

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 décembre 2014

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Berberat  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Emmanuel Rossel, avocat à Morges,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1953 en Turquie, arrivée en Suisse en 1971, sans formation, travaillait comme accueillante en milieu familial pour l'association U.\_\_\_\_\_. Elle s'est trouvée en incapacité totale de travailler dès le 28 avril 2009. Son assurance d'indemnités journalières, la G.\_\_\_\_\_ assurances (ci-après : la G.\_\_\_\_\_ assurances), a rempli un formulaire de détection précoce de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en août 2009. Elle a joint au formulaire plusieurs certificats médicaux attestant de périodes d'incapacité de travail entière entre avril et juillet 2009.

L'assurée a été convoquée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office ou l'intimé) pour un entretien le 1<sup>er</sup> septembre 2009. Du procès-verbal de cet entretien il ressort que l'assurée, de ses propres dires, souffrait de fibromyalgie et de dépression. Elle avait eu une première douleur à la tête début 2008. Son mari l'avait emmenée au Centre Z.\_\_\_\_\_, qui n'avait posé aucun diagnostic. Des douleurs étaient survenues en été 2008, puis en avril 2009. Un scanner et une IRM avaient été faits, mais aucun diagnostic n'avait été posé. Son état s'était détérioré depuis l'apparition du problème. Elle dormait mal et n'avait plus de forces. Elle restait couchée à la maison et se promenait un peu avec son mari. A la question « pensez-vous pouvoir reprendre votre travail à temps complet ? », l'assurée a répondu oui, mais qu'elle n'avait pas confiance en elle et ne savait pas dans quel laps de temps. Pour rendre cela possible, elle avait « besoin de guérir ». Elle pensait pouvoir accomplir toutes les tâches de son travail, qu'elle aimait et souhaitait continuer. L'OAI a précisé au procès-verbal que l'assurée ne démontrait aucune motivation à rentrer dans une démarche. Il a considéré que selon l'expérience, l'atteinte à la santé de l'assurée aurait probablement pour conséquence une incapacité de travail d'au moins 60 jours. Il a encore noté que l'on ne signalait pas d'absences régulières ou répétées de courte durée, que l'on n'était pas en présence d'une atteinte physique à la santé conduisant à une limitation partielle de

la capacité de travail dans l'activité habituelle, que l'on ne signalait pas d'absences répétées d'une certaine durée dues à des problèmes psychiques et qu'il n'existait pas de risque de chronicisation.

Par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2009, l'OAI a informé l'assurée, qu'au vu de l'entretien du même jour, le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué. En effet, une reprise de son ancienne activité pouvait être envisagée dans un proche avenir et ce sans aucune limitation fonctionnelle. La procédure de détection précoce a dès lors été clôturée.

**B.** Par courrier du 7 décembre 2010, la G.\_\_\_\_\_ assurances a informé l'OAI du fait que leur assurée commune était toujours en incapacité de travail totale. Elle a ainsi prié l'Office de réactiver la procédure de détection précoce.

La G.\_\_\_\_\_ assurances a ensuite transmis à l'OAI un rapport d'expertise psychiatrique établi le 15 novembre 2010 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, fondé sur un examen de l'assurée en présence d'une traductrice professionnelle et sur les rapports médicaux des médecins traitants, soit le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au Centre Z.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ainsi que la Dresse R.\_\_\_\_\_. De ce rapport, on extrait ce qui suit :

« 3. STATUS OBJECTIF SUR L'ÉTAT DE SANTE ACTUEL ?

3.1. Status psychique :

Mme P.\_\_\_\_\_ se présente ponctuellement au rendez-vous. Elle est physiquement bien soignée, bien coiffée avec des mèches colorées. La tenue vestimentaire est correcte et soignée.

Elle est orientée sur sa propre personne, quant au lieu, au temps et à la situation.

L'attention et les capacités de concentration sont conservées. Les fonctions mnésiques concernant la mémoire à court et à long terme ne montrent cliniquement aucune diminution ou déficit. Les plaintes sur quelques problèmes de concentration sont à interpréter comme une pseudodémence dans le cadre de l'affection psychique actuelle.

Le cours de la pensée est bien organisé, le niveau intellectuel semble très bas mais dans la norme avec une scolarisation minimale de 3 ans en Turquie. Le

niveau linguistique est bon selon les confirmations de la traductrice professionnelle. Mme P.\_\_\_\_\_ parle très vite et fort. Elle décrit des ruminations quant à son état de santé et des craintes hypocondriaques.

Le contenu de la pensée montre une fixation maximale sur la souffrance actuelle, au 1<sup>er</sup> plan sur ses maux de têtes, des douleurs dans la nuque, les jambes ainsi que des vertiges et d'autres malsensations qu'elle détaille de manière dramatique. On ne note aucun élément de la lignée psychotique, telles que des idées délirantes, des hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques. On ne met pas en évidence un trouble du moi, ni de phénomène comme une dépersonnalisation ou une déréalisation.

