

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H._____, à Ecublens, recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après: l'assurée ou la recoursante), née en 1957, a déposé, le 23 mars 2010, une demande de prestations AI sous forme de rente et de mesures professionnelles, invoquant une hernie discale, de l'arthrose et une dépression. Elle était employée depuis le 3 janvier 1989 par Z. _____ d'abord en tant que préparatrice de produits puis ce poste ayant été supprimé, en qualité de nettoyeuse dès le 1^{er} août 2009.

Le 31 mars 2010, le Dr K. _____, spécialiste en neurologie, a rédigé un rapport dont il ressort en particulier ce qui suit:

"Résumé du cas et appréciation:

Mme H. _____ continue donc de souffrir de rachialgies cervico-dorso-lombaires se compliquant de douleurs au niveau des 4 extrémités et d'une impression de manque de force des membres supérieurs et inférieurs, actuellement sans troubles sensitifs au premier plan.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué est à nouveau dominé par un tableau de fibromyalgie avec des insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des 4 extrémités. On observe une limitation modérée de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire avec provocation de douleurs locales mais il n'y a pas de franc syndrome paravertébral. La recherche des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal est bilatéralement négative des ddc. Il n'y a pas d'atteinte neurologique proprement dite à l'examen des membres supérieurs. Par contre, on note des insertions tendineuses toutes sensibles avec Jump Sign. A l'examen des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue est bilatéralement négative et il n'y a à nouveau pas de signes d'atteinte neurologique périphérique significatifs. On retrouve des insertions tendineuses toutes sensibles avec Jump Sign.

L'examen clinique a été complété par un ENMG. Cet examen permet de retrouver une atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien ddc, toujours assez prononcée à droite et moyennement importante à gauche, sans changement significatif par rapport à l'examen du 17.11.2008. Le bilan myographique des membres supérieurs et inférieurs ne démontre pas de signes d'atteinte neurogène périphérique et/ou myogène significatifs avec notamment pas d'éléments en direction d'une atteinte radiculaire, d'une polymyosite ou d'une polyneuropathie.

En conclusion, le caractère des plaintes, les constatations cliniques et le résultat de l'ENMG permettent de conclure à nouveau à un tableau de fibromyalgie ou éventuellement à une autre pathologie rhumatismale associée à une atteinte bilatérale du nerf médian au

niveau du canal carpien dont la signification clinique exacte dans le contexte clinique est actuellement difficile à définir."

Dans le formulaire 531bis complété le 21 avril 2010, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % dans le secteur du nettoyage par nécessité financière.

Selon un questionnaire pour l'employeur du 6 mai 2010, l'assurée percevait un salaire annuel de 51'402 fr. dès le 1^{er} janvier 2010, soit 3'954 fr. par mois versé treize fois l'an.

Dans un rapport médical du 5 septembre 2010, le Dr R._____, généraliste, a posé le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de cervicalgies sur arthrose cervicale et discopathies cervicales diffuses, de douleurs chroniques, fibromyalgie, tunnels carpiens bilatéraux et état dépressif suite aux douleurs chroniques. Le diagnostic était défavorable. L'incapacité de travail était totale et aucune activité ne pouvait être exercée.

Le 8 juillet 2010, le Dr A._____, spécialiste en cardiologie, a rendu un rapport selon lequel l'assurée était affectée de douleurs thoraciques très atypiques sans évidence pour une maladie cardiaque/coronarienne et sans explication pour les malaises de la patiente en particulier sans arythmie.

