

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 août 2012

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

* * * * *

Cause pendante entre :

V. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Nicolas Perret, avocat à Nyon,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Le 29 octobre 2010, l'A._____, employeur de V._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1953 a déposé le formulaire de détection précoce. Cette demande précisait que l'assurée avait alors refusé d'y apposer sa signature.

L'assurée a déposé une demande de prestations AI en date du 2 février 2011. Sur la base des certificats médicaux établis par les médecins de l'Hôpital de zone de [...], il était fait état d'une incapacité de travail totale du 3 mars au 24 mai 2010, puis à 50 % jusqu'au 1^{er} août 2010 et finalement à 40 % depuis le 2 août 2010. L'atteinte à la santé était consécutive à une opération du tunnel carpien.

Dans le formulaire 531bis complété le 15 février 2011, l'assurée a indiqué que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100 % dans le domaine des nettoyages, ceci par intérêt personnel.

Le dossier transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) par l'assureur perte de gain (La T._____) recèle plusieurs rapports médicaux. Ainsi dans un certificat médical initial du 16 avril 2010, le Dr N._____, orthopédiste et traumatologue, médecin-chef à l'Hôpital de zone de [...], a posé le diagnostic de syndrome du tunnel carpien droit consécutif à une intervention (libération du nerf médian au canal carpien droit) pratiquée le 3 mars 2010. Dans un courrier du 31 janvier 2011 adressé au médecin-conseil de l'assureur perte de gain, le Dr N._____ a notamment précisé ce qui suit:

"J'ai revu à ma consultation Madame V._____, patiente à 11 mois d'une cure du tunnel carpien droit dont les symptômes douloureux locaux n'ont pas évolué. Elle se dit bien incapable d'augmenter son pourcentage de travail comme femme de ménage. Une adaptation du poste de travail semble difficile pour ce type d'emploi. Les examens complémentaires effectués jusqu'à présent ne sont pas contributifs pour expliquer l'importance des symptômes. On peut se demander si ceux-ci sont vraiment d'origine organique. [...]"

Il ressort du questionnaire pour l'employeur complété le 28 février 2011 par l'A. _____ que depuis le 21 juillet 1993, l'assurée exerçait l'activité de personnel de maison à plein temps. Il était par ailleurs précisé que ce travail demandait une excellente condition physique. Depuis le 1^{er} janvier 2011, elle percevait un salaire mensuel brut de 4'668 francs.

Au terme d'un examen clinique pratiqué le 9 décembre 2010, la Dresse Z. _____ s'est exprimée en ces termes sur l'état de santé de l'assurée:

"Conclusion:

Il s'agit d'une patiente qui a été opérée d'un tunnel carpien D avec disparition des troubles sensitifs mais persistance de douleurs.

L'ENMG met en évidence la persistance de discrètes anomalies au niveau du nerf médian, mais avec une amélioration par rapport aux paramètres constatés en janvier, ce qui laisserait suspecter une séquelle mais qui n'explique pas, à mon avis, les douleurs de la patiente.

Dans cette situation, je ne suis pas du tout persuadée qu'une nouvelle exploration chirurgicale améliore la patiente et je pense qu'il faut s'assurer qu'elle ne présente pas un phénomène de Südeck ni, éventuellement, un problème de rhizarthrose douloureuse qui pourrait actuellement être en partie responsable des douleurs. Apparemment, elle a eu une IRM de son poignet, mais j'ignore le résultat de cet examen."

Dans un rapport médical du 10 mars 2011, la Dresse Z. _____, spécialiste en neurologie, a relevé que sa patiente ne notait aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse et de son handicap au niveau du membre supérieur droit. Ce médecin retenait une incapacité de travail de 40 % depuis août 2010 dans l'activité exercée. Elle mentionnait une utilisation douloureuse du bras droit, une diminution de la dextérité de la main droite et, parfois, des décharges électriques au toucher d'une surface avec le poignet droit. La Dresse Z. _____ précisait qu'en cas de reconversion professionnelle, il fallait opter pour un emploi épargnant le membre supérieur droit, en particulier dans les tâches lourdes et permettant de faire des pauses. Les limitations fonctionnelles, présentes depuis le 3 mars 2010, interdisaient le travail avec les bras au-dessus de la tête, de soulever/porter des charges près/loin du corps. La

résistance était également limitée en raison de l'utilisation du membre supérieur droit.

A l'occasion d'un courrier du 24 mars 2011 adressé au Dr N._____, le Dr F._____, médecin-chef du Service universitaire de chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main de la clinique chirurgicale et permanence de [...], a notamment observé ce qui suit à la suite d'un examen du dossier de l'assurée:

"Appréciation: il s'agit donc d'une patiente de 58 ans diabétique qui présente des douleurs persistantes et invalidantes au niveau de la main droite suite à une cure de tunnel carpien. A l'examen clinique on ne suspecte pas de lésion nerveuse ni à l'EMG où il y a une amélioration des valeurs en post-opératoire. Les acroparesthésies nocturnes se sont également améliorées en post-opératoire, on est plutôt en face d'un problème local. Il peut y avoir des adhérences cicatricielles qui peuvent expliquer une partie de la symptomatologie ou je n'exclurai pas une algoneurodystrophie même s'il n'y a pas cliniquement un tableau complet."

Selon un rapport médical du 13 avril 2011, le Dr N._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome de compression du nerf médian au canal carpien droit (status après libération du nerf médian au canal carpien droit le 3 mars 2010) et de syndrome douloureux du talon de la main et de la base de l'éminence thénarienne persistante. Ce médecin indiquait que l'assurée avait repris le travail à 60 % dans une activité de nettoyeuse et qu'elle s'était récemment déclarée inapte à maintenir ce taux en raison d'une recrudescence de ses douleurs. Mentionnant un pronostic très réservé, la situation apparaissant non évolutive, le Dr N._____ évaluait l'incapacité de travail à 50 % dans la profession de femme de ménage depuis le 21 décembre 2010. Il notait des restrictions physiques en lien avec la force de serrage, la torsion de la main et le port de poids.

Dans un rapport médical du 20 mai 2011, le Dr L._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant depuis 1994, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome de fatigue chronique et de somatisation. Evaluant l'incapacité

de travail à 50 % depuis le 6 avril 2010, il relevait une somatisation et indiquait la nécessité de réaliser une expertise de sa patiente.

A la suite d'un examen clinique pratiqué au SMR le 1^{er} juillet 2011 avec l'assistance d'un traducteur de langue portugaise, au terme de leur rapport du 8 août 2011, les Drs R._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, psychiatre FMH, ont notamment observé ce qui suit:

"Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

• Aucun Z71.1

- sans répercussion sur la capacité de travail

• Status post opération d'un tunnel carpien.

• Syndrome douloureux chronique post opératoire, sans complication mise en évidence tant au niveau ostéo-articulaire que neurologique.

• Obésité de classe 2 et sédentarité.

• Diabète de type II, non insulino-requérant.

• Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0.

• Trouble anxieux, sans précision F41.9.

Appréciation du cas

Lors de l'entretien, l'assurée décrit son activité professionnelle d'employée d'entretien à l'A._____. L'assurée a été engagée à 100 %, elle confirme avoir repris à 50 % à partir du 24.05.2010 et avoir été capable d'augmenter à 60 % en août 2010, la capacité de travail a été diminuée à 50 % depuis avril 2011. Le poste de travail décrit est modérément contraignant pour la main droite, avec des activités de nettoyage, des mouvements répétés du poignet; il a été partiellement adapté, l'assurée n'utilise plus les machines pour cirer et laver le sol; il n'y a pas de port de charges conséquent, l'assurée doit porter un sac d'eau pour le mettre sur son chariot.

L'assurée se décrit pire depuis l'intervention de décompression de son nerf médian droit le 3.03.2010. Elle a des douleurs quotidiennes diurnes et nocturnes, dépassant très nettement le site opératoire ou le territoire nerveux du nerf médian (douleur partant de la cicatrice palmaire, irradiant dans la paume et la face palmaire de tous les doigts, douleur du versant dorsal de la base du pouce). Comme évoqué par la Dresse Z._____, l'étendue des douleurs et leur côté inflammatoire doit faire écarter dans le diagnostic différentiel une algoneurodystrophie. L'assurée dit garder des troubles sensitifs de tous les doigts, à nouveau dépassant de façon large le territoire du nerf médian. L'anamnèse n'oriente pas vers une radiculalgie de départ cervical.

Comme autre problème de santé, l'assurée annonce une fatigue chronique, présente depuis l'opération, exacerbée par le travail. L'assurée a un diabète de type II, traité depuis 2003, elle n'a jamais dû consulter aux urgences, n'a pas de complications cardiaque, rénale ou rétinienne ou encore neurologique. Ses glycémies, aux

diètes de l'assurée, se sont améliorées après modification de son traitement antidiabétique per os.

Par rapport au problème lombaire, l'assurée a eu un épisode aigu il y a 7 ans avec, aux dires de l'assurée, mise en évidence de deux hernies discales sur les radiographies. L'assurée a eu un arrêt de travail total de 6 semaines à l'époque et une reprise très lente sur 9 mois. L'assurée ressent actuellement, de façon intermittente, une douleur lombaire avec une pseudo-sciatalgie droite finissant au genou, lorsqu'elle soulève des charges, par exemple le saut d'eau. Elle ne décrit pas de déficit sensitivo-moteur aux membres inférieurs.

L'assurée est suivie tous les 2 mois par le Dr N._____, elle a également eu une consultation du Dr F._____, chirurgien de la main, en mars 2011, pour un 2^{ème} avis. Cette consultation n'est pas dans le dossier à disposition, nous la demandons.

Malgré l'importance des douleurs annoncées, l'assurée prend un traitement anti-inflammatoire à faible dose avec 1 cp d'acide méfénamique par matin; 2 à 3 fois par semaine, elle prend soit un antalgique simple, soit à nouveau de l'acide méfénamique 1 cp.

L'examen clinique montre une femme de 57 ans, en bon état de santé générale, avec une obésité de classe II. Avec un brassard adapté, la tension artérielle est augmentée à 154/117 mmHg, l'assurée va la contrôler à la maison et informer le Dr L._____ en cas de persistance de valeurs élevées, il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque.

Au niveau neurologique, comme le décrit la Dresse Z._____, il n'y a pas d'atteinte séquellaire du nerf médian. Nous n'avons pas de déficit sensitivo-moteur systématisable, il n'y a pas non plus de signe irritatif, cela est également décrit par le Dr N._____, qui n'a qu'une douleur localisée à la recherche d'un Tinel au poignet. L'assurée fait des lâchages multiples au testing musculaire, elle lâche également la pince pouce-index contre une résistance légère, la force de préhension est effondrée, l'assurée ne fait pas décoller l'aiguille du dynamomètre; lors de la consultation du Dr N._____, l'assurée était capable d'exercer une force de 8 kg. Il existe une légère diminution de la trophicité des muscles de l'éminence thénar droite (pouce), mais sans fasciculation pour une dénervation.

Dans sa gestuelle spontanée, il existe des discordances importantes pendant l'entretien, l'assurée garde la majeure partie du temps la main droite sur la table, la paume vers le haut — les mouvements alternés des doigts sont très ralentis lors d'un test de dextérité; de façon non cohérente l'assurée est cependant capable de sortir les emballages de médicaments d'un sac plastique avec une dextérité normale, elle est capable également de déboutonner ses boutons en bimanuel avec une dextérité normale ou de remettre son pantalon en utilisant ses mains de façon symétrique.

Nous n'avons pas d'explication ostéo-articulaire aux importantes douleurs ressenties par l'assurée. Comme le mentionne le Dr N._____, la cicatrice sur le talon de la paume de la main droite est légèrement infiltrée, mais sans déhiscence de plaie. Il n'y a pas d'évidence de complications post opératoires, on ne peut pas retenir de rhizarthrose, l'assurée a des douleurs dans la mobilisation de la trapézo-métacarpienne, de la métacarpophalangienne ou encore de l'interphalangienne proximale du pouce: elle a des douleurs diffuses à la palpation des os de la main. Nous n'avons pas d'évidence clinique pour une algoneurodystrophie. Dans son rapport médical du 13.04.2011, Dr N._____, qui a suivi l'assurée régulièrement en

post-opératoire, écrit également qu'il n'y a pas eu de signe évident qui aurait fait suspecter une algoneurodystrophie, une IRM a également été effectuée, ne permettant pas de diagnostiquer de lésion particulière.

Les radiographies standards et l'IRM de la main droite effectuées à 5 mois postopératoire excluent une éventuelle algoneurodystrophie; on constate un début de rhizarthrose. Au niveau de la cicatrice, nous ne voyions pas d'inflammation notable. Le Dr B. _____, radiologue retient une prise de contraste subtile entre la cicatrice et le tendon du muscle long fléchisseur du pouce, à la hauteur de l'articulation trapézo-métacarpienne; le Dr B. _____ est également d'avis qu'il n'a pas d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie.

En conclusion, tant sur le plan ostéoarticulaire que sur le [plan] neurologique, il n'y a pas d'explication à l'important syndrome douloureux que ressent l'assurée. Cela ressort clairement du rapport médical du 20.05.2011 du Dr L. _____, médecin traitant qui suit l'assurée depuis 1994 et qui retient une somatisation, ainsi qu'un syndrome de fatigue chronique.

En composante de fond, il existe une composante de fibromyalgie avec 9 points de Smythe positifs sur 18 à la palpation. Stricto sensu, pour retenir le diagnostic de fibromyalgie, il faudrait y avoir 11 points positifs sur 18. Il n'est probable que les acroparesthésies attribuées au syndrome du tunnel carpien soient en partie en relation avec la composante fibromyalgique. Le diagnostic retenu de syndrome du tunnel carpien a été initialement retenu sur des données électromyographiques de ralentissement modéré de conduction au poignet, avec un examen clinique aspécifique (absence d'hypomyotrophie, hypoesthésie subjective à la pulpe de tous les doigts, c-à-d dépassant le territoire du nerf médian, une manoeuvre de Phalen négative, un signe de Tinel douteux).

Au niveau du rachis, l'assurée a de légers troubles statiques sous forme d'une augmentation de la cyphose dorsale, d'une antépulsion de la tête et d'un relâchement de la sangle abdominale; elle a une attitude scoliotique, mais pas de scoliose fixée en flexion du tronc. La mobilité de la nuque est complète et indolore, sans contracture paravertébrale. La mobilité lombaire est complète en flexion, subtotale en extension, la palpation de la jonction lombosacrée est douloureuse, sans contracture. Nous excluons un syndrome rachidien lombaire, il n'y a pas de sciatalgies irritatives.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée d'origine portugaise de 57 ans, sans formation, mariée, 3 enfants, employée à l'A. _____ depuis 1993. Elle a été opérée d'un canal carpien en mars 2010, mais les douleurs ont persisté. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr L. _____, évoque, dans son rapport du 20.05.2011, un syndrome de fatigue chronique et une somatisation.

L'assurée n'a, d'après elle, jamais présenté de trouble de nature psychiatrique, jamais consulté de psychiatre, été hospitalisée en milieu psychiatrique, ou subi une expertise psychiatrique. Elle relate un épisode remontant à il y a environ 7 ans au cours duquel, durant 3 mois, son médecin traitant lui aurait prescrit un anxiolytique (Urbanyl®) car elle se sentait anxieuse.

L'examen psychiatrique de ce jour n'objective aucun trouble de nature psychiatrique, en particulier l'exploration de la lignée anxieuse n'objective pas d'anxiété généralisée en l'absence d'attente craintive, de tension motrice permanente, ou de signes neurovégétatifs. Il n'existe pas non plus de trouble panique caractérisé, pas de crise d'anxiété aigue paroxystique de survenue

inopinée. L'assurée décrit tout de même des épisodes de réaction anxieuse à des situations professionnelles particulières, en général de nature conflictuelle avec sa hiérarchie. Elle a le sentiment qu'on lui reproche de ne pas travailler à plein temps (elle est en incapacité de travail de 50 %), et qu'on la punit en lui donnant à faire des tâches ingrates. Ainsi, sa supérieure hiérarchique lui aurait imposé d'aller faire le ménage dans la morgue de l'Institution, toute seule, et l'aurait, dans le même temps, menacée de licenciement. L'assurée a finalement refusé, mais s'est sentie anxieuse durant 48 heures. Nous retiendrons donc le diagnostic de trouble anxieux, sans précision F41.9.

L'exploration de la thymie n'objective pas de trouble dépressif, en l'absence des 3 critères majeurs de la dépression: il n'y a pas d'abaissement de l'humeur, pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, l'assurée ayant conservé nombre de sources de plaisir (regarder la télévision en portugais, déjeuner dans le restaurant de son beau-frère, se promener au Signal de [...]), et surtout, voir et s'occuper de ses petits-enfants). Enfin, il existe une réduction de l'énergie, que l'assurée met directement en relation avec les périodes de travail. Cette réduction de l'énergie n'est donc pas d'origine dépressive et, par ailleurs, ne répond pas au diagnostic de syndrome de fatigue chronique, dans lequel la fatigue est persistante et résistante au repos. De plus, selon la définition, le syndrome de fatigue chronique suppose des troubles de la mémoire ou de la concentration, que l'assurée ne présente pas.

Enfin, en présence d'un syndrome douloureux non entièrement expliqué par un trouble organique, un trouble douloureux somatoforme persistant doit être discuté. En l'absence d'un sentiment de détresse, ce diagnostic n'est pas retenu, et les critères de sévérité ne seront donc pas discutés. Le diagnostic de somatisation, évoqué par le médecin traitant, est lui aussi réfuté, en l'absence d'altération du fonctionnement social et familial. Nous retiendrons finalement le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Limitations fonctionnelles

En l'absence d'étiologie quant à la persistance des douleurs ressenties par l'assurée et leur étendue, il ne nous est pas possible de retenir des limitations fonctionnelles durables.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

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

Initialement, l'incapacité de travail est totale du temps de l'opération et de la cicatrisation post-opératoire, puis du temps des investigations permettant d'exclure une complication post-opératoire, que ce soit une algoneurodystrophie, une compression résiduelle du nerf médian, une infection, une rhizarthrose. IT [incapacité de travail] totale dans toute activité initialement depuis le 3.3.2010.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

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

Pour rappel, l'assurée est opérée le 3.03.2010, elle reprend à 50% à partir du 25.05.2010.

Elle est revue le 9.12.2010 par la Dresse Z. _____ qui exclut une atteinte neurologique; à juste titre, la Dresse Z. _____ évoque, lors de sa consultation, une éventuelle pathologie ostéoarticulaire, à savoir une rhizarthrose douloureuse ou encore une algoneurodystrophie ou phénomène de Südeck. Dans son courrier

du 31.01.2011, adressé au médecin-conseil de l'assurance perte de gain, le Dr N._____ explique que les examens complémentaires effectués jusqu'à présent ne sont pas contributifs pour expliquer l'importance des symptômes, il se demande si ceux-ci sont vraiment d'origine organique, il exclut la nécessité d'une révision chirurgicale; le Dr N._____ voit l'assurée le 31.01.2011.

Dans son rapport médical, adressé à l'AI le 13.04.2011, le Dr N._____ retient un diagnostic descriptif de syndrome douloureux du talon de la main et de la base de l'éminence thénarienne persistant, il n'en explique pas l'étiologie. Son examen clinique n'est pas inquiétant avec une cicatrice du talon de la main légèrement indurée, il décrit un léger oedème de la main gauche, diffus, nous ne l'objectivons plus.

Dans sa consultation du 24.03.2011 le Dr F._____, chirurgien de la main, évoque des adhérences cicatricielles pouvant expliquer une partie de la symptomatologie, une algoneurodystrophie n'est pas totalement exclue même s'il n'y a pas de tableau complet. Le Dr F._____ n'évoque pas l'éventuelle rhizarthrose dans son diagnostic différentiel.

La rhizarthrose débutante objectivée sur les radiographies n'explique pas le ressenti douloureux important; par ailleurs l'examen clinique n'oriente pas vers un problème focalisé de rhizarthrose.

Le diagnostic d'algoneurodystrophie s'appuie sur des éléments cliniques, et en cas de doute il est confirmé par les examens complémentaires (radiographie, IRM voire scintigraphie). Les éléments à disposition ne permettent pas de retenir ce diagnostic.

Nous retenons une évolution de la capacité de travail à 100% depuis le 31.1.2011. Nous sommes alors à 10 mois d'une intervention chirurgicale mineure.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle d'employée d'entretien: 100%

Dans une activité adaptée: 100%

Depuis le: 31.1.2011."

Le 19 août 2011, les Drs E._____ et X._____ du SMR ont fait leurs constatations et conclusions ressortant du rapport d'examen bidisciplinaire précité estimant qu'en tout état de cause, l'assurée ne présentait pas d'affection incapacitante, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique.

Par projet de décision du 24 août 2011, intégralement confirmé selon décision du 3 octobre 2011, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Ses constatations s'articulaient comme il suit:

"Après étude de votre dossier et suite à son analyse médicale, vous avez présenté les incapacités de travail suivantes:

- 100 % dès le 3 mars 2010

- 50 % dès le 25 mai 2010

- 0 % dès le 31 janvier 2011.

Un examen rhumatologique a été effectué le 1^{er} juillet 2011 auprès de notre Service médical régional et il ressort que votre capacité de travail et de gain est entière depuis le 31 janvier 2011 et ceci que ce soit dans votre activité habituelle ainsi que dans toute autre activité adaptée à votre état de santé.

Au vu de ce qui précède, votre incapacité de travail n'a pas duré une année au moins et le droit à une rente AI n'est pas ouvert de même que des mesures professionnelles.

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. [...]"

B. Par acte du 26 octobre 2011, V. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a implicitement conclu à l'annulation de la décision de refus rendue le 3 octobre 2011. Elle contestait avoir recouvré l'entier de sa capacité de travail dès le 31 janvier 2011. Elle a produit en ce sens, un certificat médical d'arrêt de travail du 4 octobre 2011 établi par le Dr N. _____ attestant une incapacité de travail de 100 % du 4 au 6 octobre 2011 et de 50 % du 7 au 31 octobre 2011 inclus. Elle était ainsi d'avis que cela faisait plus d'un an qu'elle se trouvait en incapacité de travail partielle. Elle demandait par ailleurs la réalisation d'un nouvel examen rhumatologique "neutre et impartial".

Dans sa réponse du 21 décembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a d'abord relevé que le dossier médical de la recourante avait été instruit à satisfaction, le rapport de l'examen bidisciplinaire SMR du 8 août 2011 remplissant les réquisits pour sa valeur probante. Il a ensuite nié l'existence d'un droit formel de la recourante à une expertise réalisée par un médecin externe à l'assurance. Il estimait que le certificat médical produit par l'intéressée n'était pas de nature à rediscuter la décision attaquée.

Par réplique du 2 mai 2012 de son conseil Me Nicolas Perret, la recourante a précisé en ces termes les conclusions de son recours:

"Préalablement:

- I. Une nouvelle expertise médicale est ordonnée.
- II. La comparution personnelle des parties est ordonnée.

- III. L'audition du Docteur N. _____ est ordonnée, respectivement, la production du dossier médical de la recourante auprès de ce médecin.

Principalement:

- IV. La décision du 3 octobre 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité est rejetée.
V. Les conclusions prises par la recourante sont confirmées.
VI. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées."

Elle a produit divers certificats médicaux du Dr N. _____ attestant d'une incapacité de travail partielle (50 %) jusqu'au 31 mars 2012. Elle en a déduit souffrir d'une incapacité de travail partielle ininterrompue d'une durée supérieure à une année.

Le 29 mai 2012, l'intimé a communiqué qu'il renonçait à dupliquer.

E n d r o i t :

1. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (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.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances instituée par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal. 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 al. 1 let. a LPA-VD).

Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), par V. _____ contre la décision de refus de l'OAI du 3 octobre 2011.

2. Le litige a trait à l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante à compter du 1^{er} février 2011. L'office intimé, suivant en ce sens les constatations et conclusions médicales du rapport d'examen SMR du 8 août 2011, considère que la capacité de travail et de gain est entière depuis le 31 janvier 2011 que ce soit dans l'activité habituelle de nettoyeuse comme dans toute autre activité adaptée. Se référant aux certificats médicaux d'arrêt de travail du Dr N. _____ produits, la recourante soutient quant à elle que son incapacité de travail a perduré plus d'une année de telle sorte que le droit aux prestations AI lui est ouvert.

a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. 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;

b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;

c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) 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, avant de 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 plutôt que sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1

et 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1, 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; 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).

3. a) Il ressort des pièces médicales du dossier transmis que la recourante a subi, le 3 mars 2010, une intervention chirurgicale mineure (opération du tunnel carpien droit). Il s'en est suivi une symptomatologie douloureuse (utilisation douloureuse du membre supérieur droit, diminution de la dextérité de la main et parfois des décharges électriques au contact d'une surface avec le poignet droit). La persistance de ces douleurs a conduit les médecins traitant à retenir une incapacité de travail partielle dans l'activité de nettoyeuse. L'origine des douleurs rapportées n'a pas pu être déterminée; le 31 janvier 2011, le Dr N._____ précise ainsi que "les examens complémentaires effectués jusqu'à présent ne sont pas contributifs pour expliquer l'importance des symptômes. On peut se demander si ceux-ci sont d'origine organique." Au terme d'un examen du 9 décembre 2010, la Dresse Z._____ met uniquement en évidence la persistance de discrètes anomalies au niveau du nerf médian laissant suspecter une séquelle mais n'expliquant pas, selon elle, les douleurs rapportées par la recourante. A la suite d'un examen du dossier, le Dr F._____ est quant à lui d'avis que des adhérences cicatricielles sont susceptibles d'expliquer une partie de la symptomatologie sans qu'une algoneurodystrophie ne doive être exclue. Dans un rapport médical du 20

mai 2011, le Dr L._____ fait part de la nécessité de réaliser une expertise de l'assurée. Au terme d'un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) réalisé le 1^{er} juillet 2011, les Drs R._____ et S._____ du SMR ne posent aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Ils retiennent uniquement des atteintes à la santé sans conséquence sur la capacité de travail à savoir, un status post-opération d'un tunnel carpien, un syndrome douloureux chronique post-opératoire, une obésité de classe 2, un diabète de type II non insulino-requérant, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et un trouble anxieux sans précisions (F41.9). Les Drs R._____ et S._____ concluent à une évolution de la capacité de travail à 100% (sur le plan rhumatologique et psychiatrique) dès le 31 janvier 2011 ceci tant dans l'activité d'employée d'entretien que dans toute activité adaptée.

L'examen bidisciplinaire pratiqué le 1^{er} juillet 2011 au SMR, respectivement le rapport du 8 août 2011 y faisant suite, se base sur une étude détaillée des documents médicaux figurant au dossier (pp. 1-2), contient une anamnèse complète énonçant en particulier les plaintes actuelles de la recourante (pp. 3-5), dresse un status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique (pp. 6-7). Les diagnostics posés le sont avec clarté (p. 8) et la discussion du cas est présentée de manière systématique, claire et cohérente, sans éluder les écueils que constituent d'autres avis médicaux (pp. 8-11). Ainsi, le rapport d'examen SMR s'avère objectif, nuancé et dûment motivé, de sorte qu'il emporte pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 2c supra.

b) On retiendra ainsi avec les Drs R._____ et S._____ que tant sur le plan ostéoarticulaire que sur le plan neurologique, il n'existe pas d'explication à l'important syndrome douloureux ressenti par la recourante. Cet avis est partagé par le Dr L._____ (médecin traitant depuis 1994) qui retient une somatisation ainsi qu'un syndrome de fatigue chronique. Il est toutefois observé une composante de fibromyalgie de telle sorte qu'il est probable que les acroparesthésies attribuées au

syndrome du tunnel carpien soient pour partie liées à la composante fibromyalgique. Or, l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2) en effet, n'est pas établie en l'espèce.

Sur le plan psychiatrique, il n'est pas objectivé de trouble d'anxiété généralisée ni de trouble panique. La recourante décrivant néanmoins des épisodes de réaction anxieuse à des situations professionnelles particulières, il se justifie de poser le diagnostic de trouble anxieux sans précision (F41.9). Il n'a par ailleurs pas été objectivé de trouble dépressif. Enfin en l'absence d'altération du fonctionnement social et familial de l'intéressée, il est retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Pour le surplus, les critères de la fibromyalgie ne sont manifestement pas remplis.

Les différents certificats médicaux d'arrêt de travail du Dr N. _____ produits en cause par la recourante ne sont pas suffisamment étayés sous l'angle médical pour permettre de rediscuter les constatations et conclusions du rapport d'examen SMR du 8 août 2011. Ces certificats se limitent en effet à attester des périodes d'incapacité de travail sans plus amples indications sur l'état de santé de l'assurée. De surcroît, selon la jurisprudence constante, établies par l'un des médecins consultés par l'assurée, les indications figurant dans ces certificats doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégié que lui confère son mandat, le Dr N. _____ pourrait avoir tendance à se prononcer en faveur de sa patiente; il convient dès lors d'attacher plus de poids aux constatations des médecins spécialisés du SMR qu'à celles du prénommé (cf. consid. 2c supra). On s'étonne d'ailleurs, que la recourante présente un certificat d'arrêt complet de travail établi le jour après la décision de refus de rente de l'OAI, mais que pour la période précédente, il n'y avait pas eu de tels certificats.

c) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement

sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3) (cf. TF 9C_355/2011 du 8 novembre 2011, consid. 3.2.1).

En l'occurrence, la décision litigieuse se base sur l'évaluation des médecins spécialisés du SMR qui aboutit à des résultats convaincants sans qu'il n'existe d'indice concret susceptible d'en rediscuter le bien-fondé (cf. consid. 3b) et c) ci-avant). Dans ces circonstances, la recourante ne saurait se prévaloir d'un droit formel, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, à une nouvelle expertise réalisée par un médecin externe à l'assurance.

L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une nouvelle expertise (somatique), de sorte que la requête formulée en ce sens, par la recourante doit être rejetée par appréciation anticipée des preuves. Il en va à l'identique s'agissant de la requête tendant à l'audition du Dr N._____. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

d) En conclusion, on retient que sur le plan médical, la recourante a recouvré une capacité de travail à 100 % depuis le 31 janvier 2011 dans son activité habituelle de nettoyeuse comme dans toute activité adaptée. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a refusé le droit aux prestations AI en constatant que l'incapacité de travail de la recourante n'a pas été d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

4. En conséquence, mal fondé, le recours est rejeté et la décision rendue le 3 octobre 2011 par l'intimé confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 3 octobre 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 V. _____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Nicolas Perret (pour V. _____),
- 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 :