La thymie ne semble que légèrement déprimée. L'assurée est avant tout très plaintive et fixée sur ses douleurs et ses problèmes physiques. Dès le début de l'entretien elle est bien ouverte et abordable et profite de parler en détails de toutes ses douleurs. Elle demande à la fin de l'examen au référent de l'ausculter et de l'examiner physiquement. Le rapport affectif est facile à établir. Mme P.\_\_\_\_\_ décrit des sentiments d'angoisse liés à ses plaintes physiques ainsi que des crises de panique et d'hyperventilation qui se sont déroulées dans le passé. Cependant la médication anxiolytique sous la forme de Temesta n'est prise qu'en réserve environ 4 à 5x par semaine.

La motricité est dans la norme, la psychomotricité est très vive en mimiques et en gestes. L'assurée bouge les bras et gesticule lors de la description de ses plaintes parfois de manière théâtrale et histrionique.

La conscience morbide est très grande concernant son atteinte physique, la conscience morbide d'une maladie psychique est plutôt secondaire.

Mme P.\_\_\_\_\_ est contente de sa prise en charge psychiatrique qu'elle a débuté il y a quelques mois avec une à deux séances par mois. Elle confirme une prise régulière de la médication prescrite.

Elle n'est pas suicidaire.

[...]

##### 5. AVEZ-VOUS DES REMARQUES A FORMULER CONCERNANT LES INVESTIGATIONS, LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC DE L'AFFECTION ACTUELLE ?

Considérant les fortes plaintes de l'assurée concernant des douleurs dans quasiment tout le corps, surtout dans la tête, la nuque et les jambes, sa grande fixation sur ses douleurs avec une autolimitation importante, étant à l'origine d'une incapacité de travail totale attestée depuis le 29 avril 2009, le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant se confirme selon la définition de la CIM-10 :

"la plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins".

Face à cette définition, il semble important de souligner encore une fois le fait que l'existence des probables céphalées et des douleurs ostéo-articulaires ou musculaires dans les extrémités ne sont pas entièrement remises en question, mais c'est l'intensité des plaintes de l'assurée avec une autolimitation importante qui semble fortement démesurée et peu adéquate face à une éventuelle affection physique objectivable. Apparemment tous les examens médicaux effectués jusqu'à ce jour n'ont pas relevé une maladie objectivement grave et invalidante comme décrite par l'assurée.

Selon les critères Mosimann [...], dès lors que l'on attribue une incapacité de travail à ce type de douleurs, il convient encore d'envisager une comorbidité psychiatrique d'une certaine acuité et durée, une maladie chronique somatique concomitante, la durée de la maladie avec une symptomatologie progressive et inchangée, une perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie, l'état psychique cristallisé (bénéfice primaire) sans évolution possible au plan thérapeutique et cela malgré une bonne coopération du patient. Plus ces critères s'appliquent au patient, plus ce dernier est considéré comme vraiment incapable de travailler malgré un effort de sa part exigible [...].

Par conséquent, afin d'évaluer l'incapacité de travail de Mme P.\_\_\_\_\_, il faut appliquer ces critères sur sa situation actuelle.

Concernant une éventuelle comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, on constate que l'anamnèse psychiatrique de l'assurée est vide. Mme P.\_\_\_\_\_ dit ne pas avoir souffert de symptôme psychiatrique auparavant et se décrit comme une personne qui malgré ses problèmes physiques a toujours travaillé, ayant assumé entre autres un emploi dans une cafétéria, dans une fabrique de livres, dans un magasin de fleurs, et récemment comme maman de jour. Malgré les recommandations de ses médecins traitants, elle n'a commencé sa prise en charge psychiatrique qu'il y a quelques mois. Jamais elle n'a sollicité le soutien d'un psychiatre auparavant. Dans sa famille il n'y a pas de maladie psychiatrique à identifier.

Dans son état psychique actuel, Mme P.\_\_\_\_\_ présente quelques symptômes qui pourraient également être interprétés comme les symptômes d'un trouble anxieux ou dépressif. Pourtant tous ces symptômes se sont clairement manifestés suite à des plaintes et des problèmes physiques, surtout les douleurs dans la nuque, la migraine et les malsensations que l'assurée décrit déjà depuis des années et qui ont déjà engendrés de nombreuses consultations aux urgences avec des traitements médicamenteux, ceci jusqu'à ce jour sans aucun effet.

Ce sont ces douleurs qui sont maintenant déjà depuis plusieurs années pratiquement constamment au centre de toutes les attentions de l'assurée. Mme P.\_\_\_\_\_ organise toute sa vie quasiment autour de ses douleurs et de ses faiblesses et présente une autolimitation importante. Il est donc justifié d'interpréter tous ces symptômes "dépressifs" comme appartenant à la symptomatologie de son trouble somatoforme persistant. Ces symptômes, surtout une certaine tension interne, une irritabilité avec des angoisses et des crises de panique sont à interpréter comme le "sentiment de détresse" tel que précisé dans la définition de la CIM-10 pour le trouble douloureux somatoforme persistant.

