

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 octobre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Monod, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à Aigle, recourante, représentée par Me Laure Chappaz, avocate  
audit lieu,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-  
après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissante portugaise au bénéfice d'un permis C, D.\_\_\_\_\_, née le 19 juillet 1964, mariée et mère de deux enfants, nés en 1985 et 2000, a travaillé en qualité de femme de ménage pour le compte de la Clinique W.\_\_\_\_\_, à [...], à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1993 et dans la proportion de 80 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001. Elle a interrompu toute activité lucrative le 29 août 2002, du fait de troubles de la santé.

Le 3 septembre 2002, D.\_\_\_\_\_ a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à obtenir un reclassement professionnel.

Le 11 octobre 2002, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de discopathie avec hernie discale médio-latérale gauche C6-C7 découverte en février 2002, de malformation d'Arnold Chiari de type I découverte en 2002, de périarthrite de la hanche gauche depuis 1997 et de cervico-brachialgies gauches depuis 2002. Pour ce praticien, l'incapacité de travail de sa patiente est totale depuis le 29 août 2002. Le 12 novembre 2003, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que, malgré l'application d'un traitement conservateur, l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, évoquant en particulier une fibromyalgie et des lombalgies bilatérales.

Après avoir examiné différentes IRM pratiquées aux niveaux cervical, cérébral et lombaire, les Drs J.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, respectivement responsable de l'Unité des maladies neurodégénératives et médecin assistant auprès du Service de neurologie de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_, ont, dans un rapport du 17 décembre 2003, complété le 6 janvier 2004, observé notamment ce qui suit :

- le diagnostic est celui de polyinsertionnité;

- les protrusions discales tant cervicales que lombaires n'ont actuellement pas de traduction clinique;
- la patiente ne présente pas de déficit neurologique en rapport avec ces protrusions ou lié à la malformation de Chiari type I;
- D. \_\_\_\_\_ formule, depuis plus de deux ans, diverses plaintes douloureuses dans un contexte de fatigue chronique;
- d'importantes douleurs à la pression de divers points d'insertion sont relevées et les 14 points "trigger zones" reconnus par la Société américaine de rhumatologie pour la fibromyalgie sont tous positifs;
- une prise en charge conservatrice de ce syndrome douloureux est préconisée.

Une enquête ménagère, réalisée le 28 juillet 2004, a révélé que l'intéressée présentait un taux d'invalidité de 48,1 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, auxquelles elle consacre 20 % de son temps, 80 % étant dévolu à l'exercice d'une activité lucrative.

Mandaté en tant qu'expert, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a adressé l'assurée au Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. En date du 6 décembre 2004, ce praticien a indiqué que l'intéressée ne présentait pas de pathologie neurologique susceptible d'expliquer les plaintes formulées et les anomalies radiologiques constatées étaient une découverte fortuite sans expression clinique.

Le 23 décembre 2004, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise relevant en bref ce qui suit :

#### **Diagnostics**

- syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie apparu depuis janvier 2002;
- malformation d'Arnold Chiari de type I, congénitale.

#### **Appréciation du cas et pronostic**

D. \_\_\_\_\_ a été en bonne santé habituelle jusqu'en janvier 2002, hormis un épisode de périarthrite de hanche gauche et une lésion du ménisque

interne du genou gauche, opérée en 1997 avec une évolution favorable. En janvier 2002, l'intéressée a commencé à ressentir des douleurs dans son membre supérieur gauche, ainsi que des cervicalgies.

L'assurée présente un kyste arthro-synovial du poignet gauche qui est opéré en mars 2002. L'évolution a été favorable dans le sens que certaines douleurs, apparues à la flexion dorsale du poignet, ont disparu.

L'expertisée continue à souffrir de cervicalgies et de douleurs dans le membre supérieur gauche. Bien qu'il n'y ait pas de signe neurologique déficitaire, est évoquée la possibilité d'un syndrome radiculaire irritatif sur une petite hernie discale C6-C7 mise en évidence par le biais d'un examen par résonance magnétique, en février 2002.

Actuellement, l'examen clinique est marqué en premier lieu par un comportement algique particulier avec un caractère très démonstratif. On constate des limitations de la mobilité du rachis cervical et du rachis dorso-lombaire, plutôt dans le sens d'une autolimitation dans les mouvements actifs et d'une résistance dans les mouvements passifs. L'examen neurologique ne met en évidence aucun signe clair de déficit neurologique, que ce soit au niveau des membres ou dans le sens d'une atteinte de la moelle épinière.

La malformation d'Arnold Chiari est caractérisée par une élongation des amygdales cérébelleuses qui font protrusion à travers l'orifice de l'occiput avec un épaississement de la moelle épinière cervicale supérieure. Elle peut parfois être associée à d'autres malformations de type spina bifida ou syringomyélie, ce qui n'est pas le cas de l'assurée. Classiquement, les malformations d'Arnold Chiari peuvent s'accompagner de cervicalgies, de céphalées et de vertiges, lorsque la malformation se complique d'une compression du tronc cérébral.

La protrusion discale C6-C7 et les discopathies modérées de L3 à S1, mises en évidence sur une IRM lombaire de mai 2003 - avec de petites protrusions discales médianes en L3-L4 et L4-L5, et une petite protrusion discale médiane et paramédiane gauche en L5-S1, mais sans évidence de conflit radiculaire - sont des constatations banales que l'on peut rencontrer également chez des patients totalement asymptomatiques.

Le tableau clinique n'est pas non plus évocateur d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Il existe de nombreux points d'insertion tendineuse et musculaire douloureux à la palpation sur le tronc et les membres. En définitive, ce tableau clinique est compatible avec un diagnostic de fibromyalgie.

Si l'on retient ce diagnostic, il faut rappeler qu'il s'agit d'un terme destiné à désigner un syndrome clinique caractérisé par des douleurs généralisées et chroniques, s'accompagnant d'une constellation de perturbations, essentiellement subjectives (fatigue, troubles du sommeil, céphalées, sentiment de détresse, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Ce syndrome affecte principalement les individus de sexe féminin et ne se distingue, à l'examen, que par des points douloureux à la

palpation de sites anatomiques prédéfinis. Ce syndrome ne recouvre pas forcément une entité nosologique distincte ("vraie maladie" dans le langage courant). Les critères définis pour ce syndrome en 1990 par l'American College of Rheumatology constituent un outil simple, ayant reçu une caution des milieux académiques. Les critères concernent la présence d'au moins 11 points douloureux sur 18 prédéfinis. Il s'agit cependant de critères de classification, servant à définir des groupes homogènes de patients dans la perspective d'études scientifiques. Ces critères ne devraient donc pas être utilisés pour établir un diagnostic à l'échelle individuelle, car ils sont facilement applicables à tout état douloureux chronique diffus non expliqué. Si l'on s'en tient à ces paramètres, les études épidémiologiques, réalisées aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis, démontrent que la prévalence d'un tableau dépasse 10 % dans la population générale. Ce concept de fibromyalgie a rencontré un certain succès dans les milieux médicaux, en particulier parce qu'il permet une approche dans laquelle le médecin et le patient se sentent plus à l'aise. La fibromyalgie représente presque toujours une solution de compromis entre médecin et patient, ce qui permet d'éloigner la menace qui pèse sur la relation thérapeutique lorsque certains problèmes existentiels sont abordés. De façon identique, à minimiser l'intervention des problèmes socioprofessionnels dans la genèse des douleurs, on s'expose au risque d'une somatisation excessive, le praticien se trouvant dans l'obligation de cautionner une diminution progressive de la participation sociale de son patient (P.-A. Buchard, Revue médicale de la Suisse romande, n° 121 443-447 2001).

L'histoire de l'expertisée est exemplaire de ce point de vue, avec une focalisation sur des anomalies dont la découverte, vraisemblablement fortuite, n'est pas à même d'expliquer le tableau clinique. Dans le cas de syndromes douloureux de type fibromyalgie, l'évaluation de la capacité de travail est toujours difficile. La fibromyalgie - si l'on accepte ce terme dans le sens décrit ci-dessus - ne constitue pas en soi un motif suffisant d'incapacité de travail. En effet, la majorité des patients, réputés fibromyalgiques, travaillent normalement. Il n'y a pas de mesure objective de la douleur, ni d'échelle d'évaluation validée des limitations fonctionnelles pour la fibromyalgie. Ceci tient en particulier au fait que ces patients s'autodéprécient, surestiment le sentiment de la douleur et s'autolimitent lorsqu'ils sont placés en situation, ce qui ne permet pas de déterminer de façon précise les performances dont ils sont capables. Pour apprécier l'incapacité de travail, il convient donc de se fonder sur les comorbidités somatiques, négligeables dans le cas de l'expertisée, la malformation d'Arnold Chiari et le trouble dégénératif des rachis cervical et lombaire devant être qualifiés de banals et ne pouvant justifier en eux-mêmes une limitation de la capacité de travail de l'expertisée comme employée de maison. L'appréciation se fonde également sur les limitations dans les gestes spontanés ou lors de l'examen clinique, ce qui est rendu difficile dans le cas de l'assurée en raison d'une autolimitation.

Le syndrome douloureux chronique, présent depuis plus de deux ans et demi, sans amélioration malgré les traitements physiques et médicamenteux, semble cependant avoir épuisé les ressources de l'assurée qui s'enfonce progressivement dans un isolement social. Cette

situation a également une répercussion majeure sur la vie familiale. L'intéressée ne se sent plus capable de s'occuper normalement de son enfant et se décharge des activités ménagères sur les membres de la famille. Une appréciation de la capacité résiduelle de travail devrait également prendre en compte les singularités psychiques de l'expertisée. De ce point de vue, le comportement atypique particulier de l'assurée et les symptômes anxieux, voire dépressifs, mentionnés dans l'anamnèse font penser qu'une évaluation psychiatrique est nécessaire.

Sous réserve de comorbidités psychiatriques significatives, on peut reconnaître à l'intéressée une incapacité de travail de 30 %, principalement en raison de l'épuisement de ses ressources. L'état douloureux est pris en considération dans l'établissement de ce taux. Cependant, la douleur, par définition subjective, n'est pas associée, dans le cas de l'assurée, à une atteinte anatomique significative. Si l'on veut respecter le principe d'égalité de traitement entre assurés, on doit admettre, sur les plans rhumatologique et neurologique, une capacité de travail résiduelle de 70 % dans l'activité exercée jusqu'à présent.

Compte tenu de la situation psychosomatique de l'intéressée, une réadaptation professionnelle n'est pas envisageable.

Une expertise psychiatrique a été confiée aux Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant auprès de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 22 juin 2005, ces praticiens ont fait les constatations suivantes :

#### **Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail**

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), existant depuis 2001;
- épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), existant depuis environ huit mois;
- syndrome d'Arnold Chiari de type I (Q07.0);
- fibromyalgie.

#### **Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail**

Nihil

#### **Appréciation**

La persistance du trouble, son évolution défavorable, ainsi que l'importance des difficultés relationnelles et sociales de l'expertisée, rendent dubitatifs les experts quant à la reprise d'une activité dans les mois, voire les années à venir. Une prise en charge psychologique, non

centrée sur l'origine des troubles, mais sur les plaintes de l'assurée, semble de nature à pouvoir aider cette dernière à moyen ou à long terme, pour autant qu'elle puisse adhérer à une telle démarche.

L'expertisée semble dans l'incapacité de pouvoir assumer son quotidien et notamment l'éducation de son enfant (réd.: le plus jeune). Une reprise professionnelle est hautement improbable.

Il ne s'agit pas d'une atteinte focalisée sur une fonction particulière, pour laquelle un changement d'activité ou un réaménagement de celle-ci s'avérerait utile, mais bien d'une atteinte globale, amenant à des limitations dans tous les domaines de la vie professionnelle, sociale et familiale. La vie sociale de l'intéressée semble s'être considérablement rétrécie.

L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible. Il y a une diminution de rendement importante. Depuis 2000, le degré d'incapacité de travail a augmenté progressivement.

Les troubles psychiques de l'expertisée ne l'empêcheraient pas de s'adapter à son environnement professionnel, dans lequel elle a plutôt bien fonctionné jusqu'en 1999, puisqu'elle avait obtenu une promotion. Par contre, l'importance du trouble somatoforme ne lui permet actuellement pas de travailler.

L'importance du trouble somatoforme, tel qu'il se présente actuellement, associé au cortège anxio-dépressif qui l'accompagne, ne permet pas d'envisager une réadaptation professionnelle.

Aucune activité n'est exigible.