Sur requête de l'assureur perte de gain, une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été mise en œuvre. Dans leur rapport d'expertise du 27 septembre 2010, les Drs C._____, spécialiste en rhumatologie et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ont adopté les conclusions suivantes:

"Diagnostics

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombalgies chroniques
 - Hernie discale L4-L5 paramédiane gauche
 - Canal lombaire étroit L4-L5
 - Syndrome d'amplification des symptômes
- Syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite
- Sur le plan psychiatrique: aucun

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Fibromyalgie
- Tabagisme chronique
- Difficultés d'ordre psychosocial

4. Appréciation du cas et pronostic

Il s'agit d'une assurée âgée de 53 ans, serbe établie en Suisse depuis 1983. Sans formation professionnelle, elle exerce dans des activités non qualifiées avec un engagement dans l'entreprise Z._____ à [...] le 03.03.1989 à plein temps. L'activité a lieu, selon l'assurée, dans le conditionnement des fruits et légumes jusqu'à une mutation au 01.08.2009 qui conduit l'intéressée, depuis lors, à exercer des travaux de nettoyage. Un emploi accessoire dans les nettoyages a lieu à un taux de 6h par semaine. Etant donné que l'expertisée a cumulé des activités à un taux total de plus de 100 % (calculées à 48h par semaine), une modification des horaires de travail à la Z._____ conduit à une déstabilisation de l'organisation au quotidien. L'assurée dit être alors devenue irritable, souffrir d'un manque de sommeil et pleurer aisément. Des plaintes douloureuses chroniques ciblent essentiellement le rachis cervical. L'assurée est mise en arrêt de travail total au 23.11.2009, avec échec d'une reprise à temps partiel début 2010.

Appréciation somatique

L'expertisée a travaillé pendant environ 20 ans dans le secteur de la préparation et de l'emballage des marchandises (fruits et légumes) et suite à un réaménagement de son poste de travail, elle a été mutée à un poste de nettoyeuse au sein de l'entreprise Z._____ au début août 2009, parallèlement à un travail de nettoyeuse qu'elle réalise à raison de 6 heures hebdomadaires chez un physiothérapeute indépendant.

Madame H._____ a toujours joui d'une bonne santé habituelle hormis une cholécystectomie, il y a quelques années. Elle n'a pas eu d'autres interventions chirurgicales ou d'autres antécédents médicaux et elle a commencé à manifester au début des années 2000, des épisodes de lombalgies récidivantes justifiant une première évaluation auprès du CMC du [...] à Renens en 2000, puis une seconde évaluation en 2004 compte tenu non seulement de lombalgies mais aussi de cervicalgies. A cette occasion, en 2004, des radiographies de la colonne cervicale avaient démontré une ostéophytose modérée C5-C6, enfin des radiographies lombaires avaient révélé une discopathie L5-S1 avec un ostéophyte antérieur en D11 et finalement une radiographie du bassin s'était avérée normale. L'assurée a été examinée en 2004 par le Dr K._____, neurologue FMH, spécialiste qui a retenu un diagnostic d'atteinte du nerf médian bilatéral aux tunnels carpiens prédominant à droite suite à la pratique d'un ENMG. L'assurée aurait aussi eu un arrêt de travail de courte durée en 2004, puis elle a ensuite retravaillé à 100 % chez Z._____. Subséquemment, elle a été réévaluée par le Dr K._____, et d'après un rapport du 18 novembre 2008, ce confrère a effectué un nouvel ENMG confirmant l'atteinte des nerfs médians bilatéraux au niveau des tunnels carpiens prédominant à droite. Ce confrère a fait part à ce moment là de l'existence d'un tableau de douleurs poly-insertionnelles associé à des jump signs et il a également posé une indication opératoire quant à ses atteintes au

niveau des canaux carpiens. L'assurée n'a finalement pas subi d'intervention chirurgicale, et elle a été réexaminée par le Dr K. _____ en date du 30 mars 2010. Ce confrère a confirmé l'atteinte au niveau des deux tunnels carpiens prédominant à droite et il a été également retenu l'hypothèse d'une fibromyalgie chez cette assurée présentant des douleurs diffuses associées à des points de fibromyalgie douloureux avec des jump signs.

Qui plus est, l'assurée a été mise au bénéfice d'un arrêt de travail à partir du mois de novembre 2009 par le Dr R. _____, médecin généraliste au CMC du [...] à Renens en raison d'un tableau de douleurs chroniques ubiquitaires localisé initialement au niveau cervical puis au niveau dorsal et lombaire et finalement touchant toutes les parties du corps. Une prise en charge psychiatrique a également été initiée auprès du Dr B. _____, l'assurée a reçu moult médicaments d'antalgiques et d'anti-inflammatoires sans bénéfice. Elle a également reçu un traitement d'antalgique majeur sous forme de Fentanyl qui aurait entraîné des malaises. Après avoir tenté de reprendre transitoirement son activité professionnelle durant le mois de janvier-février 2010, l'assurée a de nouveau été mise au bénéfice d'un arrêt de travail complet depuis le 26 février 2010. Comme investigation, le Dr R. _____ a encore organisé des examens d'imagerie sous forme d'une IRM cervicale le 9 décembre 2009, examen révélant les discopathies en C3-C4-C5-C6 sans hernie discale mais avec une légère sténose des trous de conjugaison au niveau C5-C6. Il a organisé une IRM dorsale qui s'est avérée rassurante montrant essentiellement une spondylose banale au niveau 09 à 012 et finalement une IRM lombaire et des sacro-iliaques réalisée le 4 mars 2010, IRM qui a objectivé une hernie discale significative L4-L5 paramédiane gauche exerçant une contrainte sur la racine L5 gauche parallèlement à un canal lombaire étroit L4-L5. Actuellement, l'évolution clinique demeure défavorable avec une assurée qui rapporte l'absence d'efficacité de tous les traitements médicamenteux ainsi que physiothérapeutiques qu'elle a reçus. Elle n'a par conséquent pas été en mesure de retravailler jusqu'à présent.

Subjectivement, l'assurée évoque des douleurs ubiquitaires ne concernant pas uniquement le rachis, mais toutes les parties de son corps, qui sont présentes de jour et de nuit sans aucune modulation au cours de la journée ni par les différents médicaments et séances de physiothérapie qu'elle a reçus jusqu'à présent. Elle annonce également un sommeil non réparateur et enfin que ses douleurs qui étaient uniquement présentes au niveau du rachis se sont globalement étendues à tout le corps, avec notamment des douleurs thoraciques. Elle a beaucoup de difficultés à réaliser les tâches de la vie quotidienne, elle signale devoir se faire aider par son mari qui est lui-même invalide. L'assurée signale surtout n'avoir aucune position antalgique par rapport à ses douleurs ubiquitaires puisqu'elle a également mal pendant la nuit, et elle souffre lorsqu'elle demeure statique et lorsqu'elle porte ou soulève des charges, où lorsqu'elle se meut. Elle ne mentionne en revanche pas d'impulsivité au Valsalva et pas de symptomatologie radiculaire aux membres inférieurs. En parallèle, elle déclare des paresthésies intermittentes au niveau des mains sans territoire précis.

Objectivement, nous sommes en présence d'une assurée qui s'est montrée collaborante lors de l'examen clinique et qui a toutefois eu à quelques reprises un comportement théâtral notamment lorsque l'assurée a dû se relever de la position antéfléchie du tronc, lors du test de Schober. Toujours est-il, force est de constater qu'actuellement il n'y a pas de restriction manifeste en ce qui concerne la mobilité rachidienne avec une mobilité lombaire globalement conservée avec notamment une distance doigts-orteils à 0 cm lorsque l'assurée est en position assise. En ce qui concerne la mobilité rachidienne cervicale, celle-ci est restreinte modérément en ce qui concerne les rotations. Enfin au niveau périphérique, il n'y a pas d'arthrite ou de ténosynovite. En revanche les points de fibromyalgie (Smythe) sont tous douloureux, parallèlement à un status neurologique qui fait ressortir des paresthésies diffuses aux mains lors des manoeuvres de Tinnel et de Phalen au niveau des tunnels carpiens. L'examen clinique est en revanche parasité par de nombreux signes comportementaux de Waddell qui sont d'ailleurs tous présents. En ce qui concerne les examens paracliniques notamment le bilan radiologique et IRM réalisé récemment, on constate l'existence indéniable de discopathies sévères au niveau lombaire avec l'existence d'une hernie discale au niveau L4-L5 relativement volumineuse en contrainte avec la racine L5 gauche parallèlement à un canal lombaire étroit à ce niveau là, de même qu'au niveau L3-L4. Le rachis cervical démontre quant à lui également des discopathies en C3-C4-C5-C6 qui peuvent sténoser en partie les trous de conjugaison. L'IRM dorsale peut être considérée comme dans la norme.

Au vu des éléments pathologiques de l'imagerie, notamment sur l'IRM lombaire, qui révèle un canal lombaire étroit avec hernie discale en L4-L5 à gauche, il est probable que lors de son activité de nettoyeuse notamment lors des tâches répétitives en extension lombaire et durant les ports de charges en porte-à-faux, que ces activités «décompensent» l'état relativement de calme de son rachis lombaire, comme lors de la présente l'expertise. Dans ces conditions, on peut en conclusion, estimer que l'assurée présente tout de même un certain nombre de limitations fonctionnelles d'ordre somatique: à savoir une limitation dans sa capacité de porter et de soulever des charges de plus de 10 kg principalement en position de porte-à-faux et en extension du rachis, une limitation dans sa capacité de demeurer dans des positions statiques prolongées debout et assise et enfin elle devrait pouvoir alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes. D'autre part, en raison de son atteinte irritative au niveau des deux tunnels carpiens, corroborée par l'examen ENMG réalisé en mars 2010 par le Dr K._____, on peut également retenir une certaine limitation fonctionnelle au niveau de ses deux poignets notamment dans les activités répétitives de flexion-extension et de serrage des deux poignets et trains. Ces limitations fonctionnelles conduisent à une incapacité de travail complète dans une activité de nettoyeuse, activité que l'assurée a réalisé depuis environ une année au sein de l'entreprise Z._____.

Face aux documents médicaux ostéo-articulaires présents dans le dossier:

Tant les rapports médicaux du Dr K._____, neurologue de 2004, 2008 et 2010, font part de la persistance d'un syndrome de tunnel

carpien bilatéral prédominant à droite et depuis 2008 ce confrère constate l'apparition d'un tableau de fibromyalgie associé à ses plaintes des deux poignets.

Le rapport médical AI du Dr R. _____ du 5 septembre 2010: ce confrère fait uniquement la description des doléances de l'assurée, il n'y a pas d'examen clinique précisé ni de limitation fonctionnelle décrite.

Appréciation psychiatrique

L'expertisée a une anamnèse familiale relativement peu fiable, étant donné qu'elle n'en connaît que peu de membres; son fils bénéficie d'un suivi psychiatrique (aucun diagnostic connu).

Sur le plan personnel, l'éducation a vraisemblablement été très pauvre, empreinte d'abandon et de carences affectives, voire de scolarité précaire (ignore que la scolarité obligatoire était de 8 ans dans son pays à l'époque où elle s'y trouvait). Aucun antécédent d'atteinte psychiatrique à la santé n'est signalé. Une première consultation psychiatrique auprès du Dr B. _____ a eu lieu quelques jours avant l'examen bidisciplinaire, sur proposition de l'AI. A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée orientée et collaborante, dont les capacités intellectuelles sont présentes. Des séquelles de carences affectives et d'une possible scolarisation restreinte sont révélées par un discours pauvre, un vocabulaire très limité, une pensée imprécise, des méconnaissances basiques (signale d'abord que sa soeur aînée vit en Allemagne, puis en Suisse alémanique et, lorsqu'il lui est demandé dans sa langue dans quelle ville elle réside, l'assurée répond que sa soeur vit à Vienne, tout en ne sachant pas dans quel pays se trouve cette ville).

Hormis ces carences socio-éducatives, l'examen psychiatrique ne met pas en évidence d'atteinte à la santé qui pourrait porter préjudice à l'exigibilité professionnelle. L'assurée est préoccupée d'une manière tout à fait adéquate quant à son avenir et à ses réalités économiques, mais elle ne souffre d'aucune maladie psychiatrique; il n'y a notamment aucun signe de dépression.

Face à la notion de fibromyalgie mentionnée dans les appréciations somatiques, étant donné que l'expertisée souffre d'une atteinte radiologique objectivable, il s'agit d'une fibromyalgie secondaire dont les limitations fonctionnelles et l'exigibilité professionnelle sont établies par les évaluations somatiques. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé ni d'échec à des traitements conformes aux règles de l'art.

En conséquence, l'appréciation psychiatrique de l'état de santé de l'expertisée ne met en évidence aucune limitation fonctionnelle ni réduction de l'exigibilité professionnelle. L'établissement de l'exigibilité professionnelle sera donc strictement tributaire de l'appréciation ostéoarticulaire de cet examen.

Quant au positionnement face aux rapports médicaux adressés

- Le rapport médical du Dr K. _____ daté du 31.03.2010 mentionne un tableau de fibromyalgie; ce diagnostic est compatible avec l'appréciation psychiatrique de ce jour; il n'existe pas de comorbidité

psychiatrique; par contre, une comorbidité somatique limite l'exigibilité professionnelle sur le plan ostéoarticulaire.

• Quant au rapport médical du médecin traitant, le Dr R. _____ du 05.09.2010, un diagnostic d'état dépressif faisant suite aux douleurs chroniques est mentionné. Le fait qu'à l'examen de ce jour aucun signe de dépression n'ait été décelé n'exclut pas l'existence passée d'une symptomatologie dépressive dont l'intensité, non-sévère, aurait cédé sous traitement antidépresseur. Quoiqu'il en soit, les éléments dépressifs n'ont pas pris une intensité telle qu'ils auraient pu motiver une réduction de l'exigibilité professionnelle.

Face à l'appréciation de ce jour et en l'absence du psychiatre, le Dr B. _____, le médecin traitant, le Dr R. _____ a été contacté par téléphone le jour de l'examen. Ce médecin s'accorde à l'appréciation de ce jour et soutiendra sa patiente dans des projets de reprise professionnelle dans une activité adaptée.

Quant aux réponses aux questions posées dans votre demande d'expertise du 21.06.2010:

1. Éléments anamnestiques

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

2. Constatations médicales objectives sur l'état de santé actuel

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

3. Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, les traitements et le pronostic de l'affection actuelle?

Sur le plan somatique

Les investigations réalisées ont été extensives et suffisantes. Une prise en charge favorisant les mécanismes et les stratégies de «coping» serait indiquée au vu de ce tableau clinique de fibromyalgie, accompagnée par une attitude rassurante.

Pour son atteinte rachidienne, il faudrait également encourager l'assurée à suivre une gymnastique rééducative rachidienne destinée à lutter contre son déconditionnement physique, par exemple sous forme d'une physiothérapie en piscine.

Pour son syndrome de tunnel carpien bilatéral, une intervention chirurgicale est à envisager avec précautions, car lors de fibromyalgie, le pronostic des opérations est souvent médiocre. Il faudrait plutôt favoriser un traitement conservateur par l'utilisation d'attelles palmaires et/ou la pratique d'infiltrations locales de corticoïdes.

Concernant le pronostic, celui-ci demeure réservé si l'assurée devait continuer à travailler dans une activité qui sollicite son rachis et ses mains comme son travail de nettoyeuse.

Sur le plan psychiatrique

Aucune investigation complémentaire n'est indiquée; le traitement est ciblé et le pronostic psychiatrique est bon.

4. Capacité de travail dans l'emploi actuel de nettoyeuse (selon description de poste en annexe)?

Sur le plan somatique

La capacité de travail de nettoyeuse est actuellement nulle en raison des limitations fonctionnelles somatiques qui ne sont pas respectées dans cet emploi.

Sur le plan psychiatrique

La capacité de travail a toujours été et est actuellement entière dans toute activité.

5. Dans l'alternative où l'incapacité de travail serait tout ou partiellement due aux conditions de travail, en cas de résiliation des rapports de travail, dans quel laps de temps peut-on considérer qu'une capacité de travail partielle ou totale pourrait à nouveau être reconnue sur le marché du travail?

Sur le plan somatique

Sur le marché de l'emploi, l'assurée pourrait mettre en valeur une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus.

Sur le plan psychiatrique

Il n'y a pas d'incapacité de travail; l'assurée peut exercer à plein temps dans toute activité.

6. Remarques personnelles:

Néant.

7. Dans l'alternative où nous serions en présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, vous aurez l'obligeance, comme l'exige la jurisprudence du TFA, de répondre aux questions suivantes:

Cf. ci-dessus. L'assurée présente une affection corporelle chronique limitant l'exigibilité professionnelle à une activité adaptée."

Dans un rapport du 9 novembre 2010, le Dr W._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a proposé de suivre les conclusions de l'expertise précitée qu'il qualifiait de "convaincante et détaillée".

Selon une «Proposition de DDP» du 24 janvier 2011, le droit de l'assurée aux mesures d'ordre professionnel était ouvert compte tenu d'un préjudice économique de 23.02 %. Néanmoins, la faible intégration linguistique de l'assurée, ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées et son faible niveau scolaire faisaient que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables et ne permettraient pas de réduire le préjudice économique. Cette proposition se terminait ainsi:

"Notre assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple: contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore ouvrière de conditionnement. Nous aurions pu définir le métier adapté par le biais d'une orientation professionnelle, et octroyer une aide au placement, mais l'assurée a refusé toute mesure, ne s'estimant pas apte à suivre une mesure quelconque, ni à travailler. Elle nous demande l'envoi de notre projet de décision en connaissance de cause."

Par projet de décision du 8 mars 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée de son intention de rejeter le droit de celle-ci à des prestations AI. Il ressortait des constatations de l'OAI que le degré d'invalidité de 23.02 % était susceptible d'ouvrir le droit à des mesures professionnelles mais que celles-ci n'étaient toutefois pas envisageables car elles ne permettaient pas de réduire le préjudice économique. L'assurée pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Il avait été proposé à l'assurée une orientation professionnelle afin de définir le métier le plus adapté ainsi qu'une aide au placement. Toutefois, suite au refus de l'assurée de toute mesure, le mandat de réinsertion professionnelle avait été bouclé.

Le 16 mars 2011, l'assurée a formulé des objections contre le projet de décision précité invoquant notamment une intervention médicale à un orteil qui se serait mal déroulée ainsi que de fortes douleurs au niveau des hanches. Elle arguait également un grand stress du fait de la dégradation de son état de santé qui avait un impact très négatif sur sa santé psychologique, raisons pour lesquelles elle avait refusé une nouvelle orientation professionnelle.

Par lettre du 21 mars 2011, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 25 avril 2011 pour produire un avis médical circonstancié indiquant précisément en quoi son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise bidisciplinaire.

Le 17 mai 2011, l'OAI a rendu une décision confirmant le projet, faute de nouveau rapport médical.

B. Par acte du 13 juin 2011, l'assurée a conclu à l'octroi d'une rente, invoquant le fait que vu son âge et le chômage, il est en réalité très difficile de trouver un travail "fait sur mesure", qu'elle souffrait beaucoup de la colonne vertébrale et d'une dépression sévère.

L'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée par réponse du 25 août 2011.

Le 21 septembre 2011, la recourante a produit un rapport médical établi à sa demande expresse le 20 septembre 2011 par le Dr R._____. Le médecin traitant y expose que sa patiente souffre de rachialgies et douleurs musculaires diffuses évoquant fortement une fibromyalgie et réfractaires à tout traitement, indiquant encore que malgré moult investigations, aucun substrat organique à ses douleurs n'avait été trouvé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

b) 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 1968 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 17 mai 2011 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante compte tenu de son état de santé, et partant, son droit éventuel à la rente.

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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (art. 28 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, 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, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré

pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2 et I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée. 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors

en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43, 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 et 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2).

4. a) Des pièces médicales au dossier il ressort que le Dr K._____ a posé, le 31 mars 2010, le diagnostic de fibromyalgie. Au terme de son rapport du 5 septembre 2010, le Dr R._____ fait état de cervicalgies sur arthrose cervicale et discopathies cervicales diffuses, de douleurs chroniques, fibromyalgie, tunnels carpiens bilatéraux et état dépressif suite aux douleurs chroniques. Dans leur rapport du 27 septembre 2010, les experts ont notamment posé comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail celui de lombalgies chroniques (hernie discale L4-L5 paramédiane gauche, canal lombaire étroit L4-L5 et syndrome d'amplification des symptômes) ainsi que celui de syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Ces conclusions sont en substance concordantes avec celles des Drs K._____ et R._____.

b) Les médecins s'accordent aussi sur le diagnostic de fibromyalgie. Il convient cependant d'examiner le caractère invalidant de cette fibromyalgie.

Selon le Tribunal fédéral, en effet, il se justifie d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), qui a été précisé par la suite (ATF 131 V 49), le Tribunal fédéral a établi que les troubles douloureux somatoformes, respectivement la fibromyalgie, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Il existe une présomption que ces problèmes de santé ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la personne assurée. Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. A cet égard, il faut retenir notamment au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus malade 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 les 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). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été effectuée. Il ne résulte pas de cette expertise que la recourante souffre d'une comorbidité psychiatrique; il n'y a pas de perte d'intégration sociale. En ce qui concerne l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), il n'y a pas d'élément au dossier en faveur de la réalisation de ce critère. Enfin, il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132; 132 V 65 consid. 4.2.2).

La présomption que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée, étant précisé que l'expertise a toute valeur probante.

L'expertise médicale bidisciplinaire tient, en effet, compte des plaintes de la recourante (pp. 6-7 du rapport d'expertise) et des rapports médicaux au dossier ainsi que ceux faisant suite aux examens radiologiques pratiqués (p. 2 et pp. 10-12 du rapport d'expertise). Elle contient une anamnèse complète (pp. 2-6 du rapport d'expertise) et un examen clinique a été pratiqué (pp. 7-9 du rapport d'expertise). Les conclusions de l'expertise sont claires et exemptes de contradictions (pp. 9-13 du rapport d'expertise). A l'aune de ces considérations on doit donc admettre la valeur probante de l'expertise diligentée par l'assureur perte de gain de la recourante (cf. consid. 3b supra).

c) On retient par conséquent que sur le plan somatique, la recourante présente des atteintes chroniques objectivées qui ont pour incidence un certain nombre de limitations fonctionnelles incompatibles avec la poursuite de sa profession habituelle, soit celle de nettoyeuse. En revanche, ces limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position de porte-à-faux et en extension du rachis, nécessité de pouvoir alterner les positions assise/debout toutes les trente minutes et pas de travaux de force avec les mains ni mouvements répétitifs des poignets) permettent l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger tel que par exemple le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, le travail à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore celui dans le conditionnement (cf. Proposition DDP du 24 janvier 2011 de l'OAI). Quoiqu'en dise la recourante, son âge ainsi que le taux de chômage ne permettent pas de rediscuter les conclusions de l'expertise médicale à ce sujet. Le marché du travail équilibré recouvre en effet un large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées et un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant pas de formation sont exigibles de la recourante, au demeurant ces activités sont, en règle générale,

disponibles indépendamment de l'âge de la personne intéressée (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012, 9C_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4 et 8C_657/2010 du 19 novembre 2010, consid. 5.2.3).

d) Sur le plan psychiatrique, l'expertise ne retient aucune pathologie invalidante.

e) Ainsi en raison de son affection d'ordre somatique (lombalgies chroniques et syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite), la recourante n'est plus apte à poursuivre l'exercice de son activité habituelle de nettoyeuse. Cependant dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, elle bénéficie d'une capacité de travail résiduelle totale. Après comparaison entre le revenu raisonnablement exigible de sa part sans invalidité (58'052 fr.) et celui exigible avec invalidité (44'686 fr. 60), il en résulte un préjudice économique de 13'365 fr. 40 correspondant à un degré d'invalidité de 23,02 % qui ne lui ouvre pas le droit à la rente AI (cf. consid. 3a supra).

5. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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 [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. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée, au demeurant non assistée par 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
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 13 juin 2011 par H. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de H. _____.
- 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 :

- H. _____,
- 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 :