Dans aucun cas, le diagnostic d'un vrai épisode dépressif ou d'un trouble dépressif récurrent selon le concept d'une dépression majeure selon les critères de la CIM-10 F32 ou F33 n'est justifié, ni le diagnostic d'un vrai trouble anxieux généralisé. A noter aussi que les symptômes purement anxieux et dépressifs de l'assurée semblent plutôt légers comparés à toutes ses plaintes somatiques et

son autolimitation importante. Ces symptômes correspondent clairement aux "sentiments de détresse non expliqués entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux" telle que la définition du trouble somatoforme le précise. A rappeler que l'assurée se plaint d'avoir grandi dans des conditions familiales difficiles et très traditionnelles avec une scolarisation minimale de 3 ans seulement, d'avoir dû accepter un mariage arrangé avec une immigration en Suisse déjà durant l'adolescence. Malgré un séjour en Suisse de 30 ans, ses connaissances linguistiques sont rudimentaires, son contact se limite à sa famille ainsi qu'à des amis parlant turc. Malgré ses descriptions d'une vie de famille plutôt harmonieuse, la Dresse R. \_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 19 août 2010 un conflit entre son fils et sa fille. En plus, Mme P. \_\_\_\_\_ avoue être déçue que sa fille n'ait aucune compréhension par rapport à sa maladie.

L'évolution et le pronostic d'un trouble somatoforme ainsi que déjà le risque de développer un tel trouble est fortement lié à la structure de la personnalité prémorbide de la personne concernée. Quant à la personnalité de l'assurée, on peut constater qu'elle présente des traits de personnalité émotionnellement très immatures, très dépendants et d'une allure très histrionique. Le niveau intellectuel semble plutôt bas avec une scolarisation minimale. Pourtant vu que Mme P. \_\_\_\_\_ a pu maintenir un certain niveau de fonctionnement psychosocial durant des années sans avoir exprimé de souffrance psychique, les critères d'un vrai trouble de la personnalité ne sont certainement pas remplis et il faut évaluer ses traits de personnalité comme des traits accentués. La psychiatre traitante [la Dresse R. \_\_\_\_\_] n'évoque pas non plus le diagnostic d'un vrai trouble de la personnalité, ceci après une observation de plusieurs mois.

En résumant ce qui précède, aucune comorbidité psychiatrique n'est à reconnaître.

Une maladie chronique somatique concomitante sévère n'est pas à objectiver selon les descriptions de l'assurée et les rapports médicaux mis à disposition.

Quant à une perte d'intégration sociale, on ne peut pas objectiver de retrait social complet et entièrement lié à la maladie. L'assurée vit depuis toujours en contact étroit avec sa famille et quelques amis qu'elle voit régulièrement. Accompagnée par ses amis, elle quitte régulièrement la maison, et au printemps 2009, elle s'est rendue en Turquie. Cette année, elle n'avait pas les moyens financiers pour se permettre un tel voyage. A part sa maladie, il y a des facteurs non liés à la maladie surtout sociaux et culturels qui jouent un rôle important dans la situation actuelle. D'autre part une activité professionnelle régulière engendre automatiquement une meilleure intégration sociale assurant des contacts réguliers avec des collègues. En résumant ce qui précède, une perte d'intégration sociale importante n'est pas à objectiver.

Si l'on interprète un trouble somatoforme comme le résultat d'une mauvaise gestion d'un conflit non résolu, selon les théories de la névrose, on ne peut pas attester un vrai "état psychique cristallisé" en considérant qu'une prise en charge psychiatrique n'a commencé qu'il y a quelques mois. Mme P. \_\_\_\_\_ confirme une bonne relation thérapeutique avec sa psychiatre traitante qu'elle voit régulièrement. Jusqu'à présent les options thérapeutiques ne sont pas encore épuisées. Le traitement antidépresseur se limite à 25 mg d'Anafranil le soir, dosage qui semble trop bas. Considérant l'autolimitation importante de l'assurée, une prise en charge plus complexe et intense, par exemple dans le cadre d'un hôpital de jour, même une hospitalisation semblent encore des options à recommander afin de permettre à l'assurée de surmonter son déconditionnement débutant et de sortir de son cadre de vie hyperprotégé.

Il est toujours difficile et parfois délicat de se prononcer sur le bénéfice secondaire d'une maladie dans la situation d'une expertise avec un seul contact avec la personne. Cependant, il est visible que l'assurée vit depuis longtemps une situation psychosociale très difficile. Sa problématique actuelle lui apporte sans doute une attention accrue de la part de sa famille ainsi qu'une décharge importante telle que définie aussi par la CIM-10 pour un trouble douloureux somatoforme persistant.

C'est un problème bien connu dans le cadre d'une expertise de devoir différencier une exagération dans la description des plaintes caractéristiques de la maladie elle-même et une véritable aggravation. Dans le cas présent, à part la souffrance qui existe certainement chez l'assurée, on trouve également une attitude souvent très démonstrative et une tendance à l'aggravation et à l'exagération.

Mme P. \_\_\_\_\_ exprime clairement sa conviction de ne pas être capable de travailler et se montre convaincue d'avoir droit aux prestations de l'assurance. Une grande demande de reconnaissance de sa souffrance et de son parcours de vie professionnel et privé objectivement difficile et touchant, deviennent clairement visibles. S'y ajoute une certaine colère contre quelques médecins qu'elle a rencontrés dans le cadre de ses consultations en urgence et qui selon ses dires, ne la prenaient pas au sérieux.

Si cette attitude, et surtout la demande d'une reconnaissance de sa souffrance semblent peut-être compréhensibles du point de vue subjectif de l'assurée, l'évaluation dans le cadre de cette expertise doit se baser sur des facteurs et des éléments répondant à la question de savoir si l'assurée est capable de travailler en mobilisant toute sa bonne volonté et sa coopération afin de surmonter ses troubles psychiques. L'aspect financier lié à sa capacité de gagner un salaire suffisant n'est pas à prendre en considération, ni les limitations résultant d'une éventuelle affection physique concomitante.

Quant à la capacité de travail de l'assurée, on peut donc conclure que du point de vue purement psychiatrique Mme P. \_\_\_\_\_ sera capable de reprendre progressivement le travail en mobilisant toute sa bonne volonté et ses forces. Aucun des critères de Förster tel que cité au-dessus ne sont remplis pour l'instant. Afin d'éviter une chronification de la symptomatologie, une reprise progressive le plus rapidement possible est souhaitable afin que l'assurée surmonte son déconditionnement qui s'est déjà installé.

Quant à la prise en charge, une intensification avec une augmentation du dosage de l'antidépresseur et une intégration dans une structure journalière, par exemple un hôpital de jour semblent indiquées si l'assurée ne trouve pas de travail dans un bref délai.

En résumant ce qui précède, une reprise est exigible au moins à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au plus tard avec une augmentation progressive. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au plus tard, la capacité de travail est à nouveau à considérer comme entière.

Cependant, considérant tous les facteurs sociaux et culturels non liés à la maladie ainsi que la grande demande de reconnaissance, les traits d'une personnalité émotionnellement immatures et histrioniques et l'autolimitation importante, le pronostic même de moyen à long terme semble plutôt réservé. »

Concernant la capacité de travail, le Dr J.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit :

« Considérant ce qui précède, l'incapacité de travail n'est pas justifiée du point de vue purement psychiatrique. L'assurée souffre d'un trouble somatoforme persistant qui n'est pas à considérer comme invalidant. Etant donné que l'assurée a profité d'une attestation d'une incapacité de travail totale durant 1 ½ an et qu'un déconditionnement s'est installé entre-temps, une reprise progressive débutant à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010 est à recommander. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, il n'y a plus d'incapacité de travail à reconnaître du point de vue psychiatrique. »

**C.** Au vu du rapport d'expertise précité, le médecin-conseil de la G.\_\_\_\_\_ assurances a considéré qu'une reprise du travail était possible à 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et à 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (cf. notamment courrier du 24 novembre 2010 adressé à la Dresse R.\_\_\_\_\_). Le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est opposé à cette appréciation par courrier du 7 décembre 2010 adressé au médecin-conseil. Il lui semblait qu'en raison de l'état de santé de sa patiente, essentiellement son problème d'état dépressif, une reprise de travail même partielle n'était pas possible. Dans un certificat médical du 2 décembre 2010, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail entière du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2010.

Selon un décompte de prestations du 7 mars 2011, la G.\_\_\_\_\_ assurances a finalement versé à l'assurée des indemnités journalières correspondant à un taux d'incapacité de 100 % du 12 mai 2009 au 14 juin 2009 et du 21 juillet 2009 au 30 novembre 2010 (l'assurée ayant travaillé du 15 juin au 20 juillet 2009, cf. questionnaire pour l'employeur du 10 mars 2010 infra let. E), puis à 50 % du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 31 décembre 2010.

**D.** Par courrier du 4 février 2011, l'OAI a informé l'assurée que le dépôt d'une demande de prestations AI était nécessaire. L'assurée a dès lors rempli le formulaire de demande idoine le 22 février 2011. Elle y a mentionné les atteintes suivantes : cervico-dorsalgies, brachialgies droites, migraines, hypertension artérielle, tunnel carpien droit et état anxio-dépressif.

**E.** Dans un questionnaire pour l'employeur, l'U.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 10 mars 2011, que l'assurée travaillait chez eux à temps complet depuis 1<sup>er</sup> octobre 2008. Elle avait travaillé jusqu'au 27 avril 2009, puis du 15 juin au 20 juillet 2009. Elle n'avait plus travaillé depuis.

A la demande de l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical, le 21 mars 2011. Il y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif chez une patiente à la personnalité avec des traits émotionnellement immatures, dépendants et histrioniques accentués, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'hypertension artérielle, de syndrome du tunnel carpien droit discret et de migraines. Il a précisé que la symptomatologie dépressive faisait suite à un tremblement de terre survenu en Turquie quelques années auparavant. L'assurée était connue pour ses problèmes de syndromes douloureux, d'hypertension artérielle, ainsi que pour ses migraines, depuis de nombreuses années. Il faisait par ailleurs le constat médical suivant :

« Patiente en bon état général, tension artérielle 145/90, pulsations 60/min, le status cardio-respiratoire est dans la norme. L'abdomen est souple, indolore, pas de masse pathologique palpable, pas d'organomégalie, les loges rénales sont sans particularité. L'examen neurologique est normal, l'examen locomoteur est sans particularité. »

Selon lui, le pronostic dépendait essentiellement du problème psychiatrique. L'incapacité était totale depuis le 21 juillet 2009. Il a joint à son rapport divers documents médicaux, dont un rapport du 9 juin 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel retenait qu'une intervention méritait d'être proposée à la patiente concernant le syndrome du tunnel carpien droit. Dans un rapport du 26 août 2009, il avait relevé un status neurologique rigoureusement normal. De son appréciation, on extrait ce qui suit :

« Sur le plan neurologique cette patiente mentionne un tableau de migraines sans aura, mais actuellement au second plan, sans nette récurrence depuis une année. Le tableau actuel est caractérisé par une humeur triste, des troubles du sommeil, des douleurs, qui peuvent être mis sur le compte d'un état dépressif qu'il convient de traiter. »

Ayant revu l'assurée le 24 mars 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_ avait rendu un rapport le même jour, dont l'appréciation est la suivante :

« Le status neurologique détaillé est normal. Il n'y a donc pas de pathologie neurologique sous-jacente à l'origine des plaintes de cette patiente, qu'on peut mettre sur le compte, d'une part d'une fibromyalgie qui semble prédominer sur l'hémicorps droit, et d'autre part un état dépressif, insuffisamment compensé avec la phytothérapie. Il existe également un syndrome du tunnel carpien à droite, mais discret, qui semble peu gênant, et qui à l'heure actuelle ne nécessite pas de mesures spécifiques. »

La Dresse R.\_\_\_\_\_ a également rendu un rapport à la demande de l'OAI, le 3 mai 2011. Elle y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de trouble panique (F41.0), ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble de personnalité obsessionnelle, dépendante et histrionique. Elle faisait le constat médical suivant :

« Patiente faisant son âge biologique, elle se présente régulièrement aux séances, de tenue hygiéno-vestimentaire correcte, elle est bien orientée sur tous les modes mais elle se montre méfiante (surtout au début), s'exprime avec un débit verbal normal et avec un certain maniérisme. L'intelligence semble dans les limites des normes et on ne note pas de troubles de la pensée ou de la lignée psychotique.

Elle se plaint en premier lieu de troubles somatoformes, ne comprenant pas pourquoi elle est adressée à une psychiatre. Puis elle commence à utiliser l'espace thérapeutique en évoquant tous ses traumatismes, difficultés et conflits lors des séances.

Elle est très anxieuse et doit souvent être rassurée (famille), même par téléphone. L'humeur est déprimée, elle pleure souvent en évoquant le passé. On note également une colère contre le corps médical qui n'arrive pas à la soigner, ainsi que ses proches (parents, frère, mari, enfants, belle-famille, etc.)

Elle n'a plus d'espoir pour le futur, elle n'a plus le goût et l'envie à la vie (sans scénario de suicide). Elle est victime d'une inquiétude, d'une préoccupation permanente sur sa santé, presque obsessionnelle, d'ailleurs on note qu'elle a des troubles obsessionnels de propreté et de l'ordre.

Elle souffre de troubles du sommeil et de mémoire.

Elle ne se sent pas reconnue dans ses souffrances physiques, humiliée, inutile et comme un poids pour sa famille, son entourage. Elle a une mauvaise image d'elle-même, celle d'une femme soumise. »

L'incapacité de travail était totale selon la Dresse R.\_\_\_\_\_, depuis le 2 décembre 2009 (date du début de sa prise en charge), pour une durée indéterminée et ne pouvait être réduite par des mesures médicales. Elle a énuméré les restrictions à l'exercice de l'activité habituelle suivantes :

- « - douleurs, migraines
- nervosité
- irritabilité
- crises de panique
- sur le plan affectif, la patiente n'arrive plus à mettre de limites entre les vraies difficultés des enfants (qu'elle gardait) et son vécu qui la renvoie vite à des conflits internes et une angoisse et tristesse
- troubles de mémoire et de la concentration (peur de faire des erreurs avec les enfants)
- troubles du sommeil (insomnies)
- grande fatigue
- peurs (de tout !) ».

Dans l'annexe psychiatrique au rapport, elle ajoutait encore des limitations fonctionnelles, dont des difficultés relationnelles, la peur de devenir hostile ou agressive, des difficultés liées aux tâches administratives, des difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, des difficultés d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation (crises de panique).

**F.** Par communication du 28 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée de son droit à l'orientation professionnelle.

L'OAI a vu l'assurée pour un entretien le 5 septembre 2011. Il est notamment noté au procès-verbal de cet entretien que l'assurée n'avait pas de motivation pour un projet professionnel. Des observations consignées par le conseiller de l'OAI, il ressort que ce dernier a expliqué à l'assurée que la fibromyalgie n'était pas forcément considérée comme invalidante. L'assurée a répondu qu'elle était au courant et que cela ne l'avait pas empêchée de travailler auparavant. C'était surtout les attaques de panique qui semblaient la gêner.

**G.** Consulté pour détermination sur le cas de l'assurée, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a rendu un rapport le 2 novembre 2011. Reprenant les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_, il a observé une incapacité de travail de 100 % à compter du 29 avril 2009, mais non fondée sur une incapacité objective, puis à retenu une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**H.** Le 11 avril 2012, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures d'ordre professionnel et de rente.

L'assurée s'est opposée au projet précité par l'intermédiaire de son mandataire, le 31 mai 2012. Elle a en premier lieu repris les conclusions de la Dresse R.\_\_\_\_\_ et du Dr X.\_\_\_\_\_. Elle a ensuite reproché au Dr J.\_\_\_\_\_ d'avoir sous-évalué la perte d'intégration sociale dont elle souffrait, ainsi que les répercussions des crises d'angoisse sur sa capacité de travail. En effet, elle ne sortait pratiquement jamais de chez elle si elle n'était pas accompagnée de son mari, elle ne supportait pas d'être seule et avait perdu totalement confiance en elle. Elle n'entreprenait aucune activité sociale par elle-même, et avec réticence. Il apparaissait selon elle à la lecture des réponses aux questions posées par l'assurance perte de gain que le Dr J.\_\_\_\_\_ s'était attaché à examiner uniquement les répercussions du syndrome somatoforme sur la capacité de travail, mais avait ignoré les autres diagnostics et limitations mentionnées par les médecins traitants, en particulier les observations de la Dresse R.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'assurée manquait de force et ne pouvait effectuer de travaux lourds. Aucune investigation n'avait été faite sur les limitations physiques et leurs répercussions sur la capacité de gain. Dans ces conditions, l'instruction du dossier lui apparaissait lacunaire. Elle priait l'OAI d'admettre que les affections dont elle souffrait étaient invalidantes et qu'elle ne pouvait plus travailler dans son domaine (maman de jour). La reprise d'une activité dans un autre domaine semblait également impossible au vu des limitations constatées par la Dresse R.\_\_\_\_\_, que ce soient les difficultés relationnelles, d'estime de soi, d'organisation, de concentration et de mémoire, dans l'accomplissement

des tâches administratives, les crises de panique ou l'hypersensibilité au stress.

Consulté pour déterminations sur l'opposition précitée, le SMR s'est prononcé par avis médical le 23 août 2012. Il a fait en premier lieu remarquer que le Dr J. \_\_\_\_\_ avait tenu compte d'un rapport de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 19 août 2010. Le Dr J. \_\_\_\_\_ exposait très clairement que les manifestations dépressives et anxieuses faisaient partie intégrante d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Il récusait formellement le diagnostic d'épisode ou de trouble dépressif récurrent, ou de trouble anxieux généralisé. Concernant les limitations somatiques, le SMR a relevé que le Dr X. \_\_\_\_\_ ne retenait que des migraines et une hypertension artérielle. Les limitations fonctionnelles étaient selon ce médecin traitant essentiellement psychiques. Le Dr B. \_\_\_\_\_ qualifiait quant à lui le syndrome du canal carpien de discret en mars 2010, en présence d'un status neurologique rigoureusement normal. Il apparaissait ainsi que les douleurs dont se plaignait l'assurée n'avaient pas de substrat organique. Il n'y avait donc pas lieu d'investiguer plus avant ce volet.

**I.** Le 11 octobre 2012, l'OAI a rendu, sur la base des conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_, ainsi que du SMR, une décision formelle de refus de mesures d'ordre professionnel et de rente d'invalidité, au motif que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux persistant, sans présenter par ailleurs de comorbidité psychiatrique, comme l'exigeait la jurisprudence en la matière. Elle ne réunissait pas non plus plusieurs des autres critères fondant un pronostic défavorable en ce qui concernait l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. En effet, elle ne présentait 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 avait pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art.

**J.** P. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée le 12 novembre 2012, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Elle

invoque notamment souffrir de malaises, de fibromyalgie, n'avoir plus de force et rappelle avoir eu une hémorragie cérébrale en 2009. Elle requiert, afin de vérifier ses allégués, la mise en œuvre d'une expertise, ainsi que l'audition du Dr J. \_\_\_\_\_ et de la Dresse R. \_\_\_\_\_, ou la soumission au CHUV d'un questionnaire, joint au recours.

Se fondant sur le rapport du 2 novembre 2011 du SMR, l'intimé a proposé le rejet du recours par réponse du 13 février 2013.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, au regard des atteintes à sa santé.

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

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

**4. a)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en

soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

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 ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un 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 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n°15 p. 43 ; 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; 9C\_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir

supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

**5.** En l'espèce, l'intimé a nié à la recourante le droit à des mesures d'ordre professionnel, ainsi qu'à une rente, au motif qu'elle était capable d'exercer son activité habituelle à temps complet. Le trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffrait ne suffisait pas à lui reconnaître une atteinte invalidante au sens de l'AI. La recourante allègue une incapacité entière de travail en raison essentiellement de malaises, de manque de force et de fibromyalgie, requérant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ainsi que l'audition des Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Dans sa demande du 23 février 2011, la recourante avait indiqué souffrir également de cervico-dorsalgies, brachialgies droites, migraines, hypertension artérielle, syndrome du tunnel carpien et d'état anxio-dépressif. Selon son opposition du 31 mai 2012, elle souffrait en outre de crises d'angoisse.

**a)** Sur le plan somatique, l'on note en premier lieu qu'il n'y a au dossier aucun document médical attestant du fait que la recourante présenterait encore régulièrement des malaises et posant un diagnostic en lien avec cette atteinte. La recourante a évoqué, à l'occasion de l'entretien du 1<sup>er</sup> septembre 2009 avec l'OAI, des maux de tête en 2008 et 2009. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé, dans son rapport du 21 mars 2011, le diagnostic de migraines, sans toutefois rattacher de limitations fonctionnelles à cette atteinte. Il avait du reste précisé dans son courrier au médecin-conseil de la G.\_\_\_\_\_ assurances du 7 décembre 2010, que l'incapacité de travail de la recourante découlait essentiellement de son état dépressif. Dans son rapport du 21 mars 2011, il relevait également que le pronostic dépendait essentiellement du problème psychiatrique. Le Dr B.\_\_\_\_\_ faisait le même constat en août 2009 et en mars 2010, précisant que le status neurologique de sa patiente était normal et que le tableau de migraines était au second plan. Au vu de ce qui précède, l'on ne peut attacher de caractère invalidant aux migraines dont souffre l'assurée, ni aux malaises qu'elle allègue (cf. TF 9C\_701/2013 du 12 juin 2014 concernant les migraines). Il en va de même des diagnostics

d'hypertension artérielle, auquel le Dr X.\_\_\_\_\_ n'attache aucune limitation, et de syndrome du tunnel carpien droit, qualifié de discret et peu gênant par le Dr B.\_\_\_\_\_. Dans la mesure où les médecins traitants de la recourante n'évoquent aucune autre atteinte somatique (telles que cervico-dorsalgies ou brachialgies), indépendante de l'atteinte psychiatrique, il n'est pas nécessaire d'investiguer plus avant sur ce point. On retiendra dès lors que la recourante ne souffre d'aucune atteinte invalidante sur le plan somatique.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères.

Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Plus précisément, dans le contexte de troubles somatoformes douloureux, les états dépressifs constituent, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; TF 9C\_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1). Aussi, si on ne peut pas nier d'emblée qu'un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne entraîne des effets invalidants, il faut, pour que ceux-ci soient admis, qu'il ne s'agisse pas d'une simple manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, mais bien d'une atteinte dépressive indépendante, séparée du syndrome douloureux psychogène (TF 9C\_901/2012 précité et les références ; 9C\_521/2012 du 17 janvier 2013 consid. 3.1.2 et les références).

D'autres critères peuvent fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle en cas de trouble somatoforme douloureux persistant. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un 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), de 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 (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les

constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 et les références).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle générale, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 ; TF I 81/07 précité).

En l'espèce, la recourante a évoqué, tout au long de la procédure administrative et judiciaire, souffrir de fibromyalgie et de dépression.

Dans son rapport médical du 21 mars 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de la recourante, a notamment posé le diagnostic d'état anxio-dépressif chez une patiente à la personnalité avec des traits émotionnellement immatures, dépendants et histrioniques accentués. Le Dr B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 24 mars 2010, retenait lui aussi un état dépressif.

La Dresse R.\_\_\_\_\_, également médecin traitant de la recourante, a retenu, dans son rapport du 3 mai 2011, les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble panique.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, chargé par la G.\_\_\_\_\_ assurances d'effectuer une expertise psychiatrique, exclut quant à lui les diagnostics d'épisode dépressif, de trouble dépressif récurrent ou de trouble anxieux généralisé. Il constate notamment, sur le plan de l'anamnèse, l'absence de pathologie psychiatrique au sens strict. La recourante disait en effet ne pas avoir souffert de symptômes psychiatriques auparavant et se décrivait comme une personne qui, malgré ses problèmes physiques, avait toujours travaillé. Elle n'avait commencé sa prise en charge psychiatrique que quelques mois auparavant. Les symptômes anxieux et dépressifs de l'assurée semblaient plutôt légers comparés à ses plaintes somatiques et son autolimitation importante. L'expert relève à ce propos que ces symptômes s'étaient clairement manifestés suite à des plaintes et des problèmes physiques.

L'expert reconnaît que la recourante présente une personnalité avec des traits émotionnellement immatures, dépendants et histrioniques accentués. Il exclut cependant un vrai trouble de la personnalité (que ne retient d'ailleurs pas non plus la Dresse R.\_\_\_\_\_), dans la mesure où l'intéressée avait pu maintenir un certain niveau de fonctionnement psychosocial durant des années sans avoir exprimé de souffrance psychique.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a établi son rapport sur la base d'un examen clinique de la recourante et de documents médicaux émanant des Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, ainsi que de la Dresse R.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise rend compte d'une anamnèse complète, notamment sur les plans psychosocial, professionnel et psychiatrique, ainsi que des plaintes de l'expertisée. L'analyse est claire et détaillée. Le Dr J.\_\_\_\_\_ expose précisément les raisons pour lesquelles il ne retient pas un trouble dépressif récurrent ou un trouble anxieux généralisé.

Clair, complet et motivé, le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ satisfait aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4a).

On observe par ailleurs que, dans la mesure où le Dr X. \_\_\_\_\_ se borne à mentionner un diagnostic sans le motiver, et qu'il n'est en outre pas un spécialiste en psychiatrie, ses conclusions ne sont pas susceptibles de remettre en cause celles du Dr J. \_\_\_\_\_. Ceci vaut également concernant les constatations du Dr B. \_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique.

Quant à la Dresse R. \_\_\_\_\_, on observe qu'elle fonde son appréciation du cas sur les mêmes constatations que le Dr J. \_\_\_\_\_, à savoir notamment que la recourante présente une certaine anxiété, une humeur triste, une préoccupation quasi obsessionnelle sur sa santé, des troubles du sommeil et de la mémoire. Son avis diverge de celui du Dr J. \_\_\_\_\_ dans le fait que ce dernier n'attribue pas ces symptômes à un trouble de type dépressif ou anxieux. La Dresse R. \_\_\_\_\_, qui n'est pas au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie et psychothérapie reconnue en Suisse, contrairement au Dr J. \_\_\_\_\_, ne fait cependant pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Il s'agit ainsi d'une appréciation divergente d'une même situation, et ce par un médecin traitant. Au vu de la jurisprudence, ceci ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise (cf. surpa consid. 4a).

Partant, il ne peut être reconnu à la recourante d'atteinte psychiatrique invalidante de type dépressif ou anxieux.

L'expert ne nie par ailleurs pas toute atteinte à la recourante, puisqu'il retient un trouble somatoforme douloureux persistant (tout comme le Dr X. \_\_\_\_\_), eu égard à ses fortes plaintes concernant des douleurs dans quasiment tout le corps, à sa grande fixation sur ces douleurs et à une autolimitation importante. L'intensité des plaintes et l'autolimitation semblent selon lui fortement démesurées et peu adéquates face à une éventuelle affection physique objectivable. Les symptômes dépressifs que présente la recourante appartiennent à la symptomatologie d'un tel trouble, de même qu'une certaine tension interne, une irritabilité avec des angoisses et des crises de panique.

Le rapport d'expertise ayant valeur probante, l'expert doit être suivi dans cette analyse. Ainsi, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité (cf. supra consid. 5b). Aucune comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante ne pouvant être retenue, les troubles anxieux et dépressifs présentés par la recourante ne constituent pas des atteintes indépendantes du trouble somatoforme douloureux.

L'expert exclut par ailleurs de manière motivée une perte d'intégration sociale de l'intéressée, faisant en outre la différence entre l'atteinte qu'on lui reconnaît et l'exagération dont elle fait preuve dans ses plaintes. Une maladie chronique somatique concomitante sévère n'étant pas objectivée, l'on doit constater l'absence de critères fondant un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle en cas de trouble somatoforme douloureux persistant, et ainsi nier le caractère invalidant de celui-ci.

**c)** En définitive, il convient de retenir que la recourante souffre de trouble somatoforme douloureux (et non pas de fibromyalgie, ce qui n'aurait du reste pas eu d'incidence quant au raisonnement juridique, au vu de la jurisprudence, cf. ATF 132 V 65 consid. 4). En l'absence de comorbidité psychiatrique, comme de plusieurs des autres critères retenus par la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 5b), telles qu'affections corporelles chroniques ou perte d'intégration sociale, l'intimé était fondé à conclure à l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'AI.

Il y a lieu de préciser que si le SMR constate, dans son rapport du 2 novembre 2011, une incapacité totale de travail dès le 29 avril 2009, ce n'est pas en raison d'une atteinte invalidante, le rapport étant clair sur le fait qu'aucune atteinte à la santé du ressort de l'assurance-invalidité n'était retenue. Le SMR s'est contenté de reprendre les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel a noté que la recourante avait bénéficié d'un arrêt de travail dès cette date. Le médecin-conseil de la G.\_\_\_\_\_ assurances

s'étant ralliée aux conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_, les indemnités journalières versées par cette assurance l'ont été pour cette même raison. Une incapacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 a ensuite été reconnue, en raison d'un déconditionnement physique, justifiant une reprise progressive du travail. En définitive, contrairement à ce que soutient la recourante, aucune expertise ne mentionne une incapacité de 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, mais bien plutôt une capacité de travail entière dès cette date.

Concernant les mesures d'instruction requises par la recourante, l'on note enfin que ne figure au dossier aucun élément de nature à justifier de plus amples investigations sur le plan somatique. Dans la mesure où les Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont produit des rapports écrits détaillés, la Cour considère que leur audition ne se justifie pas non plus. Le dossier étant complet, permettant à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, de plus amples mesures d'instruction n'apparaissent pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 119 V 335 consid. 3c *in fine* et la référence), les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit.

**6.** Partant, il sied de constater que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en rejetant, sur la base des conclusions de l'expert J.\_\_\_\_\_ qui emportent la conviction, la demande de prestations formée par la recourante, les griefs formulés par cette dernière devant être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**7.** 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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

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

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Rossel, avocat (P. \_\_\_\_\_),
- 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 :