En date du 27 juillet 2005, le Dr Q.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué en bref ce qui suit :

- l'expertise rhumatologique a conclu à l'existence d'une fibromyalgie sans substrat anatomique. L'expert retient cependant une incapacité de travail de 30 % pour tenir compte de la diminution de rendement due aux douleurs;
- l'expertise psychiatrique, réalisée en mars 2005, débouche sur un diagnostic de trouble somatoforme persistant, par ailleurs très voisin de la fibromyalgie. L'assurée présente un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis huit mois. C'est sur cette base que l'expert conclut à une incapacité de travail totale depuis août 2002;
- on se trouve en présence d'une fibromyalgie/trouble somatoforme douloureux. Or, une telle entité ne constitue pas une affection invalidante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, si elle n'est pas accompagnée d'une

comorbidité psychiatrique significative et/ou de facteurs d'aggravation, dits de Mosimann. En l'occurrence, la jurisprudence récente considère qu'un état dépressif moyen fait partie intégrante du trouble somatoforme douloureux et qu'il ne saurait en être séparé. Ceci est implicitement admis par l'intéressée qui déclare que ses symptômes anxieux et dépressifs se sont intensifiés depuis que la procédure de demande de rente a été introduite. Par ailleurs, il n'y a pas d'indication concrète d'une perturbation grave de l'environnement psychosocial. Le fait que le fils cadet de l'intéressée soit pris en charge par le Service de la protection de la jeunesse ne découle pas de la maladie de la mère, mais de l'hyperactivité de l'enfant. De même, la fibromyalgie n'est pas à l'origine du comportement délictueux de l'aîné;

- en conséquence, les conclusions de l'expertise psychiatrique ne peuvent pas être suivies. Dans ces circonstances, force est d'admettre que la fibromyalgie/trouble somatoforme douloureux ne constitue pas une maladie invalidante.

Le 2 août 2005, l'OAI a rendu une décision rejetant la demande de prestations de l'assurée en relevant notamment les points suivants :

- sur le plan somatique, il n'existe pas une atteinte à la santé susceptible de diminuer de manière importante la capacité de travail;
- du point de vue psychiatrique, les troubles décrits ne sont pas non plus invalidants dans la mesure où il n'existe pas une comorbidité psychiatrique grave associée;
- la capacité de travail et de gain est par conséquent entière dans n'importe quelle activité professionnelle;
- il n'existe dès lors aucune invalidité au sens de la LAI et le droit, tant à une rente qu'à des mesures professionnelles, doit être refusé.

**B.** A la suite de l'opposition formée le 13 septembre 2005 par D. \_\_\_\_\_ et complétée le 6 octobre suivant, l'OAI a rendu une décision sur opposition le 15 février 2007, confirmant sa position. Il en ressort notamment les éléments suivants :

- le réexamen du dossier de l'assurée amène à la considérer comme active dans la proportion de 80 % et comme ménagère dans celle de 20 %;

- sur le plan rhumatologique, il ressort de l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ que l'intéressée présente un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique et une malformation d'Arnold Chiari de type I congénitale. Toutefois, le neurologue C. \_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a aucun argument pour considérer la malformation d'Arnold Chiari responsable de la symptomatologie douloureuse présente. En effet, ce praticien indique qu'il n'existe pas de pathologie neurologique susceptible d'expliquer les plaintes et que les anomalies radiologiques sont une découverte fortuite sans expression clinique. Pour sa part, le Dr Z. \_\_\_\_\_ précise que la douleur est, par définition, une sensation subjective qui n'est pas associée à une atteinte anatomique significative dans le cas d'espèce. Compte tenu de l'absence d'anomalies organiques significatives, l'expert somaticien conclut à l'absence d'arguments objectifs neuro-rhumatologiques justifiant une incapacité de travail. Il retient néanmoins une incapacité de travail de 30 %, du fait de la diminution de rendement due aux douleurs;
- dans la mesure où l'expert Z. \_\_\_\_\_ fait également état de fibromyalgie dans son diagnostic, l'incapacité de travail constatée ne correspond pas aux seules atteintes somatiques, de sorte que les conclusions de cette expertise médicale, quant à la capacité de travail exigible, ne sont pas déterminantes;
- pour l'OAI, l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ remplit pleinement les exigences posées par la jurisprudence pour avoir pleine valeur probante. Ceci n'est au demeurant pas contesté;
- s'agissant des troubles somatoformes douloureux, auxquels la fibromyalgie est assimilée, ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2);
- compte tenu des difficultés en matière de preuves à établir l'existence des douleurs, les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas à justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2);
- un rapport d'expertise, attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels les troubles

somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revête un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'engendrent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne peut pratiquement, sous réserve des cas de simulations ou d'exagérations, plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté, en vue de surmonter la douleur et d'être réintégré dans un processus de travail, suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas :

1. des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et sans rémission durable,
  2. d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,
  3. d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) ou, enfin,
  4. de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires, conformes aux règles de l'art, et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3);
- en l'espèce, il a été procédé à un examen psychiatrique, réalisé par les praticiens de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_. Ces médecins ont notamment posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant/fibromyalgie et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ils concluent à une incapacité de travail totale depuis août 2002;

- à ce stade, il convient d'apprécier le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi mis en exergue, eu égard aux critères dégagés par la jurisprudence;
- en l'occurrence, le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, retenu par les Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté, en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part du sujet. En effet, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral (TF), les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine). Partant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique doit être niée en l'espèce. Au demeurant, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes chez de jeunes assurés, en l'absence de comorbidité psychiatrique, doit rester exceptionnelle. Dans un tel cas, en effet, on doit admettre que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur (TFA I 515/03 du 15 septembre 2004). Quant aux autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise de travail, ils ne sont pas non plus réalisés. En particulier, selon l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_, on ne peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques. En effet, l'expert déclare qu'il existe une fibromyalgie sans substrat anatomique. Par ailleurs, même si l'existence de l'intéressée se passe quelque peu en retrait, on ne saurait conclure à la présence d'une perte d'intégration sociale. De même, il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art. C'est dire que, considérés dans leur ensemble, les critères permettant d'admettre le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux persistants, au sens de la jurisprudence, ne sont pas remplis en l'espèce. Au surplus, les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une sévérité telle que l'on doive nier, d'un point de vue juridique, qu'une mise en valeur de la capacité de travail, devant être considérée comme totale dans n'importe quelle activité professionnelle, ne puisse plus entièrement être exigée;
- à cet égard, il sied de relever qu'il se justifie de s'écarter de l'incapacité totale de travail retenue par les médecins de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_, dès lors que celle-ci a été fixée en l'absence d'atteintes à la santé invalidantes. En définitive, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de l'assurée en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un

processus de travail. Aussi, les troubles psychiques en question n'entraînent-ils pas de limitation de longue durée de la capacité de travail susceptible de conduire à une invalidité au sens des art. 4 LAI et 8 LPGA (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3);

- en conséquence, le trouble somatoforme douloureux persistant/fibromyalgie ici présent ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI;
- en définitive, la capacité de travail est entière, tant sur le plan somatique que du point de vue psychiatrique, pour la part active, dans n'importe quelle activité professionnelle. Il n'existe par ailleurs aucun empêchement pour la part ménagère;
- eu égard à l'obligation des assurés de réduire le dommage (ATF 123 V 233 consid. 3c), la capacité de travail attestée médicalement doit être mise à profit.

**C.** C'est contre cette décision que D.\_\_\_\_\_, agissant par l'intermédiaire de l'avocate Laure Chappaz a, par acte du 21 mars 2007, recouru devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme, le droit à une rente entière d'invalidité lui étant reconnu dès le 28 août 2002 et, subsidiairement, à son annulation, la mise en œuvre d'un stage auprès d'un centre d'observation de l'AI étant ordonnée.

Pour l'essentiel, la recourante développe l'argumentation suivante :

- depuis 1994, la recourante est affectée de maux de tête et le florilège des atteintes à la santé n'a cessé de s'étendre;
- en 1997, a été diagnostiquée une périarthrite de la hanche;
- l'intéressée présente quotidiennement des céphalées et des cervicalgies entraînant des vertiges;
- l'assurée est incapable de monter les escaliers plusieurs fois par jour, d'accomplir en une seule fois les travaux ménagers nécessités par la tenue d'un appartement de deux pièces et demi, de transporter les bacs à linge à la buanderie, de s'occuper normalement de son enfant. En conséquence, le mari de l'intéressée et les intervenants du Service de protection de la jeunesse ont dû trouver des solutions pour pallier ces difficultés;

- l'intéressée a tenté, par le biais de l'assurance-chômage, de trouver un emploi. Elle a effectué un stage au [...], du 15 juin au 9 août 2006, puis du 1<sup>er</sup> au 29 septembre de la même année à 50 %. La responsable de cette unité est d'avis qu'il est impossible d'imaginer pour la recourante d'occuper un emploi sur le marché du travail en raison des douleurs continues qui limitent ses gestes;
- depuis 2002, les affections corporelles présentées par l'assurée sont chroniques et ont entraîné une perte d'intégration sociale pratiquement totale. L'intéressée a tenté de pallier cette situation en essayant de réintégrer le marché du travail, notamment par le stage au [...], mais en vain;
- l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ n'est pas complète dès lors qu'elle omet de prendre en considération les diagnostics précédemment posés et qu'elle fait abstraction tant de ses douleurs que du substrat organique qui les accompagne;
- l'OAI fait fi de l'expertise psychiatrique et de la non-exigibilité, dans son cas, d'un effort de volonté pour surmonter le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué.

L'avance de frais de 1'000 fr. a été payée.

Dans sa réponse du 15 mai 2007, l'OAI maintient qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, si bien que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant. Par ailleurs, les autres critères déterminants (processus maladif s'étendant sur plusieurs années, perte d'intégration sociale, état psychique cristallisé, échec des traitements) ne présentent pas une certaine intensité et constance, permettant d'admettre le caractère non exigible d'un effort de volonté.

Il n'y a pas eu de second échange d'écritures.

**D.** Par écriture du 28 décembre 2007, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique confiée au Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a indiqué ce qui suit dans son rapport déposé le 14 juillet 2008 :

#### **"Evaluation de la situation**

L'étude des dossiers consultés, les informations données par M. le Dr L.\_\_\_\_\_, l'anamnèse telle que nous avons pu la recueillir, l'observation clinique et les tests psychologiques que nous avons fait passer à l'expertisée, permettent de poser le diagnostic d'un **trouble dépressif récurrent** [souligné dans le texte, réd.], avec épisodes d'intensité fluctuante entre moyenne et moyenne-sévère, toujours associés à une importante angoisse, d'intensité fluctuante entre légère et moyenne-sévère, d'après la description des symptômes qu'en fait l'expertisée.

Cette symptomatologie est apparue depuis 2000-2001 et s'est figée depuis l'été 2002 dans un état de pathologie psychique cristallisée qui a résisté aussi aux deux tentatives de prise en charge psychiatrique structurée et qui a laissé pessimistes tous les professionnels qui sont intervenus successivement dans le suivi ambulatoire de cette expertisée.

Il est à signaler que Mme D.\_\_\_\_\_ n'a pas supporté certains médicaments anti-douleurs, myorelaxants ou antidépresseurs (tels que le Tramal, le Lyrica et le Mydocalm), «*qui lui ont donné des démangeaisons*», et qui l'épuisaient. Elle prend du Sirdalud 2 mg, à raison d'un comprimé le matin et de deux comprimés le soir, prescrits par son médecin traitant, M. le Dr L.\_\_\_\_\_. Elle continue de prendre de la Fluoxetine Sandoz 20 mg (médicament anti-dépresseur), à raison d'un comprimé le soir. Lors de l'entretien téléphonique que j'ai eu avec M. le Dr L.\_\_\_\_\_ le 30 mai 2008, nous avons discuté de la médication psychotrope de cette expertisée qui a été modifiée comme suit :

- Fluoxetine Sandoz 20 mg : deux comprimés le matin;
- Lorasifar 1,0 mg : un comprimé une heure avant le coucher (il s'agit d'un médicament anxyolitique).

Cette expertisée présente aussi des troubles de la personnalité à traits dépendants, masochiques, hypercondriaques et passifs-agressif, et en cela nous sommes d'accord avec nos collègues de la Consultation du Centre R.\_\_\_\_\_; la structure de la personnalité de cette expertisée doit être considérée décompensée depuis mai 2002 : c'est en effet depuis le printemps 2002 que l'expertisée a commencé à être clairement dépassée par les événements, perdue et régressée.

L'hypothèse d'une personnalité du registre psychotique, caractérisée par le défaut de l'espace symbolique («*caractère psychotique*», selon J. Bergeret, ou pensée opératoire selon Marty et Fain, personnalités de l'Ecole Psychosomatique de Paris), organisée pour parer à l'angoisse archaïque sur le mode caractériel et de l'emprise (perversion de la relation), chez une femme fruste, carencée dans l'enfance, à l'intelligence déficiente, doit aussi être retenue.

Mme D.\_\_\_\_\_ n'accepte pas d'être diminuée par la maladie et les douleurs, et elle a verrouillé son mari et ses enfants dans son système de vie rigide et centré sur elle et ses douleurs. Mari et enfants sont considérés comme des prolongements d'elle-même, non différenciés, et les systèmes familiaux d'origine et actuel semblent avoir été et être très pathologiques. Le départ des enfants peut être une bonne chose. On connaît la rigidité de ces structures

et il est très, très peu probable que l'expertisée puisse se réinsérer dans le monde du travail.

Par ailleurs, son niveau intellectuel, sa pathologie psychotique et caractérielle, les traits passifs-agressifs et hypercondriaques de sa personnalité ne lui permettraient pas de bénéficier d'une reconversion professionnelle.

Sur le plan thérapeutique, la menace suicidaire est à prendre au sérieux, («*si je me suicide, tout le monde sera libéré*», répète l'expertisée), mais la thérapie sera difficile, en raison de la rigidité des défenses et de la méfiance de Mme D.\_\_\_\_\_, ainsi qu'en raison de son peu de conscience morbide et d'insight. Elle a tout un travail d'acceptation à accomplir, mais le veut-elle ? Elle veut être guérie ...

## **Conclusion**

(...)

Mme D.\_\_\_\_\_ présente :

- un trouble dépressif récurrent, caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description de tels épisodes. Mis à part des épisodes d'intensité légère à moyenne intervenus dans son jeune âge, puis des phases dépressives présentées en 1992, 1994 et 1995, c'est après 2000 qu'une telle pathologie est devenue évidente. Depuis août 2002, l'évolution du trouble dépressif récurrent a pris aussi la forme d'une dépression mélancolique avec perte de l'élan vital, isolement social et idéation suicidaire, en raison aussi des traits masochiques et passifs-agressifs de la personnalité de l'expertisée et de l'épuisement de ses capacités d'adaptation;
- épisodes d'angoisse diffuse, dont l'intensité de la symptomatologie et la fréquence des manifestations a varié en fonction des facteurs internes ou extérieurs de crise, toujours mis par l'expertisée en relation à l'aggravation de sa symptomatologie algique;
- trouble douloureux somatoforme persistant, à savoir une symptomatologie douloureuse touchant différentes parties du corps, persistante, d'intensité fluctuante entre légère et sévère, mais toujours présente, non expliquée entièrement par des pathologies somatiques, pourtant présentes et notables chez cette expertisée, survenant et entretenue par des conflits émotionnels non élaborables autrement et des difficultés psychosociales, professionnelles, conjugales et familiales, conditionnant la persistance d'une perception accrue de la douleur;
- troubles de la personnalité dépendante, avec une tendance systématique à laisser les autres prendre les décisions, au point qu'elle demande répétitivement, «*faites ce qui est en votre pouvoir pour me faire guérir et travailler*», et avec une crainte destabilisante d'être abandonnée, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive et masochique aux événements extérieurs et à la volonté

d'autrui, une difficulté grandissante à faire face aux exigences de la vie quotidienne, une fatigue et une fatigabilité jusqu'à l'épuisement physique, intellectuel et émotionnel, une tendance projective caractérisée fondamentalement par le fait de reporter régulièrement les responsabilités sur autrui, une méfiance bien installée qui aggrave l'isolement social.

Aux troubles de la personnalité dépendante se sont joints donc d'importants traits de personnalité masochique, passive-agressive et paranoïaque.

L'isolement social, les tendances régressives, la chronicité des pathologies douloureuse, anxieuse et dépressive et la méfiance à fleur de peau, ont pu rendre et rendront difficile la collaboration de l'expertisée aux propositions thérapeutiques qui lui ont été, sont et seront encore faites, sans faute de sa part par ailleurs.

La personnalité de cette expertisée doit être considérée décomposée depuis août 2002.  
(...)

2. Selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, Mme D.\_\_\_\_\_ souffre de troubles somatoformes douloureux. Estimez-vous qu'elle souffre d'une atteinte psychiatrique ?

Oui, certainement. Mme D.\_\_\_\_\_ souffre d'une atteinte psychiatrique désormais chronique et cette atteinte est invalidante à au moins 20 % depuis 2000 et à 100 % depuis août 2002.

3. Avez-vous constaté une perte d'intégration sociale de l'expertisée ?

Certainement, Mme D.\_\_\_\_\_ est en perte d'intégration sociale depuis qu'elle a commencé à manifester une pathologie douloureuse, qui s'est par ailleurs très rapidement chronifiée. L'isolement social a été aussi favorisé par les difficultés connues par l'expertisée à la naissance de son deuxième enfant, né en 2000, qui a présenté des difficultés de développement, et par la décompensation de la personnalité de l'expertisée intervenue depuis l'été 2002, qui lui a rendu impossible de fournir les efforts nécessaires à reprendre une activité professionnelle quelconque et qui ne lui a pas permis, pour différentes raisons indépendantes de sa volonté et sur lesquelles nous n'avons pas pu recueillir de renseignements plus précis, de bénéficier des deux tentatives de prise en charge psychiatrique structurée qu'elle a eu la possibilité d'entreprendre au cabinet du Dr G.\_\_\_\_\_ à [...] et à la Consultation du Centre R.\_\_\_\_\_ à [...].

4. Les médecins de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, ont estimé, le 22 juin 2005, que les troubles psychiatriques ne l'empêcheraient pas de s'adapter à l'environnement professionnel (page 7 de dite expertise, réponse 3). Pouvez-vous adhérer à ce point de vue ?

Je ne peux pas adhérer à ce point de vue.

Les médecins de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_ écrivent à la page 6 de leur rapport d'expertise, sous le titre «*limitations au plan psychique et mental*», ce qui suit : «*Actuellement, l'expertisée semble dans l'incapacité de pouvoir assumer son quotidien, notamment l'éducation de son enfant. Une telle situation rend, actuellement, une reprise professionnelle hautement improbable. Il ne s'agit pas d'une atteinte focalisée sur une fonction particulière pour laquelle un changement d'activité ou un réaménagement de la vie antérieure s'avérerait utile, mais bien une atteinte globale amenant des limitations dans tous les domaines de la vie professionnelle, sociale et familiale*».

De mon point de vue et au vu de l'anamnèse et de l'évaluation actuelle de la situation clinique, la pathologie psychiatrique de cette expertisée était telle, déjà depuis août 2002, qu'il était impossible d'exiger d'elle déjà à l'époque un effort pour s'adapter à un environnement professionnel quelconque avec les exigences de qualité, de rendement et de régularité d'un marché normal du travail.

5. Estimez-vous que l'expertisée a une capacité de travail ?

L'expertisée soutient qu'elle aimerait travailler et elle est sincère lorsqu'elle affirme cela.

Toutefois, nous sommes convaincus qu'elle n'a pas pu et ne pourra pas fournir l'effort de réadaptation nécessaire à la reprise d'une capacité de travail quelconque, même pas avec une aide au placement, au vu de la chronicité de sa pathologie psychiatrique et des troubles de sa personnalité, qui est décompensée.

Il est toutefois souhaitable que l'incapacité de travail de cette expertisée, qui est totale depuis août 2002, à notre avis, soit fixée à 70 %, pour laisser la possibilité d'une intervention thérapeutique future, qui puisse la soutenir à reprendre d'abord une activité occupationnelle, puis, pour rester particulièrement optimistes, une activité professionnelle dans le domaine qu'elle choisira, maximum à un taux de 30 %, dans un but plus thérapeutique qu'économique.

6. Si oui, quel en est le taux ?

Déjà répondu à la question 5.

7. Dans quelle branche d'activité professionnelle pourrait-elle travailler ?

Lors de l'hospitalisation à l'Hôpital de [...] du 9 au 12 septembre 2002, on aurait confirmé à cette expertisée que les douleurs, les maux de tête et les vertiges dont elle souffrait étaient en relation avec sa malformation d'Arnold Chian, et c'est là que Mme D. \_\_\_\_\_ s'est définitivement fixée sur sa conviction «*qu'elle n'avait aucune chance de s'en sortir*», nous a-t-elle dit.

Je suis de l'avis que, du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de branche d'activité professionnelle dans laquelle on puisse espérer que l'expertisée pourrait s'adapter sans difficultés majeures. Il est également, dans le contexte actuel, impossible d'énumérer toutes

les branches d'activité professionnelle dans lesquelles Mme D. \_\_\_\_\_ ne pourra pas travailler.

Comme déjà dit, il faut laisser cette expertisée libre de se trouver une activité occupationnelle ou professionnelle quelconque, qui soit supportable pour elle, à un taux qui, d'après notre évaluation, ne pourra pas dépasser le 30 % maximum, pour donner la possibilité à ses médecins traitants de la soutenir à sortir de son isolement social, à accepter un suivi psycho-socio-ergothérapeutique sur le long terme, donc fondamentalement dans un but thérapeutique.

Il serait, entre autre, hautement souhaitable, tenant compte de l'âge de la patiente, que l'octroi d'une rente d'invalidité entière soit assortie de l'exigence pour elle de suivre les indications thérapeutiques de ses médecins traitants et d'entreprendre un traitement psychiatrique régulier, auprès d'un psychiatre de son choix, pour qu'elle puisse sortir du verrouillage qu'elle a fait de tout son système existentiel sur ses douleurs, sans possibilité de critique et sans possibilité d'une quelconque mobilisation psychique et sociale.

La reconnaissance d'une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques permettra, nous l'espérons, d'alléger la charge du mari et pourra favoriser une entreprise thérapeutique psychiatrique ambulatoire, cohérente et prolongée, qui devrait comprendre une prise en charge psychothérapeutique de soutien sur le long terme, une prise en charge de type ergothérapeutique, une approche somatothérapeutique relaxante, une intervention sur le couple et la famille, en réseau. Seule une telle entreprise thérapeutique coordonnée pourra permettre une amélioration symptomatique sur le plus long terme.

8. Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

Non, mis à part que Mme D. \_\_\_\_\_ a confiance en son médecin traitant, M. le Dr L. \_\_\_\_\_, ce qui est déjà une chance pour elle.

Une fois reconnu le droit à une rente d'invalidité entière, ce confrère pourra tenter de mettre en œuvre la prise en charge psychiatrique contextuelle souhaitée, qui seule pourra soulager cette expertisée et éventuellement mobiliser la pathologie anxieuse et dépressive qui s'est fixée de manière jusqu'à présent irrémédiable depuis 2002.

En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant, dans ce cas force est de reconnaître qu'il a engendré une limitation de longue durée de l'incapacité de travail qui a conduit à une invalidité au sens de l'art. 4, alinéa 1 de la Loi sur l'Assurance Invalidité.

En effet, le trouble somatoforme douloureux persistant par sa sévérité et parce qu'il est associé à des facteurs de comorbidité psychiatrique, qui ont une importance dominante dans ce cas, n'a pas permis la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle.

Le processus maladif s'est étendu sur plusieurs années sans rémission significative et durable quelconques. De plus, il est constant qu'il y a eu chez cette expertisée une perte d'intégration

sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) et l'échec de tous les traitements ambulatoires, ceci en dépit des efforts que l'expertisée a fournis pour y adhérer et pour se faire aider.

Mme D.\_\_\_\_\_ n'a jamais arrêté de clamer «*qu'elle veut être guérie*»".

Après avoir soumis le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ au SMR pour appréciation, l'OAI se détermine le 28 août 2008 et propose d'interroger le médecin traitant de l'assurée en fin d'année afin qu'il se détermine sur l'efficacité du nouveau traitement. Il souhaite ensuite se déterminer sur le fond.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant, écrit le 23 octobre 2008 que sa patiente avait mal compris la nouvelle posologie et n'avait débuté le nouveau dosage préconisé par le Dr N.\_\_\_\_\_ que depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2008.

Le 9 janvier 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ indique que neuf semaines après l'adaptation de la nouvelle posologie, sa patiente ne signale aucun changement des douleurs cervicales ni des maux de tête. Il transmet en outre un rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 30 avril 2003 selon lequel la malformation de Chiari, type I, est connue pour stimuler une fibromyalgie et des douleurs invalidantes. Il joint aussi un rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, du 3 août 2004 qui décrit des troubles de la vision, de la déglutition, de la parole et de l'équilibre.

Le 30 janvier 2009, l'OAI propose, au vu du traitement inadapté prescrit à la recourante, de mettre sur pied une nouvelle expertise psychiatrique.

La recourante s'oppose le 5 mars 2009 à une nouvelle expertise.

Par écriture du 9 mars 2009, le juge instructeur refuse d'ordonner une nouvelle expertise et informe les parties qu'il sera statué sur le recours dès que l'état du rôle le permettra.

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

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, est donc recevable.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. s'agissant, notamment, d'un refus de rente.

**2. a)** Dans le cadre d'un contentieux objectif (sur cette notion, cf. Moor, Droit administratif, volume II, 2<sup>e</sup> éd., Berne 2002, pp. 530 ss), l'objet du litige est doublement circonscrit, à savoir par la décision attaquée, d'une part, et par les griefs formulés par le recourant, d'autre part, En

effet, le juge ne peut en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, conformément au principe dit du grief ("Rügeprinzip"), le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception est faite à cette règle lorsque les points non critiqués par le recourant ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413; 110 V 48, RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi et, le cas échéant, si celle-ci ouvre le droit à une rente de l'AI.

**3. a)** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité, laquelle prendrait naissance au plus tôt le 29 août 2002 doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2003, respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5147), n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

**4.** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**5. a)** Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 exprimées par 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 et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

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; ainsi, il convient 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 réf.; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007, précité, consid. 5.2).

**b)** La contestation de la recourante porte essentiellement sur le caractère invalidant de la fibromyalgie, respectivement du trouble somatoforme douloureux, dont elle souffre.

En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes

douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Pour les raisons qui viennent d'être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie.

La jurisprudence fédérale 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 49 précités). Ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 précité, consid. 3.3.1 et la référence). 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 des 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, critères dits de Mosimann). 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 des plaintes démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

**6. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante est atteinte de fibromyalgie. En effet, ce diagnostic a été posé par le Dr L. \_\_\_\_\_ dès 2003, par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en 2004, puis par les Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ en 2005. Quant au syndrome douloureux chronique, il est évoqué pour la première fois par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en 2004, puis par les Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ en 2005, avant d'être diagnostiqué par le Dr N. \_\_\_\_\_ en 2008 sous l'expression trouble douloureux somatoforme persistant. La fibromyalgie est également mentionnée par le Dr K. \_\_\_\_\_ en 2003. Dans son avis du 27 juillet 2005, le Dr Q. \_\_\_\_\_ écrit que l'on se trouve en présence d'une fibromyalgie/trouble somatoforme douloureux, laquelle ne constitue toutefois pas une affection invalidante au sens de la loi si elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique significative et/ou de facteurs d'aggravation dits de Mosimann.

Il s'agit dès lors d'examiner, à la lumière de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. supra consid. 5b), l'existence d'une éventuelle comorbidité psychiatrique et la présence de l'un ou l'autre des critères dégagés par la jurisprudence pour savoir si le trouble somatoforme douloureux, respectivement la fibromyalgie dont souffre la recourante constitue une affection invalidante au sens de la loi.

**aa)** S'agissant de l'existence d'une comorbidité psychiatrique, celle-ci est réservée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ (rapport d'expertise, p. 9), puis une pathologie psychiatrique est mise en évidence par les Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, avant d'être explicitée par l'expert N. \_\_\_\_\_.

Les médecins-psychiatres soulignent ainsi chez l'expertisée l'apparition de symptômes anxieux dépressifs, lesquels s'intensifient au fil des années, avant de se chronifier entre 2002 (cf. rapport d'expertise du

Dr N.\_\_\_\_\_, p. 12) et 2004 (cf. rapport d'expertise des Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, p. 4). Les experts s'accordent aussi à reconnaître l'existence d'une fatigue, d'importants troubles du sommeil, des angoisses intenses, ainsi qu'une diminution de la motivation et du plaisir (cf. respectivement pp. 5 et 11 des rapports d'expertise précités). Quant à l'intensité de l'épisode dépressif, elle est qualifiée par le Dr N.\_\_\_\_\_ de fluctuante, quoique se situant entre le degré moyen et sévère (p. 12). Outre le fait que l'assurée exprime des idées de dévalorisation, de désespoir, des idées de culpabilité dès lors qu'elle est incapable de s'occuper de son enfant et de travailler, elle nourrirait également des idéations suicidaires (cf. respectivement pp. 5 et 13-14 des rapports d'expertise précités). Les experts mettent en évidence une diminution des capacités d'attention et de concentration. Par ailleurs, ils ont noté une thymie triste et anxieuse, son visage exprimant en outre la souffrance. Ils relèvent également une attitude démonstrative, consistant à mettre en avant le cortège symptomatique douloureux, au demeurant reconnu par l'expert N.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise, p. 14).

On notera enfin que ce praticien reconnaît expressément l'existence d'une atteinte psychiatrique chronique, invalidante depuis août 2002, date à laquelle l'assurée doit être considérée comme décompensée. Ainsi, contrairement à ce que soutient le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son avis du 27 juillet 2005, la pathologie psychiatrique de l'intéressée ne saurait être réduite à un état dépressif moyen mais doit bien plutôt, au vu de ce qui précède, englober les affections retenues par le Dr N.\_\_\_\_\_ sur la base des constatations qu'il a opérées et qui recourent celles faites par les Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_.

L'existence d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère affectant l'assurée depuis le mois d'août 2002 doit donc être retenue sur la base des avis psychiatriques au dossier.

**bb)** Cela étant, la jurisprudence a déterminé une série de quatre critères permettant, à défaut d'une comorbidité psychiatrique,

d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux.

Il est ici patent que l'histoire médicale de l'assurée s'étend désormais sur plusieurs années, les premières manifestations de la symptomatologie dépressive remontant à 1992 (rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, p. 6), voire même aux années 1980 (rapport d'expertise des Drs P.\_\_\_\_\_, et S.\_\_\_\_\_, p. 3). Outre la symptomatologie somatique, il est constant que le processus malade n'a cessé de progresser et qu'il a conduit à un traitement psychiatrique sous forme de prise en charge par différents spécialistes notamment. Il est également constant que la recourante se plaint de son isolement social ("*elle n'a pratiquement plus de vie sociale*", "*nous vivions en vase clos*", p. 12 et 4 du rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_. Il convient également de noter que la responsable du stage au [...] a souligné que ce stage, effectué dans le cadre de l'assurance-chômage, avait été important pour l'expertisée "*pour la sortir de l'isolement dans lequel elle se trouve*" (rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, p. 12). Ce rapport d'expertise évoque aussi le fait que le mari de l'assurée lui reproche de rester au lit toute la journée et de ne rien faire (p. 4). Il lui reproche également leur isolement social. Il n'est pas non plus fait mention dans les rapports médicaux de contacts sociaux ou d'activités favorisant l'établissement de relations sociales suivies. La perte d'intégration sociale paraît donc manifeste. L'isolement social et familial avait du reste déjà été signalé par l'expert Z.\_\_\_\_\_ en 2004 (rapport d'expertise, p. 9). En ce qui concerne l'état psychique, force est de constater que, dès 1994, la recourante a présenté des troubles dépressifs, lesquels ont évolué de manière fluctuante dès cette époque, sans jamais toutefois se résorber, puisque l'expert N.\_\_\_\_\_ évoque en page 7 de son rapport la fixation, l'aggravation puis la chronification de la pathologie psychiatrique de l'expertisée. Enfin, l'expert N.\_\_\_\_\_ constate (p. 12) que "*l'évolution des troubles psychiques a été catastrophique depuis l'été 2002 et les résultats des thérapies ont été et sont largement insatisfaisants, pour ne pas dire nuls*". Il relève également que l'intéressée n'a pas supporté certains médicaments anti-douleurs, myorelaxants ou antidépresseurs (tels que le Tramal, le Lyrica et le Mydocalm). Même si l'OAI

paraît mettre en doute la compliance de la recourante et use de cet argument pour solliciter la mise en œuvre d'une nouvelle expertise (cf. avis médical du 13 août 2008), le Dr N.\_\_\_\_\_ souligne (p. 17) les efforts que l'expertisée a fournis pour adhérer à ces traitements et pour se faire aider. Au reste, le dossier ne contient pas d'éléments permettant de mettre en doute la compliance de l'assurée, laquelle répète du reste "qu'elle veut être guérie" (p. 5 et 17 du rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_). Les Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ relèvent aussi (p. 4) que l'assurée "*se plaint de douleurs intenses aux membres supérieurs et inférieurs, associées à des cervicalgies et maux de tête continus. L'expertisée se plaint également de vertiges, de sensations d'évanouissement et de fourmillement dans les mains. Ces symptômes ne s'améliorent pas malgré tous les médicaments prescrits et ce tableau l'accompagne depuis quatre ans*". L'échec des traitements prescrits est ainsi démontré, à preuve la modification du traitement en cours d'expertise (cf. rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, p. 12).

Au vu des considérations qui précèdent, il y a lieu de conclure que les critères de Mosimann sont en l'espèce réunis et se manifestent avec une certaine intensité et constance, de sorte qu'il y a lieu d'admettre, comme déjà relevé, le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont la recourante est atteinte. Subsiste encore à ce stade la question de la capacité de travail de l'assurée.

**cc)** Le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité totale de travail depuis le 29 août 2002 sur le plan somatique, tandis que le Dr Z.\_\_\_\_\_ a considéré que, sur les plans neurologique et rhumatologique, l'assurée était capable de travailler à 70 % dans l'activité habituelle (rapport d'expertise, p. 9). Il réserve toutefois l'existence de comorbidités psychiatriques significatives. En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, les Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ reconnaissent une incapacité totale de travailler depuis 2002, le Dr N.\_\_\_\_\_ estimant pour sa part qu'il convient de retenir une incapacité de travail totale depuis août 2002. Cela étant, il considère qu'il conviendrait de reconnaître une capacité résiduelle de travail de 30 %, "*pour laisser la possibilité d'une intervention*

*thérapeutique future, qui puisse la soutenir à reprendre d'abord une activité occupationnelle, puis pour rester particulièrement optimistes, une activité professionnelle dans le domaine qu'elle choisira, maximum à un taux de 30 %, dans un but plus thérapeutique qu'économique"* (p. 16). Si l'assurée indique qu'elle souhaiterait pouvoir retravailler (rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, p. 15), les Drs P.\_\_\_\_\_, et S.\_\_\_\_\_ observent que *"la persistance du trouble, son évolution défavorable, ainsi que l'importance des difficultés relationnelles et sociales rencontrées par Mme D.\_\_\_\_\_ nous rendent dubitatifs quant à une reprise de l'activité professionnelle dans les mois, voire les années à venir. Une prise en charge psychologique non centrée sur l'origine des troubles mais sur les plaintes de l'expertisée nous semble de nature à pouvoir aider cette dernière à moyen ou long terme, pour autant que Madame puisse adhérer à une telle démarche"* (rapport d'expertise, p. 6). Il y a lieu également de relever qu'à la suite des stages faits dans le cadre de l'assurance-chômage en 2006 avec un taux d'occupation de 50 %, il s'est avéré qu'il n'est pas possible d'imaginer que l'intéressée puisse trouver un emploi sur le marché du travail (rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, p. 12).

Hormis l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ qui conclut à une capacité de travail, au demeurant théorique (rapport d'expertise, p. 10), de 70 % sur le plan somatique, tout en réservant expressément l'existence de comorbidités psychiatriques significatives, force est de constater que la capacité de travail de l'assurée est nulle sur le plan psychiatrique. Toutefois, le Dr N.\_\_\_\_\_ estime qu'il y a lieu de la fixer à 30 % au maximum pour donner la possibilité aux médecins traitants de la recourante de l'aider à la sortir de son isolement social, à accepter un suivi psycho-socio-ergothérapeutique sur le long terme, donc à privilégier un but thérapeutique (rapport d'expertise, p. 16).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître à D.\_\_\_\_\_ une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité occupationnelle, permettant ainsi la mise en place d'une démarche thérapeutique psychiatrique ambulatoire, cohérente et prolongée.

On ajoutera au surplus qu'il n'est pas nécessaire de discuter ici plus avant l'aspect somatique, l'expert Z. \_\_\_\_\_ réservant expressément l'existence d'une comorbidité psychiatrique significative pour apprécier l'incapacité de travail (rapport d'expertise, p. 9).

**b)** En définitive, il convient de reconnaître sur la base notamment du rapport d'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_, lequel satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés plus haut (cf. supra consid. 5a) pour avoir pleine valeur probante, que la recourante souffre d'un trouble somatoforme douloureux invalidant et qu'elle présente une capacité de travail résiduelle de 30 % depuis le 29 août 2002. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il détermine les prestations revenant à D. \_\_\_\_\_ puis rende une nouvelle décision au sens des considérants.

**7. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD; cf. consid. 1 supra), des frais de justice ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, lesquels doivent être fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 2'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée.
- III.** Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il détermine les prestations revenant à D.\_\_\_\_\_ puis rende une nouvelle décision au sens des considérants.
- IV.** D.\_\_\_\_\_ a droit à une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laure Chappaz (pour D.\_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :