a pas de boiterie à la marche; les tests méniscaux entraînent une douleur sur le compartiment interne, mais pas de blocage. La méniscopathie de grade II que présente l'assurée n'est pas incapacitante dans l'activité de secrétariat exercée.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 47 ans, née à Genève de parents tessinois. Au bénéfice d'une scolarité obligatoire, elle prend des cours de sténodactylographie et d'auxiliaire de santé qu'elle termine par un diplôme. Ces activités se passent essentiellement dans les bureaux, avec un dernier emploi à plein temps comme assistante administrative à la police de [...] dès 2001. Des mises en arrêt de travail débutent en 2003, elles deviennent continues dès le 24 janvier 2006, avec un taux d'activité maximal de 50% depuis lors.

A signaler que l'assurée a été au bénéfice d'une rente AI entière limitée dans le temps en raison de problèmes de dos, avec une reprise professionnelle à 100% au long cours depuis lors.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse familiale est vierge hormis la fille cadette qui souffre d'une problématique mixte notamment dépressive préoccupante.

Sur le plan personnel, les premiers symptômes surviennent en automne 2007, ils sont motivés par une souffrance psychique secondaire à l'apparition de la problématique douloureuse

chronique. Des troubles du sommeil sont stabilisés par un traitement ciblé, l'assurée a une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis lors.

Dans la situation actuelle, l'examen de ce jour montre une assurée de bonne constitution psychique, dont l'excellente maîtrise de la langue française et les capacités de lecture abondante permettent d'exclure l'existence passée d'une problématique dépressive d'intensité sévère qui aurait été en rémission. Actuellement quelques signes dépressifs sont décelés, dont l'intensité est tout au plus légère au sens des classifications internationales. Cette souffrance psychique est directement secondaire à la problématique douloureuse, elle est à inclure dans le tableau algique chronique.

Face à la notion de fibromyalgie mentionnée dans les rapports médicaux des Drs A. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, il y a lieu d'examiner les critères de gravité au sens de la jurisprudence actuelle il n'y a pas de co-morbidité psychiatrique à caractère invalidant, les affections corporelles chroniques sont décrites sur le versant somatique de cet examen. Le processus maladif apparaît comme fluctuant puisque l'assurée a été en arrêt de travail total dans les années 1998-1999, avec une réapparition des arrêts de travail d'une manière croissante et continue depuis janvier 2006. Il n'y a pas clairement de perte d'intégration sociale, puisque même si l'assurée n'a presque plus de lien d'amitié, elle garde un contact avec ses collègues de travail, ses filles et sa mère. Le processus défectueux de résolution du conflit pourrait être mis en relation avec une dynamique familiale relationnelle, étant donné la très forte sollicitation de la fille aînée et un contact presque inexistant avec la fille cadette souffrante psychiquement. Les traitements conformes aux règles de l'art sont décrits comme efficaces en tous cas sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de signe de non coopération.

En conséquence, l'examen des critères de gravité n'apporte pas d'élément pouvant appuyer une incapacité de travail au long cours.

Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport psychiatrique du Dr A. \_\_\_\_\_ daté du 14 avril 2008 mentionne un diagnostic de trouble dépressif majeur épisode isolé depuis 2007 ainsi qu'une fibromyalgie depuis 2001. Les éléments dépressifs sont vraisemblablement fluctuants, ils ne sont pas contestés et n'ont jamais eu une intensité sévère qui justifierait une IT au long cours.

En conséquence, la présence d'éléments dépressifs n'est pas contestée, mais l'impact sur l'exigibilité professionnelle ne peut être reconnu. La réduction du taux d'activité professionnelle de l'intéressée ne s'appuie pas sur une atteinte à la santé psychiatrique à caractère invalidant.

Les limitations fonctionnelles

Rachis lombaire: travail en porte-à-faux, mouvements répétés de flexion-extension du rachis, port de charges au-delà de 9 kilos, position statique debout prolongée au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure.

Aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?  
En faisant la part des choses entre les douleurs diffuses dans le contexte de la fibromyalgie et les douleurs en relation avec la protrusion discale lombaire, il y a lieu de retenir des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. Ces limitations sont en adéquation avec le poste de secrétariat, physiquement sédentaire. Il n'y a de ce fait pas d'incapacité de travail durable de 20 % au moins dans l'activité habituelle. La fibromyalgie que présente l'assurée ne revêt pas de critères de gravité selon la jurisprudence en cours.

L'assurée a eu des mises en arrêt de travail continues à des taux variables depuis le 24 janvier 2006. Aucune atteinte psychiatrique à la santé ne motive ces mises en arrêt de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?  
Il est resté stationnaire avec une capacité de travail totale dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites.

Le psychiatre-traitant, le Dr A. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 14 avril 2008, signale qu'un trouble dépressif majeur, épisode isolé est présent depuis 2007: Il est crédible et vraisemblable que des éléments dépressifs fussent apparus à cette époque, leurs caractéristiques sont à intégrer dans le tableau douloureux chronique. Il n'y a pas d'incapacité de travail psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible,  
Elle est totale comme elle l'a toujours été dans toute activité respectant les LF d'épargne du rachis décrites.

#### CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle de secrétaire: 100 %

Dans une activité adaptée: 100% Depuis toujours"

Le 22 janvier 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que la capacité de travail exigible était de 100 % dans l'activité habituelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Travail en porte-à-faux du tronc, mouvements répétés de flexion-extension du rachis, port de charges de plus de 9 kg, position statique debout prolongée au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure sans possibilité de varier la position.

Le 27 janvier 2009, l'OAI a dressé un projet de décision selon lequel l'atteinte à la santé de la recourante ne contre-indiquait pas l'exercice de son activité habituelle de secrétaire à 100%.

Le 9 février 2009, le Dr A. \_\_\_\_\_ a écrit un bref rapport à teneur duquel, sur le plan anamnestique, la patiente avait refusé une rente à 100 % pour des problèmes de dos il y a de cela dix ans. Il s'est dit être surpris de constater que l'on considère actuellement cette patiente apte à 100 % alors qu'il y a dix ans, elle était inapte sur le plan physique.

Selon lui une activité à 50 % pouvait être envisageable sur le plan psychique.

Dans un avis médical du 13 février 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a écrit que cet avis n'apportait aucun élément nouveau.

Le 23 février 2009, l'OAI a rendu une décision confirmant le projet du 27 janvier 2009. Il était notamment dit dans un courrier explicatif faisant partie de cette décision qu'il n'existait aucun rapport suite à un examen qui aurait été pratiqué en 1998/1999 puisque la recourante ne s'était alors pas rendue aux convocations.

Le 27 février 2009, l'assurée a écrit une lettre à l'OAI afin de contester le projet de décision. Elle a conclu à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité et a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire neutre et indépendante. Elle a décrit comme suit le déroulement de son quotidien:

"Mes journées se déroulent en fonction de mes douleurs. Au réveil, j'ai besoin d'environ une heure pour me mettre en route et me dérouiller. Je vais ensuite promener mes chiens durant un quart d'heure et, après avoir pris un petit déjeuner léger, je me rends pour 9h à mon travail qui m'occupe jusqu'à 13h15.

Lorsque je rentre du travail, je promène d'abord mes chiens, puis je réchauffe un repas léger et vais me coucher pour récupérer des efforts du matin et de ma nuit de mauvais sommeil. Mes après-midi consistent en des activités comme la lecture ou la télévision. Deux fois par semaine, je fais de la marche rapide avec ma fille, je vais aussi une fois par semaine au fitness suivre un cours de Pilates.

Je ne rencontre plus d'amis, car je ne sors presque plus de chez moi, à part pour faire les courses avec ma fille. Quant au ménage, je peux effectuer quelques petites tâches, mais ma fille fait les travaux les plus lourds de nettoyage et de repassage.

Je promène encore une fois mes chiens en fin de journée, avant de manger un repas que j'arrive à me cuisiner, puis je me couche après avoir un peu regardé la télévision. Mes nuits sont difficiles, je m'endors avec grand peine, puis me réveille très souvent. Mon sommeil n'est pas réparateur et je me lève très fatiguée le matin. [...]"

**B.** Ce courrier a été transmis, le 3 mars 2009 par l'office AI, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

Par réponse du 27 mai 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à une demi-rente AI en raison de son état de santé.

**3. a)** 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 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 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. 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 un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 [5<sup>e</sup> révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

**b)** 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2; TF 8C\_591/2009 du 27 novembre 2009, consid. 3.2). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TFA I 393/2005 du 9 juin 2006, consid. 4.2).

Le Tribunal fédéral des assurances 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 a 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et les arrêts cités; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

**c)** 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

**4. a)** En l'occurrence, la recourante sollicite l'octroi d'une rente à 50 %. Elle a fait l'objet d'un examen bidisciplinaire au SMR le 6 janvier 2009.

En ce qui concerne le volet somatique, l'examineur (le Dr W. \_\_\_\_\_) n'a pas posé de diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Il admet que l'assurée souffre de lombopygialgies gauches chroniques dans un contexte de protrusion discale L4-L5. Le médecin a

relevé que la recourante n'avait plus de traitement de fond de la douleur, qu'elle avait conservé une activité physique légère et qu'en 2007 elle pratiquait les cours de Pilates. Tel est toujours le cas selon le courrier du 27 février 2009 de la recourante. Hormis la fibromyalgie, le médecin du SMR n'a pas constaté d'autres atteintes que la protrusion discale. Cette affection implique les limitations fonctionnelles classiques d'épargne lombaire mais n'empêche pas en tant que tel, l'exercice d'une activité comme celle exercée par la recourante. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué également que l'examen articulaire périphérique confirmait la composante de type fibromyalgique. Cette affection n'engendre cependant pas sous l'angle psychiatrique, selon l'examen du SMR, d'incapacité de travail au long cours. A cet égard, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a soigneusement passé en revue les critères posés par la jurisprudence (cf. consid. 3b supra). Elle relève l'absence de comorbidité psychiatrique à caractère invalidant. Le processus maladif est décrit comme fluctuant depuis les années 1998-1999 avec réapparition d'arrêts de travail croissants à compter de janvier 2006. Elle souligne notamment en raison du fait que la recourante travaille qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie: La recourante garde un contact notamment avec sa fille aînée et sa mère, ses collègues de travail ainsi que grâce à une activité régulière de la fréquentation de son fitness. Il n'y a pas d'éléments établissant un état psychique cristallisé en raison d'un processus défectueux de résolution du conflit. Les traitements sont efficaces sur le plan psychiatrique. Dans ces circonstances, on doit constater l'absence de cumul de critères déterminants de sorte que l'on doit nier le caractère invalidant de la fibromyalgie sur la base du rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 14 janvier 2009 qui remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

De toute évidence, les objections élevées par le psychiatre A. \_\_\_\_\_ dans son bref rapport du 9 février 2009 le sont sans pertinence. Ce médecin ne suit la recourante que depuis novembre 2007, de sorte que l'on ne voit pas qu'il soit en mesure d'affirmer que celle-ci souffre de fibromyalgie depuis 2001. En sus contrairement à ce qu'il écrit,

la recourante s'est vu reconnaître le droit à une rente à 100 % pour une durée limitée (du 1<sup>er</sup> août 1998 au 31 août 1999). Son état de santé était tel qu'elle pouvait exercer une activité à 100 % étant rappelé qu'à compter de septembre 2001, elle avait repris un emploi à temps complet. Il est donc inexact d'avancer qu'il y a dix ans, la recourante était inapte physiquement. Cela a certes peut-être été le cas mais de manière limitée dans le temps.

Enfin, la recourante se méprend lorsqu'elle affirme avoir été examinée à l'époque par l'un des médecins de l'AI. Il ressort du dossier remis que, convoquée au SMR le 19 mars 2002 dans le cadre d'un premier examen, la recourante ne s'était pas présentée en avançant des motifs d'ordre professionnel (reprise d'un emploi à 100 % depuis septembre 2001). Convoquée une nouvelle fois au SMR pour le 17 juin 2002, la recourante ne s'est à nouveau pas présentée mais cette fois-ci sans présenter d'excuses. Partant en l'absence d'examen médical pratiqué sur la recourante, c'est à raison que l'intimé lui a répondu qu'elle n'avait jamais été vue par un des médecins examinateurs du SMR.

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C\_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet du point de vue médical pour que la cause soit jugée, de sorte qu'il n'y a à l'évidence pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises à titre subsidiaire par la recourante, soit en l'espèce la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire neutre et indépendante afin d'évaluer son état de santé.

**5.** En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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); 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. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où la recourante, au demeurant non assistée d'un avocat, 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  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours déposé le 27 février 2009 par D. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs) sont 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 :

- D. \_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :