

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 février 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges: M. Bidiville et Mme Feusi, assesseurs  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à La Tour-de-Peilz, recourante, représentée par Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA; 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recoursante), née en 1954, a, dans un premier temps, été auxiliaire au tri des lettres à Lausanne puis serveuse. Par la suite, elle a travaillé jusqu'en juin 2007 comme dame de compagnie chez une personne âgée et a distribué des imprimés publicitaires dans les ménages jusqu'en décembre 2007. Elle a été en incapacité de travail depuis le 10 décembre 2007.

L'assurée a déposé en février 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour des moyens auxiliaires sous forme d'une prothèses auditives. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) lui a octroyé ces moyens selon communication du 19 juin 2008.

**B.** En septembre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Dans un complément du 10 octobre 2008, elle a précisé qu'elle travaillerait à un taux de 100 % si elle était en bonne santé.

Dans le cadre de l'examen de cette demande, un courrier du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du 7 février 2008, adressé au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a été versé au dossier de l'OAI. Il retenait les affections suivantes: cervico-brachialgies C6 irritatives D[droite], syndrome dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent.

Dans une correspondance du 13 juin 2008 au Dr M.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu comme affection un "syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent au décourt". L'évolution serait lentement favorable avec amélioration du seuil de déclenchement à la douleur. L'assurée se plaindrait toujours de douleurs cervico-brachiales irradiant dans les deux épaules, estimées à 4/10 sur la VAS et entraînant une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne de manière modérée.

Au jour de la consultation, le 10 juin 2008, l'examen clinique serait rassurant. Il y aurait une évolution favorable sous traitement de balnéothérapie. Il n'y aurait pas de signe de dysfonction segmentaire ni de signe de synovite, de ténosynovite ou de tendinopathie, et pas de trouble sensitivomoteur; la mobilité des épaules serait conservée.

Dans une lettre du 20 juin 2008 à qui de droit, le Dr V. \_\_\_\_\_ a déclaré que l'assurée souffrait d'une affection rhumatologique. Il a certifié qu'il était nécessaire que l'assurée n'effectue pas de mouvements répétitifs au dessus de l'horizontale, ni de port de charge de plus de 10 kg ou avec un long bras de levier, ni des mouvements d'antéversion et de rotation du tronc répétitifs.

Dans un certificat médical établi à l'attention de P. \_\_\_\_\_ Assurance, qui a versé à l'assurée des indemnités journalières perte de gain dès le 9 janvier 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_ a répondu le 25 juin 2008 (au chiffre 9) par non à la question à savoir si on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou à une amélioration de la capacité de travail. Il a ajouté : "Difficile à se prononcer sur le travail de porteuse de journaux (travail à temps partiel)". A la question à savoir si une autre activité pouvait raisonnablement être exigée, il a répondu par oui. A la question supplémentaire de savoir laquelle des trois activités - "surtout en position debout", "surtout en position assise" ou "favorisant les positions alternées" - pouvait être exigée, il a coché uniquement la deuxième variante. Concernant les mesures de réinsertion, il a estimé que la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, thérapeutiques ou autres, mais qu'une reconversion professionnelle devait être examinée; il a cependant ajouté "laquelle, vu que la patiente n'a aucune formation professionnelle".

**C.** Dans un rapport médical établi le 31 octobre 2008 à la demande de l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué, comme causes de l'incapacité de travail, un diabète depuis 2003, des arthralgies (douleurs articulaires) généralisées depuis 2007 et un état anxio-dépressif également depuis 2007. A la question d'une incapacité de travail

médicalement attestée, il a retenu une incapacité de travail en tant que "porteuse de journaux" de 100 % dès le 10 décembre 2007, cela pour une période "indéterminée". Puis il a noté que cette activité ne serait plus exigible. Le médecin a ainsi répondu par la négative à la question de savoir si une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue. Selon le médecin traitant, les restrictions de la mobilisation des articulations et les arthralgies pourraient être réduites par un recyclage dans un travail léger, évitant les charges. L'assurée montrerait de la bonne volonté et serait apte à une reconversion professionnelle. Des activités uniquement en position assise seraient possibles à temps complet, mais avec un taux de performance de 70 à 80 %. Des activités uniquement en position debout, principalement en marchant, accroupi ou à genoux ne seraient par contre pas exigibles. Le médecin a limité le port de charge à 10 kg. Il a indiqué qu'une place de travail calme serait un point particulier à respecter. La capacité de concentration et de compréhension de l'assurée ne serait pas limitée. Quant à la capacité d'adaptation et la résistance, il a coché entre "non limitée" et "limitée".

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a ajouté au questionnaire remis à l'OAI les rapports du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie du Centre d'Imagerie L. \_\_\_\_\_, du 23 octobre 2007 sur un CT-scan de la colonne cervicale du même jour, et du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès de la même institution, du 3 janvier 2008 sur des radiographies de la colonne dorsale de face et de profil. Les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_ sont: discopathies C4-C5, C5-C6 avec petite hernie discale de 3 mm postéro-latérale droite C5-C6 sans autre lésion suspecte. Celles du Dr N. \_\_\_\_\_ sont: hypercyphose dorsale avec spondylose haute; probable ostéopénie; pas d'image de tassement vertébral; ganglion calcifié de la fenêtre aortopulmonaire.

Sur un questionnaire identique, non daté, mais enregistré par l'OAI le 11 novembre 2008, le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que dans son courrier du 7 février 2008 adressé au Dr M. \_\_\_\_\_ en ajoutant le "C5" ainsi que la mention "persistantes" aux

cervico-brachialgies C6 irritatives droites. Il a remarqué que l'évolution était peu favorable, qu'il y avait persistance de douleurs polyinsertionnelles multiples, migrantes et fluctuantes en intensité. On pouvait cependant s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail, qu'il était par contre difficile de se prononcer sur une date ou un degré, vu que l'assurée avait mal partout et était fatiguée. Pour le reste, il a à nouveau énuméré les restrictions retenues dans sa lettre du 20 juin 2008. Au chapitre des "travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée", le Dr V.\_\_\_\_\_ a répondu par oui, sans restriction, pour les activités dans différentes positions, les activités exercées principalement en marchant, monter sur une échelle et monter les escaliers; par oui, avec une limitation de 50 à 60%, pour se pencher et travailler avec les bras au-dessus de la tête; par oui, avec une limitation à 10 kg, pour soulever ou porter; et par oui, mais "pas uniquement", pour les activités à genoux ou en rotation en position assise ou debout. Il n'a pas fait d'autres réserves au sujet d'une activité à temps complet. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a, par contre, répondu par non pour les activités uniquement en position assise et celles uniquement en position debout. Selon ce médecin, il n'y aurait pas de points particuliers à respecter. Les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance ne seraient pas limitées.

Le 5 décembre 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ a déclaré dans une lettre manuscrite à l'OAI que, dans une activité adaptée, moyennant les restrictions déjà citées, une capacité de travail pourrait être entrevue.

En réponse à un questionnaire de l'OAI du 22 avril 2009 sur l'état psychique de l'assurée, le Dr M.\_\_\_\_\_ a noté à la main (réponse non datée, mais indexée le 9 juin 2009 par l'OAI): "Angoisse, faiblesse, épuisement, manque de concentration". L'assurée ne serait toutefois actuellement pas suivie par un psychiatre.

Dans un rapport médical du 15 juin 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a retenu comme atteintes principales à la santé: Cervico-brachialgies C5-C6 irritatives D

persistantes, syndrome dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il a fixé la capacité de travail exigible de l'assurée à 0 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles seraient les suivantes: éviter tout port de charges supérieur à 10 kg, éviter des mouvements répétitifs, éviter les mouvements d'antéversion et de rotation du tronc, éviter toute utilisation des bras au-dessus de l'horizontale des épaules. Il se base sur les rapports et correspondances des médecins Dr M. \_\_\_\_\_ des 31 octobre 2008 et 9 juin 2009 et Dr V. \_\_\_\_\_ des 11 novembre et 5 décembre 2008.

**D.** Le 25 juin 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision tendant au refus de sa demande de rente. Il y retenait qu'elle présentait, dans ses activités de dame de compagnie et de distributrice d'imprimés publicitaires, une incapacité de travail depuis le 10 décembre 2007, date qu'il admettait comme début du délai de carence d'un an prévu par la loi. Cependant, à ses yeux, l'assurée conserverait, depuis le 13 juin 2008, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son rapport du 15 juin 2009. L'OAI considérait que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait réalisé, en poursuivant ses activités lucratives après l'échéance du délai de carence au 10 décembre 2008, un revenu annuel de 43'591 francs. Si elle ne pouvait plus exercer ses anciennes activités professionnelles, elle disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En mettant à profit cette capacité résiduelle de travail, elle aurait pu réaliser un revenu annuel d'invalidé de l'ordre de 44'318 fr. 60. Cela excluait le droit à une rente d'invalidité, dès lors que le revenu d'invalidé auquel elle pouvait prétendre était au moins aussi élevé que celui qu'elle avait réalisé avant l'atteinte à la santé. De ce fait, il n'y avait aucun degré d'invalidité présenté, ce qui excluait le droit à une rente. Pour fixer la capacité résiduelle de gain, respectivement le revenu annuel d'invalidé, l'OAI s'est référé aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (Enquêtes sur la structure des salaires). Afin de tenir compte de l'âge de l'assurée et des limitations fonctionnelles qu'elle pouvait présenter, l'OAI a procédé à une déduction de 15 % sur revenu

déterminant de 52'139 fr. 53 qui ressortait des statistiques, ce qui permettait d'aboutir à un revenu d'invalidé de 44'318 fr. 60 francs.

Dans son projet de décision, l'OAI refusait aussi un droit au reclassement, dès lors que l'assurée pouvait réaliser, dans une activité adaptée, un revenu à peu près aussi élevé que dans ses activités avant son invalidité. Il n'y avait pas de manque à gagner d'au moins 20 %.

Toujours le 25 juin 2009, l'OAI a informé l'assurée, par courrier séparé, que les conditions au droit au placement étaient remplies; dès lors une orientation professionnelle et un soutien dans les recherches d'emploi seraient fournis par le service de placement de l'OAI.

**E.** L'assurée s'est opposée au projet de décision de refus de rente, personnellement tout d'abord par lettre non datée et réceptionnée par l'OAI le 7 juillet 2009 puis par une lettre de son assurance de protection juridique du 10 juillet 2009. Ces courriers ne contenaient aucune motivation. Par contre, il y était demandé la consultation du dossier de l'OAI et la prolongation du délai pour une prise de position. La protection juridique a expliqué le 31 juillet 2009 vouloir organiser une expertise "en tous les cas psychiatrique, éventuellement somatique" de l'état de santé de l'assurée et a demandé à cette fin l'octroi d'un délai de trois mois; l'OAI a accordé un délai au 30 novembre 2009, prolongé par la suite au 15 février 2010, puis au 20 mai 2010. Sans réponse de la part de la protection juridique dans le dernier délai prolongé, l'OAI a fixé le 2 juin 2010 un dernier délai de 10 jours.

La protection juridique n'a plus formulé de prise de position. Le 7 juin 2010, l'assurée s'est finalement adressée personnellement à l'OAI en retenant que le SMR n'aurait pas tenu compte dans son rapport du 15 juin 2009 de sa surdité, de son asthme et du port d'un patch deux fois par semaine du nom de "Durogesic Matrix" contenant 50 mg d'Opioïdes, une substance qui serait semblable à la morphine. Elle sollicitait l'octroi d'une rente AI à 100 %. Les médicaments qu'elle prendrait l'empêcheraient de travailler; vu la prise de ces médicaments, il n'y aurait pas de couverture

par l'assurance-accidents en cas d'accident. Elle demandait aussi la mise en œuvre d'une expertise indépendante et mettait en doute le fait que le médecin du SMR puisse poser un diagnostic sans jamais l'avoir vue. Elle a joint à son écriture une liste de médicaments fournie par une pharmacie en date du 31 mars 2010, un rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2010 et une "expertise avant appareillage" effectuée le 21 février 2008 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Ce dernier a retenu comme diagnostic une surdité de perception de gravité moyenne bilatérale. La perte auditive serait de 34.4 % à droite et de 40.9 % à gauche. L'assurée aurait droit à un appareillage de niveau 2 binaural. Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il retient ce qui suit dans son rapport du 26 mai 2010:

"Depuis août 2009, Mme B.\_\_\_\_\_ n'a cessé d'être malade, me consultant à moult reprises. Il y a eu des problèmes pulmonaires avec dyspnée, nécessitant un traitement de Spiriva. Examinée par le Dr R.\_\_\_\_\_ en mars 2010, il met en évidence un syndrome obstructif léger.

Souffrant de diabète, sous Glucovance et Metfin, ce dernier est équilibré avec une hémoglobine glycosylée à 6,4. Cette maladie a engendré de nouveaux états grippaux, sous forme de bronchite et de sinusite, ayant nécessité à 6 reprises une antibiothérapie. En plus, 4 épisodes de diarrhée.

Le 15 novembre 2009, Mme B.\_\_\_\_\_ souffre d'une périarthrite scapulo-humérale gauche.

Le 26 février 2010, contusion au bras droit et à la jambe gauche."

Pour terminer le Dr M.\_\_\_\_\_ mentionne les dates de quatorze consultations où il a vu l'assurée, entre le 28 août 2009 et le 16 avril 2010.

Le Dr X.\_\_\_\_\_, du SMR, a pris position le 8 juillet 2010 sur les objections formulées par l'assurée; il relève tout d'abord que l'expertise après appareillage aurait conclu à de bons résultats objectifs et subjectifs et, partant, que la surdité ne saurait justifier une incapacité de travail durable. L'usage d'un patch analgésique deux fois par semaine ne serait pas une maladie, mais un traitement qui n'entraînerait à ce dosage aucune incapacité de travail durable. Quant à l'asthme, il s'agirait selon le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2010 (recte : 26 mai 2010) d'un syndrome obstructif léger qui ne justifierait pas de limitations

fonctionnelles autres que celles retenues dans le rapport du SMR du 15 juin 2009. Dès lors, l'exigibilité demeurerait entière dans toute activité adaptée.

**F.** Par décision du 7 octobre 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et refusé un droit au reclassement en reprenant les arguments exposés dans son projet de décision du 25 juin 2009 (cf. supra let. D).

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI s'est prononcé au sujet de la surdité, l'asthme et l'usage d'un patch analgésique qui, selon le courrier de l'assurée du 7 juin 2010, n'avaient pas été prises en compte dans le projet de décision. Selon l'OAI, ces circonstances ne remettaient pas en cause les conclusions relatives à la capacité de travail exigible.

Toujours le 7 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un courrier par lequel il déclarait que l'aide au placement était terminée. Dans la mesure où l'assurée indiquait ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative, une aide au placement ne se justifiait pas. Dans le délai de 30 jours imparti par l'OAI pour demander une décision sujette à recours, l'assurée ne s'est pas manifestée.

**G.** Le 27 octobre 2010, l'assurée a recouru contre la décision de refus de rente, en demandant en substance son annulation et l'octroi d'une rente AI. Vu sa situation médicale, elle ne pourrait pas travailler plus de deux heures par jour. Elle souffrirait d'arthrose, d'arthralgies généralisées et de douleurs insupportables qui l'empêcheraient d'avoir une activité professionnelle.

L'assurée a joint à son recours un rapport médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 27 octobre 2010 qui retient notamment ce qui suit :

" [...] . Malgré la physiothérapie, les médicaments AINS, il a fallu avoir recours au patch de morphine, vu les douleurs insupportables. Je vous joins le dernier rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 14 juillet 2010, qui parle d'un syndrome

polyinsertionnel récurrent. Il y a aggravation de la symptomatologie depuis 6 mois.

Mme B.\_\_\_\_\_ est mise sous Surmontil (antidépresseur). Il n'y a guère d'amélioration. Du reste, dans les rapports précédents du Dr V.\_\_\_\_\_, il écrit bien qu'elle ne peut plus porter plus de 10 kg.

Mme B.\_\_\_\_\_ avait aussi consulté en 2008 le Dr K.\_\_\_\_\_ à Montreux (psychiatrie) pour un état anxio-dépressif. Il n'y a malheureusement pas de thérapie à long terme à envisager, vu la nature involutive masquée de cette maladie chez une personnalité borderline.

[...]

Actuellement, pour une durée à long terme, la symptomatologie va en s'aggravant. Elle n'a plus de ressources nécessaires pour effectuer une activité professionnelle à temps complet, tout au moins à 15-20 % avec un taux d'absentéisme fort probablement important, dû à ses maladies. Il faut voir la situation de Mme B.\_\_\_\_\_ dans sa globalité.

Les nouveaux éléments sont la lettre du Dr V.\_\_\_\_\_ du 14.7.2010, témoignant de la situation médicale aggravée de Mme B.\_\_\_\_\_. Les douleurs sont d'allure mécanique, entraînant une impotence fonctionnelle dans la vie quotidienne de manière significative. Mme B.\_\_\_\_\_ est incapable d'avoir une activité lucrative pour cause de maladie."

Le Dr V.\_\_\_\_\_ retient ce qui suit dans la lettre citée du 14 juillet 2010, qu'il avait adressée au Dr M.\_\_\_\_\_ :

"Madame B.\_\_\_\_\_ signale depuis 6 mois, une recrudescence de douleur poly-articulaire et péri-articulaire touchant les coudes, genoux, épaules et le rachis cervico-brachial. Ces douleurs sont d'allure mécanique, entraînent une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne de manière significative.

Le status quo de ce jour met en évidence des douleurs à l'effleurement et à la palpation des différents groupes péri-articulaires avec douleurs insertionnelles diffuses. L'examen rachidien est difficilement interprétable au vu des douleurs exquises au moindre effleurement cutané. L'examen de l'épaule ne met pas en évidence de signe de conflit ou de tendinopathie. Il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite.

Du point de vue paraclinique, le bilan sanguin ne met pas en évidence de syndrome inflammatoire, la Vitamine D est dans les normes. Il n'y a pas de carence martiale. La fonction thyroïdienne, hépatique et rénale est dans les normes.

Dès lors, je préconiserais une prise en charge en physiothérapie de type Eutonie associée à une médication myorelaxante voire de type tricyclique à dose lentement progressive (Surmontil en gouttes) avisé des tests thérapeutiques. La poursuite de l'antalgie mineure et majeure déjà en cours est de mise."

**H.** Dans sa réponse du 17 décembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'en remet à la motivation contenue dans sa décision du 7 octobre 2010 et renvoie pour le surplus à un avis médical du SMR du Dr X. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2010. Selon cet avis, le seul fait nouveau serait une recrudescence des douleurs, élément subjectif, dans le cadre d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, connu depuis 2008, sans anomalies organiques les expliquant et sans anomalies au bilan sanguin. Les atteintes organiques rachidiennes auraient été prises en compte. Des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assurée auraient été reconnues. Il n'y aurait pas lieu de modifier ces conclusions.

**I.** Suite à une demande du 20 septembre 2011, déposée par Me Eduardo Redondo pour l'assurée, le Tribunal de céans lui a accordé, par décision du jour suivant, l'assistance judiciaire et a nommé l'avocat précité en tant que conseil d'office de la recourante. Ce n'est que par courrier du 16 avril 2012, que ce dernier s'est à nouveau adressé au tribunal et a demandé que l'assurée soit citée à bref délai à comparaître à une audience d'instruction, afin d'exposer les motifs de son recours et l'aggravation de son état de santé. Pour le reste, l'avocat suggérait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

**J.** Par ordonnance du 26 avril 2012, le Tribunal de céans a cité les parties à comparaître à une audience d'instruction, qui s'est tenue le 28 juin 2012 en présence de l'assurée, de son conseil ainsi que d'un représentant de l'intimé. L'assurée a été entendue. Elle a déclaré être diabétique, devoir prendre beaucoup de médicaments, avoir des problèmes d'os, une fibromyalgie, un emphysème avec régulièrement des maladies bronchiques. Elle déclare ne pas arriver à aller travailler dans cet état et aurait besoin de l'aide de l'AI. Elle n'arrive même plus à passer l'aspirateur chez elle, mais réussit à s'occuper de ses repas. Chez elle, elle est souvent au lit et sort peu. Comme dame de compagnie, elle avait aussi à accomplir des tâches physiques (lever la personne, la pousser dans un fauteuil roulant).

Lors de l'audience, le conseil de la recourante a produit cinq documents médicaux dont les quatre premiers sont adressés au Dr M.\_\_\_\_\_, soit :

- un rapport du consilium psychiatrique du 18 avril 2011 de la Fondation Q.\_\_\_\_\_ policlinique psychiatrique, signé par le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, ainsi que par P.\_\_\_\_\_, psychologue adjoint; il y est retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1) et, comme diagnostics probables, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (antalgiques) (F 11) et somatisation (F 45.0). Il y est proposé un traitement par entretiens de soutien pour permettre à l'assurée d'avoir accès à ses difficultés sur un autre plan que somatique. Il est en outre proposé une consultation au Centre d'antalgie Centre Hospitalier C.\_\_\_\_\_ pour tenter de réviser la médication, afin de limiter les risques iatrogènes d'un excès d'opiacés ou d'opiacés de synthèse;

- un rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, du 8 juillet 2011, qui retient le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive de degré sévère sur tabagisme actif (emphysème). Selon son anamnèse intermédiaire, il y a une persistance d'une dyspnée de stade II-III, une toux productive de sécrétions purulentes, verdâtres, depuis une semaine, et une poursuite du tabagisme de 12 à 15 cigarettes par jour;

- un rapport du Dr U.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Centre d'antalgie Centre Hospitalier C.\_\_\_\_\_, du 6 décembre 2011 qui retient ce qui suit :

"Lors de la consultation du mois de mai, elle [l'assurée] présentait globalement 2 types de pathologies. Des cervico-brachialgies bilatérales en particulier du côté D avec une irradiation dans l'épaule à D et une sensation de fourmillements au niveau du bras. La symptomatologie était surtout présente lors de certaines positions et péjorées par des mouvements de la nuque. Elle présentait également une symptomatologie lombaire du côté D avec irradiation vers le mollet mais sans présenter une symptomatologie radiculaire. L'examen clinique confirmait l'absence de signe radiculaire tant au niveau cervical qu'au niveau lombaire. La symptomatologie pouvait correspondre à un problème d'articulations postérieures.

A partir du mois de juillet, j'ai effectué des blocs au niveau des facettes C4-C5-C6, et par la suite, au niveau L4-L5-S1 toujours du côté D. Les gestes ont amené une nette amélioration de la symptomatologie, presque aussitôt après les injections la patiente était « resuscitée » et les symptômes diminuaient au fur et à mesure que nous effectuions ces blocs.

Je la revois en date du 24.11.2011 et les symptômes au niveau cervical et lombaire ont pratiquement disparu. Elle demeure néanmoins assez plaintive, en particulier au niveau de sa main D, que j'ai pu examiner et il pourrait s'agir d'un kyste au niveau palmaire. Elle a par ailleurs interrompu la morphine et le Zaldiar. Etant donnée que la situation semble être claire et donc stabilisée, je n'ai pas fixé de nouveau rendez-vous. [...]."

- un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 28 mars 2012, qui retient ce qui suit :

"Merci de m'avoir adressé la patiente susnommée chez laquelle un EEG a été pratiqué le 27 mars 2012.

Renseignements cliniques :

Patiente de 58 ans qui éprouve il y a 2 mois environ dans un contexte d'état grippal d'après ce que j'ai compris des frissons au cours de la nuit suite à quoi elle s'endort puis se réveille 20' plus tard en criant ce dont elle n'a pas souvenir, ni d'un éventuel cauchemar. Son mari à côté d'elle la réveille. Je n'ai pas de témoignage de sa part. On ne sait pas en particulier si elle est confuse. Il n'y a pas de morsure de langue ni perte d'urine. En 2011 elle avait présenté à 3 ou 4 reprises des symptômes analogues, toujours nocturnes, avec des réveils en criant. L'anamnèse est-elle fiable ?

Médication actuelle : Neuronin 2 x 400 mg/jour, Zaldiar 3 cp/jour, Xipho 8 2 cp/jour, Metfin, Oméprazol, Symbicort 400 et autre bronchodilatateur. Elle est actuellement en traitement au Centre Hospitalier C.\_\_\_\_\_ pour des infiltrations de la colonne cervicale.

EEG :

Technique : [...]

Description :

Le tracé de repos montre une activité fondamentale alpha à 10 cycles par seconde, régulièrement modulée, de spatialisation physiologique, symétrique et bien réactive à l'ouverture des yeux. Les différents montages longitudinaux, transverse, de Gastaut et référentiel ne montrent pas de foyer d'ondes lentes ni élément de la série comitiale. La SLI et les 2 hyperpnées n'apportent pas de renseignement complémentaire. Pas de trouble du rythme cardiaque sur la piste ECG.

Conclusion :

L'EEG est strictement normal sans foyer d'ondes lentes ni élément de la série comitiale. La patiente présente apparemment des "frayeurs nocturnes" tandis qu'un trouble du comportement pendant le sommeil paradoxal semble moins probable, mais on ne dispose pas du témoignage du mari pour aller plus avant dans les spéculations diagnostiques. En cas de récurrence, je propose de prescrire une benzodiazépine le soir comme du Temesta par exemple."

- un rapport médical d'une page du Dr M.\_\_\_\_\_ du 16 avril 2012, selon lequel l'état de santé de l'assurée "s'est aggravé depuis plus d'une année". Le rapport continue comme suit :

"Elle présente une broncho pneumopathie chronique obstructive sévère avec un syndrome restrictif à 50 %, avec un emphysème. Mme B. \_\_\_\_\_ prend des bronchodilatateurs avec de la cortisone.

Pour les arthralgies et douleurs généralisées, elle est suivie régulièrement par le Docteur U. \_\_\_\_\_ du Centre Hospitalier C. \_\_\_\_\_ (centre d'antalgie) où des infiltrations sont effectuées toutes les 3 semaines.

En plus, elle est suivie par la policlinique psychiatrique [...] pour un état anxiodépressif.

Sa capacité de travail est nulle. Ses diverses maladies ne lui permettent plus de travailler, d'où la demande de révision de son dossier. "

**K.** L'OAI s'est prononcé le 9 juillet 2012 sur les nouveaux documents présentés par l'assurée lors de l'audience. Il renvoie à un avis médical établi le 3 juillet 2012 par le Dr G. \_\_\_\_\_, du SMR, et conclut au rejet de la requête de mise en œuvre d'une expertise et au maintien de sa décision du 7 octobre 2010. Dans la mesure où l'assurée fait valoir une aggravation d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (ci-après : BPCO) depuis que cette décision a été rendue, il l'incite à déposer une nouvelle demande. L'avis médical du SMR est formulé comme suit :

"1. Rapport médical du Dr M. \_\_\_\_\_, 16.04.2012 : fait état d'une aggravation depuis plus d'un an, avec une BPCO sévère, des arthralgies et douleurs généralisées, et un état anxio-dépressif.

Le BPCO est mentionné pour la 1<sup>ère</sup> fois dans un bref rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 01.06.2010. Il était alors qualifié de léger. Pour cette raison, nous avons alors estimé que le BPCO n'était pas incapacitant dans une activité adaptée (avis SMR du 08.06.2010). Le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 27.10.2010 passe en revue les pathologies de l'assurée, il n'y est plus question de BPCO, preuve que cette atteinte n'était pas considérée comme invalidante par le médecin traitant. Les arthralgies et les douleurs généralisées sont bien connues Elles ont été investiguées par le Dr V. \_\_\_\_\_, rhumatologue, et nous les avons prises en compte en admettant une incapacité de travail totale dans l'activité exercée. Il est à remarquer que ces douleurs ont évolué favorablement, si l'on en croit le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ (voir ci-dessous).

2. Rapport du Dr F. \_\_\_\_\_, 28.03.2012: fait état d'un EEG strictement normal

3. Rapport du Dr U. \_\_\_\_\_, 06.12.2011: fait état de cervico-brachialgies bilatérales et de lombalgies sans atteinte radiculaire. Des blocs facettaires ont nettement amélioré les symptômes. Le 24.11.2011, les douleurs cervicales et lombaires ont pratiquement disparu. La patiente reste toutefois plaintive. Aucun traitement supplémentaire n'est proposé.

4. Rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, 08.07.2011: fait état d'une bronchopneumopathie obstructive sévère sur tabagisme. Le VEMS est de 49% du prédit. La pO2 est de 95%.

Cette atteinte bien réelle n'a pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité sédentaire. Ceci dit, elle est postérieure à la décision attaquée (07.10.2010) et ne saurait par conséquent constituer un motif de revoir notre position.

5. Rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 18.04.2011: fait état d'un épisode dépressif moyen, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (antalgiques) et d'une somatisation.

Un état anxio-dépressif est mentionné dans le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 31.10.2008, dans lequel il reconnaît une capacité de travail dans une activité légère. Force est de considérer que l'atteinte psychiatrique n'était pas incapacitante. L'assurée elle-même ne mentionne pas cette atteinte dans son courrier du 07.06.2010, où elle nous signale les pathologies que nous aurions oubliées. L'assurée n'a été confiée au Dr Z. \_\_\_\_\_ que depuis décembre 2011. Au surplus, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail. Nous remarquons aussi qu'un état dépressif moyen accompagne généralement le syndrome douloureux somatoforme persistant ou ses équivalents (fibromyalgie, syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, etc.) et ne saurait en être séparé pour justifier une incapacité de travail per se.

En résumé, l'atteinte ostéo-articulaire est connue. Elle se serait améliorée après les infiltrations facettaires de 2011.

L'atteinte psychiatrique fait partie du syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Elle est sans changement depuis 2008.

Le BPCO s'est possiblement aggravé depuis 2010. Nous ne disposons pas des documents permettant de confirmer cette évolution (spirométries comparées de 2010 et 2011). Même si la péjoration était confirmée, nous observons qu'elle serait postérieure à la décision attaquée."

**L.** Dans ses déterminations du 13 août 2012, l'assurée, par la plume de son conseil, a souligné qu'elle n'avait jamais fait l'objet d'une expertise médicale détaillée, voire même d'un examen clinique mené par le SMR. L'OAI se serait contenté d'attendre que l'assurée dépose une expertise privée et aurait ainsi implicitement admis que les éléments au dossier étaient insuffisants pour permettre de statuer en pleine connaissance de cause sur son état de santé et son droit aux prestations. Elle présenterait un tableau médical complexe incluant des arthralgies et douleurs généralisées, des troubles d'ordre psychique et surtout une BPCO sévère qui aurait justifié un examen médical pluridisciplinaire. Par ailleurs, son état de santé aurait connu une aggravation généralisée depuis l'année 2010. Preuve en serait l'accumulation des rapports médicaux produits par l'assurée, y compris avant et après le prononcé de la décision attaquée. L'OAI aurait admis dans sa dernière écriture que la BPCO se serait "possiblement aggravée depuis l'année 2010". Il serait dès lors évident que l'OAI a manqué de renseignements médicaux complets et suffisamment documentés lorsqu'il a rendu sa décision du 7 octobre 2010. Les rapports médicaux figurant au dossier ne détermineraient pas de façon circonstanciée sa capacité de travail dans une activité adaptée ni même ses limitations fonctionnelles. Il existerait donc des incertitudes nombreuses quant au diagnostic des atteintes à sa santé et des conséquences sur sa capacité de travail. Il se justifierait dès lors de

renvoyer le dossier à l'administration ou de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

Interpellé à se prononcer sur le mémoire de l'assurée du 13 août 2012, l'OAI a déclaré le 24 août 2012 ne rien avoir à ajouter à ses déterminations du 9 juillet précédent. Ce courrier a été transmis à l'assurée qui ne s'est plus prononcée non plus.

### **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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** En l'occurrence est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI dans sa décision du 7 octobre 2010.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA, 28a al. 1 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 256 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. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**c)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, est déterminant le moment où la décision litigieuse a été rendue par l'administration soit, en l'occurrence, le 7 octobre 2010 (cf. ATF 134 V 392 consid. 6; 131 V 242 consid. 2.1; 130 V 445 consid. 1.2; et plus récemment TF 8C\_911/2010 du 10 mars 2011 consid. 1.2). Les faits nouveaux, respectivement une situation nouvelle, qui seraient postérieurs à cette date, ne peuvent en principe pas être retenus par le tribunal de céans. Ils doivent d'abord faire l'objet d'une nouvelle demande, ou procédure de révision, qui doit être introduite auprès de l'intimé.

**3. a)** L'assurée n'a pas contesté la date du début de l'incapacité de travail, le 10 décembre 2007, retenue par l'OAI et par son médecin traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_. Dans la mesure où il ne ressort d'aucun document au dossier que cette date ne serait pas correcte, il y a lieu de la maintenir. Dès lors, l'assurée peut avoir un droit à une rente AI au plus tôt à partir du 10 décembre 2008, soit une année après avoir présenté l'incapacité de travail, si celle-ci a duré à un taux d'au moins 40% en moyenne sans interruption notable et qu'elle persiste au terme de cette

année au moins à ce taux (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, avec délai de carence d'une année).

**b)** L'intimé est d'avis que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 13 juin 2008. Il ne précise pas pour quelle raison il tient cette date comme déterminante. Apparemment, il se réfère au rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du même jour dans lequel ce dernier a, entre autres, retenu qu'il n'y avait pas de signe de dysfonction segmentaire, tendinopathie, synovite ou ténosynovite ni de trouble sensitivomoteur. Dans un certificat du 20 juin 2008, ce même médecin n'a pas retenu une incapacité de travail totale, mais uniquement des limitations fonctionnelles. Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, celui-ci a reconnu dans un questionnaire rempli le 25 juin 2008 à l'attention de la P.\_\_\_\_\_ Assurance, assureur perte de gain, qu'une autre activité que celle exercée jusqu'alors pouvait raisonnablement être exigée de l'assurée. Dans le questionnaire de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 31 octobre 2008 que, certes, l'activité exercée de porteuse de journaux ne serait plus exigible, mais qu'un recyclage dans un travail léger, évitant les charges, pouvait être envisagé; l'assurée serait apte à une reconversion professionnelle. Il préconisait une "place de travail calme". Dans le questionnaire indexé par l'OAI le 11 novembre 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ a également retenu une capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétitifs au dessus de l'horizontale, ni de port de charge de plus de 10 kg ou avec un long bras de levier, ni des mouvements d'antéversion et de rotation du tronc répétitifs). Il l'a confirmé dans son courrier du 5 décembre 2008.

Certes, dans ces rapports, les deux médecins, les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, divergent quelque peu sur les positions dans lesquelles les activités adaptées à l'handicap de l'assurée pouvaient être exercées, notamment si et dans quelle mesure les activités pouvaient être exigées uniquement en position assise ou dans différentes positions. Cela n'empêche toutefois pas qu'ils sont tous les deux d'avis que la recourante avait une capacité de travail à temps complet dans une activité adaptée.

Les détails pour une activité adaptée pouvaient être fixés dans le cadre de mesures de réadaptation (au sens de l'art. 8 al. 3 LAI).

Quant à la surdité que l'assurée invoque, celle-ci est compensée par des mesures auditives dont l'intimé a déjà pris en charge des frais.

Dès juin 2008, vu les constatations des médecins traitants, l'assurée avait donc une capacité de travail à temps complet dans une activité adaptée à ses restrictions. Le SMR partage ce point de vue dans son rapport du 15 juin 2009 lorsqu'il y remarque que l'assurée a une capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà évoquées dans le certificat médical du Dr V. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2008. D'ailleurs, le médecin traitant de l'assurée, le Dr M. \_\_\_\_\_, a par la suite, dans un rapport médical du 26 mai 2010, retenu que celle-ci n'avait cessé d'être à nouveau malade depuis août 2009.

**c)** On peut certes se poser la question de savoir si, dès août 2009, un nouveau délai de carence d'une année s'est mis à courir selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI dès lors que le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport du 26 mai 2010 que l'assurée n'avait cessé d'être malade depuis août 2009, le consultant quatorze fois entre les 28 août 2009 et 16 avril 2010.

Hormis les problèmes qui avaient déjà été retenus lors de la précédente appréciation de la capacité de travail, selon laquelle seule une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pouvait être exigée de l'assurée, cette dernière fait valoir, en substance, quatre épisodes de diarrhée et des états grippaux sous forme de bronchite et de sinusite. Dans cette mesure et vu les dates de consultations espacées, il n'y a pas lieu à retenir l'existence d'une incapacité de travail persistante ou durable. Selon le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 mai 2010, le diabète, dont souffre l'assurée, est équilibré et les problèmes pulmonaires avec dyspnée représentent un syndrome obstructif léger. Dans ces circonstances, il y a

lieu de suivre l'appréciation du SMR du 8 juillet 2010, selon laquelle il n'y a pas d'autres limitations fonctionnelles qui se justifient que celles qui ont déjà été retenues suite aux précédents rapports médicaux (cf. supra consid. 3a).

**4.** Suite à la décision de refus de rente du 7 octobre 2010, l'assurée a produit à l'appui de son recours les rapports des Drs M. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ des 14 juillet et 27 octobre 2010. Selon ces rapports, l'assurée aurait eu une recrudescence de douleur poly-articulaire et péri-articulaire, respectivement un syndrome polyinsertionnel récurrent ou une fibromyalgie qui aurait (re-)commencé peu après le début de l'année 2010.

**a)** Ne sont pas considérées comme affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Cela concerne autant les atteintes à la santé psychique que les troubles somatoformes douloureux et la fibromyalgie. Cette dernière est en effet une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4; TF 9C\_815/2008 du 29 mai 2009).

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. 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, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). 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).

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>ème</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; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

**b)** En l'occurrence, il a été question que l'assurée souffrait dès la fin de l'année 2007 d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Toutefois, il ressort notamment des rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 mai 2010 et du Dr V. \_\_\_\_\_ du 14 juillet 2010 que, par la suite, ces douleurs ont été moindres. Le premier médecin ne mentionnait plus ces douleurs - hormis une périarthrite scapulo-humérale gauche en novembre 2009 - dans son rapport du mois de mai 2010. Le second médecin signalait en juillet 2010 une recrudescence des douleurs depuis six mois. Il doit donc en être déduit qu'auparavant les douleurs s'étaient réduites, voire même avaient disparu pendant plusieurs mois. Dans le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2011, il est finalement retenu une nette amélioration de la symptomatologie suite à un traitement effectué dès juillet 2011 par le Centre d'antalgie Centre Hospitalier C. \_\_\_\_\_. Les symptômes au niveau cervical et lombaire avaient pratiquement disparu en novembre 2011. Vu la situation stabilisée, il avait alors été renoncé à fixer de nouveau rendez-vous. Certes, les évolutions après la date de la décision attaquée d'octobre 2010 ne sont en principe pas à prendre en compte. Il ressort toutefois de ce qui vient d'être dit que, s'agissant de la fibromyalgie, il n'y a pas eu de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, respectivement avec un échec des traitements. De plus, vu les constatations des médecins (notamment pas d'anomalies organiques expliquant certaines douleurs, pas d'anomalies au

niveau sanguin, premiers traitements), les caractéristiques des douleurs alléguées demeurent vagues.

Finalement, il n'y a pas non plus de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité et son acuité. Au niveau psychique, seul un état anxio-dépressif avait été retenu en 2008. Le Dr M. \_\_\_\_\_ notait en avril 2009 de l'angoisse, de la faiblesse, de l'épuisement et un manque de concentration. La Fondation Q. \_\_\_\_\_ parlait en avril 2011 d'un épisode dépressif moyen.

**c)** Cela étant, il n'y a pas lieu d'accorder au syndrome polyinsertionnel récurrent, respectivement à la fibromyalgie, un caractère invalidant qui pourrait justifier une rente AI.

**5.** Les Drs M. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont fait état, dans leurs rapports respectifs du 8 juillet 2011 et 16 avril 2012, d'une BPCO sévère; il y aurait une persistance d'une dyspnée de stade II-III. Cependant, il ne s'agit pas d'un diagnostic qui avait déjà été mis en évidence à la date de la décision attaquée, le 7 octobre 2010. En mars 2010, seul un syndrome obstructif léger avait été évoqué (cf. rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 mai 2010). Il n'a été fait état de la variante sévère que postérieurement au 7 octobre 2010. Dans cette mesure, l'intimé aura à réexaminer - dans le cadre d'une demande de révision - le droit de l'assurée à des prestations, en tenant compte de l'évolution de son état de santé sur ce point précis et dans sa globalité depuis la date de la décision attaquée. Cela ne fait toutefois pas partie de la présente procédure devant le tribunal de céans (cf. ci-dessus consid. 2c).

**6. a)** La recourante n'a pas contesté les chiffres retenus par l'intimé (cf. ci-dessus let. D) pour le calcul du taux d'invalidité en application des art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA sur la base d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à reconnaître. Ils ne prêtent pas le flanc à la critique. Cela vaut tant pour le calcul des revenus annuels de valide (43'591 fr.) et d'invalides (44'318 fr. 60) qu'en ce qui concerne la déduction de 15% du revenu annuel de référence de 52'139 fr. 53, qui

représente le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2008 (salaire de référence selon l'enquête suisse sur la structure des salaires). Vu notamment les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assurée, il n'y a pas lieu d'aller au-delà de la déduction de 15 %, même si le maximum déductible admis par le Tribunal fédéral est de 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc). L'assurée maîtrise le français et sait lire; de plus, au cours de sa vie, l'assurée a déjà exercé diverses activités dans différents domaines et peut s'adapter ; et finalement, le salaire de référence ne concerne qu'une activité simple et répétitive. Ainsi, il ne se justifie pas de fixer une déduction plus élevée que 15 %, malgré le manque de formation professionnelle de l'assurée.

Dans cette mesure, le revenu annuel de valide de 43'591 fr. et celui d'invalidité de 44'318 fr. 60 (= 52'139 fr. 53 moins 15 %) sont presque identiques. Il n'y a dès lors pas de taux d'invalidité d'au moins 40 % qui donne droit à une rente selon l'art. 28 al. 1 let. c LAI (cf. pour le calcul du taux d'invalidité, art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA ainsi que l'exemple cité au consid. 6b suivant).

**b)** On peut enfin s'interroger sur le point de savoir s'il ne faudrait pas, en l'espèce, procéder en sus à une réduction du salaire exigible en raison du pourcentage de performance restreint retenu par le Dr M.\_\_\_\_\_. En effet, ce dernier a estimé dans son rapport du 31 octobre 2008, contrairement au Dr V.\_\_\_\_\_, que l'assurée ne présenterait pas une performance complète, mais uniquement un rendement de 70 à 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé n'a pas procédé à un tel calcul.

En poursuivant ses activités en tant que valide, l'assurée aurait obtenu un salaire annuel de 43'591 francs. Compte tenu de la déduction susmentionnée de 15% (cf. ci-dessus consid. 6a), le salaire annuel d'invalidité est de 44'318 fr. 60. Les 70% de ce dernier montant représentent la somme de 31'023 fr. 02. Mis, selon l'art. 16 LPGA, en relation avec le salaire annuel de valide, le taux d'invalidité serait alors de

28.83 %, arrondi 29 % (= [43'591 - 31'023.02] : 100 X 43'591). Vu ce taux, l'assurée n'aurait toujours pas droit à une rente AI selon l'art. 28 al. 1 let. c LAI. Dans cette mesure, il n'est pas nécessaire de se prononcer définitivement, dans le cadre du présent litige, sur la question de savoir si une telle comparaison s'impose. Dans tous les cas, l'assurée n'avait jusqu'au moment de la décision de l'intimée du 7 octobre 2010 pas droit à une rente AI.

**7.** Vu ce qui précède et les différents documents médicaux versés au dossier, il n'y a pas lieu de procéder à une expertise judiciaire. Ce n'est notamment pas parce que l'intimé avait accordé à l'assurée, à la demande de cette dernière respectivement de sa protection juridique, un délai pour déposer une expertise qui n'a finalement jamais été fournie, que le tribunal doit par la suite ordonner un tel examen. Eu égard aux divers rapports médicaux figurant actuellement au dossier, l'intimé n'avait pas non plus l'obligation de mettre en œuvre une expertise avant de rendre sa décision en octobre 2010.

**8. a)** Le recours de l'assurée s'avère ainsi mal fondé. Il doit être rejeté et la décision attaquée du 7 octobre 2010 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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 1'000 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 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Celle-ci a déjà versé ce montant en tant qu'avance de frais et avant le dépôt de sa demande d'assistance judiciaire.

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

c) Cela étant, le bénéfice de l'assistance judiciaire, accordée en septembre 2011, conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la présente procédure, celle-ci étant supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Me Eduardo Redondo, conseil de la recourante, a produit en date du 24 janvier 2013 une liste de ses opérations, non détaillée, dont il ressort qu'il a consacré 13 heures et 5 minutes à la défense des intérêts de l'assurée, le montant de ses débours étant de 114 francs. Selon celle-ci, l'avocat n'a cependant pas uniquement investi toutes ces heures pour s'occuper de l'affaire litigieuse devant la Cour de céans, mais aussi - en août 2012 - pour s'interroger sur l'opportunité de déposer une éventuelle nouvelle demande ou une demande de révision auprès de l'OAI. Ce travail n'est pas couvert par l'assistance judiciaire octroyée par la Cour de céans. Dans cette mesure, il y a lieu de réduire le temps consacré à la présente procédure à 12 heures (à 180 francs; cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]) et d'arrêter le montant total de l'indemnité de Me Redondo pour la présente procédure - débours et TVA à 8% compris - à 2'455 fr. 90.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Eduardo Redondo, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'455 fr. 90 (deux mille quatre cent cinquante-cinq francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- VI. La recourante en tant que bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Eduardo Redondo, avocat (pour B. \_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :