

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Merz et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPG; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assurée), née en 19[...], est mariée et mère de cinq enfants (nés entre 1986 et 2002). Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme accueillante en milieu familial au taux de 60% dès mars 2009, en parallèle d'une activité d'auxiliaire éducatrice remplaçante dans un centre de vie infantine.

L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 mai 2011 (mais datée du 5 juin 2011). Elle indiquait souffrir de troubles de la mémoire, d'asthénie majeure et de douleurs polyarticulaires depuis 1989, avec une péjoration importante depuis 2010. Elle a précisé que sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100% depuis août 2011 dans la profession d'éducatrice auxiliaire (cf. détermination du statut du 17 mai 2011).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, le Dr C._____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) différents avis médicaux. Dans un rapport du 3 août 2007, le Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, relevait que l'assurée signalait des dysesthésies douloureuses intéressant les membres supérieurs et inférieurs depuis près de 20 ans, précisant que les nombreuses investigations réalisées, tant sur le plan neurologique que radiologique, n'avaient pas mis en évidence de lésion spécifique. Au terme de son rapport, il mentionnait que la seule affection qui se rapprocherait de la description présentée par la patiente serait celle d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique au vu d'un sommeil non récupérateur et d'un nombre suffisant de points à l'examen clinique.

Dans un courrier du 21 juin 2011, le Dr Z._____, chef de clinique adjoint à l'Unité de psychiatrie ambulatoire du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), relevait la présence d'une anxiété généralisée, créant une pression constante et une forte émotionnalité en

lien avec les éléments conflictuels avec sa mère. Il ne notait pas de bizarreries du comportement, pas de trouble du cours de la pensée ni de symptôme de la lignée psychotique, mais un syndrome dépressif léger. Il relevait également une relative stabilité des symptômes ces dernières années, avec récemment une péjoration. Finalement, il émettait l'hypothèse d'une personnalité vivant une forte auto-attribution et auto-responsabilisation, créant ainsi un équivalent d'une anxiété généralisée. Très probablement, le syndrome douloureux somatoforme entretenait cette symptomatologie.

Dans un rapport du 21 juillet 2011 adressé au Dr C._____, le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, mentionnait que la fibromyalgie ne pouvait être remise en cause mais qu'elle ne justifiait pas une incapacité de travail de plus de 20% et ne pouvait donc conduire à l'obtention d'une rente de l'assurance-invalidité. Il ajoutait en outre ce qui suit:

"Me perturbe toutefois cette difficulté à desserrer les doigts et lâcher les objets comme on peut le rencontrer dans la maladie de Steinert. Il est possible aussi que ce soit l'expression de la fibromyalgie, mais il me paraît important d'en préciser l'origine. Je vous laisse donc le soin d'un nouvel avis neurologique, chez le Dr P._____ qui l'a déjà examinée à deux ou trois reprises ?"

Interpellé par l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, a transmis à l'assurance-invalidité, en août 2011, un rapport de consultation du 19 juin 2007, date à laquelle il avait vu l'assurée pour la dernière fois. Il mentionnait que le seul diagnostic qu'il pouvait poser était une suspicion de syndrome du défilé des scalènes et éventuellement du défilé costo-thoracique fonctionnel, sans déficit, qui après au moins sept ans d'évolutions et trois examens neurologiques et neurographiques, ne montrait toujours aucune anomalie. Selon lui, on pouvait être sûr qu'il n'y avait rien de grave et que le seul traitement possible était une physiothérapie adaptée à la correction de la position des épaules.

A la suite d'une consultation le 2 août 2011, la Dresse J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les

diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble somatoforme (F45.9). Le traitement de l'assurée consistait en une psychothérapie de soutien avec l'instauration d'un traitement anti-dépressif (Efexor) visant à améliorer la problématique anxieuse et somatoforme. La Dresse J. _____ énumérait, à titre de restrictions, des troubles mnésiques devant être investigués et des douleurs articulaires, qui se manifestaient lorsqu'elle devait porter les enfants ou faire des rangements. La psychiatre mentionnait qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité d'exercer l'activité d'accueillante en milieu familial (cf. rapport du 24 août 2011).

Un examen neuropsychologique a été réalisé le 11 août 2011, au Service de neuropsychologie et logopédie de la Clinique [...]. La psychologue et la logopédiste qui ont procédé à l'examen ont conclu leur rapport en ces termes:

"L'examen réalisé auprès de cette patiente de 44 ans, inquiète et présentant des signes manifestes d'anxiété, montre de bonnes performances aux épreuves neuropsychologiques, sans déficit objectif. Les plaintes subjectives de Mme K. _____ concernant sa mémoire et les difficultés rencontrées dans son quotidien sont vraisemblablement à mettre en relation avec des facteurs thymiques et avec un état d'épuisement dans le cadre d'une fibromyalgie connue. Dans ce contexte, la poursuite du soutien psychothérapeutique récemment mis en place est fortement indiquée."

Par avis du 14 octobre 2011, le Dr F. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique aux fins de respecter les exigences de la jurisprudence sur le trouble somatoforme douloureux.

L'expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assurée le 28 mars 2012. Dans son rapport du 16 avril suivant, l'expert a retenu le seul diagnostic psychiatrique de trouble d'anxiété généralisée (F41.1), excluant un trouble de la personnalité et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il précisait par ailleurs ce qui suit:

"En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assurée devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Actuellement, le soussigné n'a pas de propositions à formuler tant sur le plan médical que professionnel, puisqu'il ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Le pronostic à long terme n'est pas nécessairement mauvais, sachant qu'on ne relève pas de maladie psychiatrique grave chez Mme K._____.

Conclusions

[...] Mme K._____ fait remonter ses douleurs de l'appareil locomoteur à de nombreuses années. C'est pourtant depuis 2010 que celles-ci se sont majorées et que la présentation clinique est allée vers ce que désigne le concept de fibromyalgie.

Sur le plan psychiatrique stricto sensu, le soussigné ne constate qu'un trouble anxiété généralisée. Dans le cas présent, il considère qu'il n'y a pas de motifs de lui conférer valeur incapacitante en soi.

En l'état, le soussigné ne retient dès lors pas d'incapacité de travail psychiatrique. Il n'y en a jamais eue. Il n'a pas de propositions à formuler tant sur le plan médical que professionnel."

Examinant les différents avis médicaux au dossier, le SMR a considéré, dans un rapport du 15 mai 2012, que le diagnostic de fibromyalgie posé par le rhumatologue excluait celui de trouble somatoforme, même s'il s'agissait d'un syndrome apparenté. Il n'apparaissait finalement aucun critère incapacitant selon la jurisprudence relative aux troubles somatoformes et troubles apparentés. Par ailleurs, s'il existait bel et bien un trouble anxieux généralisé, celui-ci était récent (2010) et jugé non incapacitant de par sa gravité qualifiée de légère par le Dr L._____. En conclusion, il n'était retenu aucune atteinte à la santé invalidante chez l'assurée.

B. Par préavis du 8 juin 2012, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. La motivation suivante était exposée:

"Selon l'expertise du Dr L. _____ du 28 mars 2012, vous ne présentez pas de comorbidité psychiatrique à votre trouble somatoforme douloureux.

Vous ne réunissez pas non plus plusieurs des autres critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

En effet, vous ne présentez pas d'affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé et il n'y a pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art.

Sur le plan juridique, on doit donc nier qu'une mise en valeur de votre capacité de travail ne puisse plus être exigée de vous à 100%.

Votre trouble somatoforme douloureux ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI."

L'assurée a contesté ce projet de décision le 26 juin 2012, alléguant notamment ne pouvoir travailler au-delà de 50%. Elle expliquait par ailleurs avoir des difficultés à assumer les tâches ménagères et ne plus pouvoir exercer certaines activités, eu égard aux douleurs aux mains et aux coudes. Finalement, elle mentionnait que les médecins n'avaient pas encore trouvé de solution pour soulager ses douleurs et que la consultation de psychiatres était sans raison puisqu'elle ne déprimait pas.

Par décision du 11 septembre 2012, dont la motivation était identique au préavis, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations.

C. K. _____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par recours du 28 septembre 2012, en concluant implicitement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. En substance, elle expose que l'OAI n'a pris en considération que les symptômes de fibromyalgie alors qu'elle présente des douleurs au dos, aux mains et aux jambes ainsi que des problèmes gynécologiques et d'incontinence. Elle conteste en outre la valeur probante de l'expertise psychiatrique, au motif qu'elle n'a été évaluée qu'au cours d'une seule séance et qu'elle n'a pu tout expliquer, en raison de sa mémoire qui lui faisait défaut et de la peine à ressasser des faits passés.

Dans sa réponse du 6 décembre 2012, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 9 décembre 2012, la recourante soutient souffrir de troubles invalidants dus à la fibromyalgie, au syndrome somatoforme douloureux, à l'anxiété généralisée, aux incontinences, aux dysesthésies des membres inférieurs et des mains. Elle argue que son incapacité de travail est de 50% et qu'elle subit une incapacité de gain du même ordre, depuis le dépôt de sa demande de prestations à l'OAI. Elle réitère ses griefs à l'encontre de l'expertise du Dr L._____, précisant que ce dernier était partial, n'ayant absolument pas tenu compte des pathologies dont elle souffrait, à l'exception de la fibromyalgie. A cet égard, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre et indépendante. Finalement, elle précise ses conclusions, demandant la réforme de la décision litigieuse et l'octroi d'une rente d'invalidité à titre principal, et l'annulation de la décision et le renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision, à titre subsidiaire. Elle dépose en outre différents rapports médicaux établis entre 2000 et 2008.

Le 20 décembre 2012, l'intimé confirme sa position.

Par courrier du 12 mars 2013 adressé céans, la recourante mentionne avoir dû arrêter les cours qu'elle suivait en vue d'obtenir un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante socio-éducative. Elle explique avoir dû accepter des remplacements en plus de son activité à 50%, que le travail et la conduite la fatiguent énormément et qu'il lui est dès lors impossible d'étudier en rentrant le soir. Elle ajoute que l'octroi d'une rente d'invalidité lui permettrait d'obtenir de l'aide d'un tiers pour son ménage et qu'en poursuivant son activité au taux de 50%, elle pourrait se reposer les autres jours et passer du temps avec ses enfants.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) 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). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA; art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'intimé a notamment considéré, en se fondant sur le rapport d'expertise établi le 16 avril 2012 par le Dr L._____, que l'atteinte à la santé présentée par la recourante n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. La recourante conteste cette appréciation et allègue ne plus être apte à travailler au-delà de 50%. Les constatations du Dr L._____ sont d'autant moins pertinentes pour statuer, selon la recourante, qu'elles reposent sur une expertise "partielle et partielle".

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; 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 (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 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). 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. Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, 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 cons. 3.4).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

aa) Selon le Tribunal fédéral, 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 maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que 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).

bb) 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).

d) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée).

4. En l'espèce, l'intimé a accordé pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr L. _____ du 16 avril 2012. En se fondant sur les

conclusions de ce médecin, il a admis que la recourante conservait une capacité de travail entière, qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux et que l'intéressée ne présentait pas d'affections corporelles chroniques distinctes du trouble somatoforme douloureux. Quant aux autres critères que la jurisprudence a posés pour apprécier le caractère invalidant d'un tel syndrome, l'intimé a considéré qu'il n'y avait ni perte d'intégration sociale, ni état psychique cristallisé, ni échec des traitements.

a) Le Dr L. _____ retient un trouble anxiété généralisée. Ce diagnostic, posé après examen des critères définis par la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) et le DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), est bien étayé. Les symptômes de trous de mémoire, troubles du sommeil, fatigabilité et sensation d'être à bout sont notamment pris en considération. Le Dr L. _____ note par ailleurs qu'une partie des douleurs de l'assurée peut relever de la tension musculaire fréquemment observée dans le trouble anxiété généralisée. Cela étant, il exclut un trouble de la personnalité, précisant que l'impression donnée par l'assurée d'une certaine fragilité, d'une souffrance psychique itérative et d'un certain degré d'instabilité relèvent de ce que désigne déjà le trouble anxiété généralisée. Au demeurant, il précise que la recourante ne rapporte pas de symptomatologie véritablement dépressive, qu'elle n'est pas triste et garde le plaisir et l'intérêt aux choses ordinaires de la vie.

Le Dr L. _____ examine ensuite le diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie, appliquant de ce fait la grille d'appréciation dévolue aux troubles somatoformes et apparentés (cf. consid. 3c/aa supra).

Le Dr L. _____ retient comme comorbidité psychiatrique le trouble anxiété généralisée, considéré comme n'étant pas exceptionnellement sévère et n'ayant pas de valeur incapacitante en soi. A cet égard, il précise que ce trouble ne s'est ouvertement manifesté qu'au début des années 2010 et qu'il n'a jamais été grave sur la durée.

Selon lui, il n'y a pas de raison de considérer le trouble anxiété généralisée à part de ce que désigne déjà le concept de fibromyalgie en termes de limitations potentielles et de conférer à ce trouble des limitations et une incapacité de travail en soi. S'agissant des autres critères, le Dr L. _____ considère, à la lecture du dossier médical en sa possession, que la recourante ne souffre pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu. S'il ne néglige pas les douleurs décrites comme diffuses par l'assurée et touchant l'ensemble de l'appareil locomoteur, il relève que ces douleurs se sont globalement stabilisées depuis deux ans, avec des hauts et des bas, et qu'elles n'ont pas empêché l'assurée de travailler à 100% environ jusqu'en été 2011. Par ailleurs, la recourante ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie; il résulte en effet de l'expertise que la recourante partage des liens avec sa famille et conserve un réseau social qualifié de suffisant. Le Dr L. _____ ne retient pas un processus maladif de longue durée puisque les troubles actuels ne se sont imposés dans leur présentation actuelle que depuis 2010. S'agissant de la résistance aux traitements selon les règles de l'art, la recourante ne semble pas s'engager dans le traitement psychiatrique. Elle a consulté brièvement et à quelques reprises, avant de faire l'objet d'un suivi psychiatrique plus régulier depuis le mois de juillet 2011 avec la Dresse J. _____, suivi qu'elle a finalement interrompu. En outre, l'observance de la médication n'est pas des meilleures, la recourante ayant admis lors de l'expertise ne pas être très régulière dans la prise de ses médicaments. Enfin, en ce qui concerne l'état psychique cristallisé, l'expert considère qu'il est un peu tôt pour admettre la réalisation de ce critère. S'il lui semble que la recourante se dirige vers une certaine chronicisation de sa présentation clinique, il est selon lui tôt pour parler d'état cristallisé, deux après le début des troubles dans leur présentation actuelle.

La présomption que le trouble somatoforme/fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée. C'est d'ailleurs ce que constate l'expert qui conclut à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique.

b) L'avis du Dr Z. _____ tout comme celui de la Dresse J. _____ - laquelle a au demeurant été sollicitée par le Dr L. _____ dans le cadre de l'expertise - ne sont pas de nature à mettre en doute l'appréciation de l'expert psychiatre.

En juin 2011, le Dr Z. _____ note la présence d'une anxiété généralisée et d'un syndrome dépressif léger, la symptomatologie étant entretenue par un syndrome douloureux somatoforme. Il ne constate pas de bizarreries du comportement, pas de trouble du cours de la pensée ni de symptôme de la lignée psychotique. Quant à la Dresse J. _____, elle pose le diagnostic d'anxiété généralisée et retient un trouble somatoforme. Elle n'évalue pas la capacité de travail mais mentionne que l'intéressée est handicapée par des douleurs articulaires et des troubles mnésiques devant être investigués. Aucun de ces deux spécialistes en psychiatrie n'expose au demeurant de raisons qui conduiraient à qualifier le trouble anxiété généralisée ou le trouble somatoforme d'invalidant.

c) La recourante s'en prend aux conclusions de l'expertise psychiatrique du 28 mars 2012, faisant grief au Dr L. _____ d'avoir ignoré les différents troubles invalidants qu'elle présente et de s'être penché sur les seuls symptômes de la fibromyalgie. A son avis, il aurait dû être tenu compte de ses douleurs au dos, aux mains et aux jambes qui perduraient depuis plusieurs années.

En l'occurrence, le Dr L. _____ relate, sous la rubrique "plaintes actuelles", les douleurs invoquées par la recourante. Il mentionne des douleurs particulièrement marquées dans les mains, les jambes, les orteils et la région lombaire qui varient au cours de la journée et de jour en jour. Il précise par la suite que les douleurs, apparues dès l'adolescence, se sont exacerbées et étendues depuis 2010, et que le rhumatologue a de ce fait admis le diagnostic de fibromyalgie.

En effet, le Dr M. _____ estime que la fibromyalgie ne peut être remise en cause; cependant, il estime qu'elle n'est pas invalidante

dans la mesure où elle ne justifie pas une incapacité de travail de plus de 20%. Il retient par ailleurs des difficultés à desserrer les doigts et lâcher des objets, qui peuvent selon lui être l'expression de la fibromyalgie mais préconise un avis neurologique. Le Dr P._____, neurologue, pose comme seul diagnostic une suspicion de syndrome du défilé des scalènes et éventuellement du défilé costo-thoracique fonctionnel, sans déficit, qui ne montrait aucune anomalie après sept ans d'évolutions et trois examens neurologiques et neurographiques. Il ne retient par ailleurs aucune anomalie aux membres supérieurs et inférieurs. Cette appréciation rejoint celle du Dr W._____ émise en 2007, lequel relatait les dysesthésies douloureuses de la recourante, intéressant les membres supérieurs et inférieurs depuis près de vingt ans, mais aucune lésion spécifique n'avait été mise en évidence par les nombreuses investigations réalisées tant sur le plan neurologique que radiologique. Il ne relevait aucun élément en faveur d'une atteinte inflammatoire de quelque articulation que ce soit, aussi bien au niveau des membres inférieurs que des membres supérieurs. Le Dr W._____ exposait finalement, au vu de l'ensemble du bilan effectué, de l'anamnèse et de l'examen clinique, n'avoir aucun argument pour retenir une affection rhumatismale spécifique. La seule affection qui se rapprochait de la description présentée par l'intéressée était celle d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique. De surcroît, l'examen neuropsychologique réalisé en août 2011 à la Clinique [...] montre de bonnes performances aux épreuves neuropsychologiques sans déficit objectivé. Il est précisé que les plaintes subjectives sont vraisemblablement à mettre en relation avec des facteurs thymiques et un état d'épuisement dans le cadre d'une fibromyalgie connue.

A l'aune de ce qui précède, il appert qu'aucun avis médical ne permet de retenir que la recourante présente, au plan somatique, une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Contrairement à ce que soutient la recourante, ses plaintes ont été prises en compte par le Dr L._____ dans le cadre de son expertise. Il n'a au demeurant pas été reconnu d'affection corporelle chronique grave, ce que les différents avis médicaux précités ne réfutent pas.

5. Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr L._____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents (cf. consid. 3d supra) et est convaincant. Les avis médicaux figurant au dossier ne remettent pas en cause le diagnostic psychiatrique de l'expert ni l'incidence de l'affection psychique sur la capacité de travail.

a) La recourante confond les notions d'incapacité de travail et d'incapacité de gain, eu égard notamment à l'interprétation qu'elle fait de l'art. 28 LAI. Par ailleurs, elle allègue ne pas être apte à travailler au-delà de 50% et reconnaît ne pas disposer de certificat médical susceptible d'attester son propos. Les différents rapports médicaux déposés céans n'apporte au demeurant aucun élément dans ce sens et on ne voit pas en quoi ses problèmes gynécologiques et d'incontinence seraient invalidants au sens de la LAI. De surcroît, elle n'explique pas en quoi sa capacité de gain serait diminuée. Le courrier du 12 mars 2013 adressé céans n'est en outre pas sujet à modifier cette appréciation. La recourante fait état d'une fatigue importante en raison de son activité à 50%, des remplacements qu'elle effectue ainsi que de la tenue de son ménage bien qu'elle obtienne l'aide de son mari, et déplore le manque de temps à consacrer à ses enfants. Or ces éléments ne sont pas de nature à justifier une invalidité.

Cela étant, dans la mesure où elle ne présente aucune incapacité de travail médicalement reconnue, la question de l'incapacité de gain est sans objet.

b) La recourante conteste en outre que l'expertise du 28 mars 2011 ait pleine valeur probante eu égard au fait qu'elle n'a été examinée qu'au cours d'une seule séance. La durée de l'expertise ne saurait remettre en question la valeur probante du travail du Dr L._____. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4). Il a ainsi été estimé qu'un examen clinique d'une heure effectué par un médecin ne suffit pas à remettre en question la valeur de son travail (TF I 1084/2006 du 26 novembre 2007 consid.4).

La durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante du rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1).

De surcroît, la recourante allègue que l'expert n'était pas à son écoute et qu'elle n'a pu tout lui expliquer, sa mémoire lui faisant défaut. Dans son rapport d'expertise, le Dr L. _____ écrit que l'assurée "a bien saisi la situation d'expertise. Elle répond correctement aux questions posées. La collaboration est bonne. L'examen se passe dans de bonnes conditions. [...] Le cours de la pensée est rigoureusement normal. Les associations d'idées sont bonnes." A cet égard, il y a lieu de préciser que la recourante se devait d'invoquer un éventuel problème avant que l'expertise ne soit rendue – à tout le monde en procédure d'opposition –, conformément au principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]) selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b; 111 V 149 consid. 4c).

c) A l'aune de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que la recourante présente une capacité de travail entière, aucune atteinte à la santé n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant. L'expertise n'a révélé aucun élément objectivable pour justifier une incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique et l'effort de l'assurée à surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps paraissait raisonnablement exigible. Dans ces conditions, l'incapacité de travail durable alléguée par l'assurée ne peut être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Une nouvelle expertise ne conduirait par ailleurs pas, selon toute probabilité, à une constatation différente.

Il s'ensuit que la recourante ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Ainsi, la demande d'expertise présentée par la recourante, de même que ses conclusions sur le fond, doivent être rejetées.

En dérogation de 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; 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 du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 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 11 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- K. _____
- 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 :