

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2010

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Jomini et Abrecht
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K._____, à Ecublens (VD), recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assurée), née le 4 août 1973, sans formation professionnelle, mariée, mère de deux enfants nés respectivement en 1995 et 1999, originaire du Portugal, est entrée en Suisse en 1993. Au bénéfice d'un permis C, elle a travaillé dès le 6 novembre 1999 en tant qu'auxiliaire d'expédition au service du Centre d'Impression [...]. L'employeur a résilié son contrat avec effet au 30 septembre 2002 en raison d'une restructuration interne. L'assurée s'est ensuite retrouvée au chômage.

Le 22 novembre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé une fibromyalgie ainsi qu'un état dépressif, existant depuis 2001-2002. Sur formule ad hoc, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% en tant qu'ouvrière-manutentionnaire, par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 20 décembre 2005 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr B._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de troubles somatoformes et de dysthymie, existant depuis 2003. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un status après splénectomie pour thrombopénie idiopathique. Il a également relevé ce qui suit:

"Depuis le début 2003, la patiente se plaint de douleurs diffuses prenant surtout la nuque, les épaules, le dos, douleurs allant en s'aggravant malgré les traitements entrepris. En ce qui concerne cette affection, la patiente est suivie depuis 2004 par la Dresse G._____, rhumatologue à Lausanne, de même, parallèlement, par la Dresse L._____, psychiatre. En ce qui concerne une éventuelle invalidité liée à cette affection, je vous prie de bien vouloir vous référer aux conclusions des rapports de ces deux médecins. En effet, je continue à suivre cette patiente pour sa thrombopénie mais ce sont les deux médecins susnommés qui prennent en charge les problèmes en relations avec les troubles somatoformes et la dysthymie".

Dans un rapport médical du 15 janvier 2006 adressé à l'OAI, la Dresse L._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de dysthymie, état anxieux, existant depuis l'été 2003; de syndrome somatoforme douloureux, existant depuis l'automne 2001 et de trouble de la personnalité. Son rapport comporte notamment les passages suivants:

"Constatations objectives

Patiente orientée selon les 3 modes. Pas de trouble d'allure psychotique. Pas d'atteinte cognitive. Faciès souvent triste et figé, pleurs fréquents. Tendance à la victimisation et à la démonstrativité. Traits d'immaturité affective, avec tendance à la dépendance, à la mise en échec de l'autre, à la projection et à la revendication. Personnalité de type faux-self. Refoulement de l'agressivité. L'humeur dépressive est fluctuante selon les séances. Par contre, angoisse flottante permanente. Très forte anxiété concernant les douleurs, le handicap physique, l'aggravation potentielle de son invalidité. Ruminations et scénarios catastrophes. Peu de capacité d'insight. Depuis l'introduction d'Anafranil, la symptomatologie dépressive s'améliore, mais l'évolution est fluctuante, et la patiente se plaint d'une prise de poids importante (14 kg) qui risque de compromettre la poursuite de cet anti-dépresseur complémentaire.

Répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée

A la suite de son licenciement en 2003, Madame K._____ n'a plus travaillé que quelques heures par jour comme aide au ménage chez une de ses voisines, et comme concierge dans l'immeuble où elle réside.

Elle invoque essentiellement comme responsables de ses difficultés à travailler, les douleurs souvent intenses qu'elle ressent, l'apathie, le manque de concentration et les vertiges.

Dans ce contexte, elle a même cessé son activité d'aide au ménage depuis la fin décembre 2005, évoquant le fait qu'elle mettait de plus en plus de temps à effectuer les tâches même les plus simples, et que certains gestes devenaient impossibles à accomplir (c.f. plaintes subjectives).

Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité?

Si une évolution de ses capacités n'a pas déjà eu lieu, ainsi qu'un bilan de compétences, je proposerai qu'ils soient effectués. Il faut tenir compte du fait que cette patiente n'a pas de formation professionnelle, et qu'elle a fait un parcours scolaire limité".

La Dresse L._____ a considéré que l'activité antérieure n'était plus exigible, la capacité de travail n'étant de surcroît pas susceptible d'être améliorée par des mesures médicales ou des mesures

professionnelles. Elle a estimé que l'état de santé de l'assurée s'aggravait. Compte tenu du type de personnalité présenté par l'assurée et d'une importante tendance à la victimisation, elle a prié l'OAI de s'adresser à un psychiatre choisi par ses soins, afin de pouvoir bénéficier d'un second avis, étant donné l'évolution "en dents de scie" de l'état de santé de l'assurée et du fait que depuis un mois, la symptomatologie dépressive était moins prédominante.

Dans un rapport médical du 2 mars 2006 adressé à l'OAI, la Dresse G. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de douleurs polytopiques de l'appareil locomoteur dans le contexte d'un probable trouble somatoforme douloureux assorti d'un état anxio-dépressif chez une patiente avec trouble de la personnalité associé. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu un status post splénectomie pour thrombocytopénie (1996) et un status post cure de hernie inguinale gauche (1990). Elle a en outre indiqué notamment ce qui suit:

"3. Anamnèse / 4. Plaintes subjectives

Mme K. _____ m'a consultée en mars 2004 pour avis rhumatologique complémentaire dans le cadre d'un tableau douloureux polytopique de l'appareil locomoteur évolutif depuis l'automne 2001. Sur la base des réinvestigations que j'ai pratiquées, outre les douleurs polytopiques chroniques de l'appareil locomoteur, la patiente présente un état anxio-dépressif qui contribue certainement à alimenter le tableau d'abaissement de son seuil douloureux.

[...]

Actuellement, elle tient une petite conciergerie mais éprouve, en raison des douleurs, d'énormes difficultés à maintenir sa capacité de travail et ressent des pressions de la part de son mari qui, dit-elle, la force à aller travailler. Son sommeil est mauvais, elle se sent fatiguée et présente diverses manifestations somatiques de type nausées, odynophagie, vertiges, troubles mnésiques, boule à la gorge ...

Actuellement, la patiente présente un tableau douloureux multiple associant des douleurs axiales sous forme de rachialgies cervicales et lombaires d'horaires mécaniques, à des douleurs polyarticulaires non inflammatoires, prédominant à l'hémicorps gauche, touchant mains, poignets, genoux, pieds, s'associant à des paresthésies à

type de brûlures ("j'ai le feu dans le corps"). S'y associent des troubles du sommeil, une intense fatigabilité, des céphalées qui avaient, en 1997, déjà fait l'objet de diverses investigations. En début de prise en charge, j'ai tenté de moduler le seuil douloureux par un traitement de Fluoxétine, actuellement adjoint de Zaldiar. Antérieurement, du Surmontil avait été tenté mais arrêté en raison d'effets secondaires de type endormissement et prise de poids. Vu la problématique psychiatrique sous-jacente, j'ai adressé la patiente pour évaluation et prise en charge à Mme Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dès lors, une modulation du traitement psychotrope a eu lieu avec augmentation de la posologie de la Fluoxétine et installation d'un traitement d'Anafranil. L'évolution, sur le plan de la thymie, a été en dents-de-scie avec aggravation en mai 2005 par l'apparition d'idées suicidaires, ultérieure nécessité de réduire la posologie de la Fluoxétine en juin 2005, en raison d'un possible syndrome sérotoninergique.

En septembre 2005, face à un tableau avec anamnèse d'absences, j'ai redemandé une évaluation neurologique avec EEG au Dr N._____, évaluation qui s'est avérée normale (cf. copie annexée).

5. Constatations objectives

Taille: 153 cm. Poids 60 kg. 13/18 des points de fibromyalgie sont positifs. Importants phénomènes ténomyogènes en chape cervico-scapulaire avec trigger points aux trapèzes, aux rhomboïdes. Intégrité des mouvements de la colonne cervicale. Schober lombaire de 10/15, distance doigts-sol à 10 cm. Normalité des amplitudes des articulations périphériques en l'absence de toute synovite. Jump signs à l'hémicorps gauche.

[...]

7. Thérapie / pronostic:

Divers essais de modulation du seuil douloureux par anti-douleurs, myorelaxants per os et topiques, AINS se soldent par des effets secondaires ou des échecs. La patiente réagit mal à la physiothérapie et n'aime pas l'eau. Sur le plan psychotrope, Fluoxétine 3cp/j et Anafranil avec suivi psychotérapeutique chez la Dresse L._____.

A visée antalgique, traitement de thérapie par signal pulsé (PST) au niveau cervical ayant permis un amendement transitoire des symptômes à ce niveau.

Pronostic: force est de constater que l'ampleur des plaintes et leur multiplicité ne sont pas corroborées par l'examen clinique qui ne met en évidence qu'une zone cervico-scapulaire cellalalgique, siège de phénomènes ténomyogènes marqués, sur un terrain au seuil douloureux perturbé. Ainsi actuellement, pour des raisons à l'avant-plan, d'ordre psychiatrique, la capacité de travail de Mme K._____ est perturbée mais il conviendrait certainement d'en apprécier l'importance par une expertise psychiatrique".

S'agissant de la capacité de travail, la Dresse G._____ a considéré qu'elle était de 50% dans l'activité de concierge, aucune autre

activité n'étant exigible. Elle estimait qu'il y avait une diminution de rendement, due à la fatigabilité, au trouble douloureux global et à une fragilité émotionnelle. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée. Tout en étant d'avis que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, elle a suggéré une évaluation psychiatrique.

Etait notamment joint au rapport de la Dresse G._____, celui établi le 12 octobre 2005 par le Dr N._____, spécialiste FMH en neurologie. Ce praticien y posait les diagnostics suivants:

"Diagnostic (s):

- Fibromyalgie
- Troubles anxio-dépressifs avec troubles somatoformes et neuropsychologiques
 - Troubles cognitifs dans le cadre d'une dépression
 - Céphalées de type tensionnel chroniques
 - Hémisyndrome sensitif gauche fonctionnel".

Le Dr N._____ a conclu son rapport comme suit:

"Mme K._____, une jeune patiente portugaise de 32 ans présente depuis environ 4 ans les symptômes d'une fibromyalgie. Elle est sous traitement pour un état anxio-dépressif chez la Dresse L._____. La patiente décrit des symptômes multiples et variables, elle est surtout inquiétée par l'arrivée des troubles de la mémoire depuis environ 6 à 12 mois. L'examen neurologique ne révèle pas d'anomalie, il y a les signes de la fibromyalgie. J'ai effectué une neurographie du nerf médian pour exclure un syndrome du tunnel carpien à cause d'une mention de paresthésies dans les membres supérieures. En effet il n'y avait pas d'anomalie sur le nerf médian ou sur le nerf ulnaire des deux côtés.

L'EEG ne démontre pas d'anomalie. Notamment il n'y a pas de signes d'une hyperirritabilité cérébrale.

En conclusion, il s'agit d'une fibromyalgie associée à un état anxio-dépressif qui se manifeste aussi avec des troubles somatoformes. Sur le plan neurologique, je peux retenir des céphalées de type tensionnel chroniques, il y a un hémisyndrome sensitif gauche fonctionnel et elle a des troubles cognitifs très probablement dans le cadre de sa dépression.

Je vous propose d'intensifier le traitement antidépresseur avec l'Anafranil pour améliorer pas seulement ses troubles du sommeil, mais également pour augmenter son seuil de la douleur. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de répéter l'IRM cérébrale. Je n'ai pas prévu de contrôle".

L'assurée a été examinée le 19 juin 2007 dans le cadre du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) par les Drs O._____,

spécialiste en médecine physique et rééducation, et X._____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 9 août 2007, ils n'ont posé aucun diagnostic affectant la capacité de travail. Sans répercussion sur celle-ci, ils ont retenu une fibromyalgie (16/18), un discret trouble de la statique rachidienne et dysbalances musculaires, un excès pondéral, un status post splénectomie pour thrombopénie idiopathique en 1997, un status post cure de hernie inguinale gauche en 1990 et une dysthymie. Le rapport d'examen contient notamment les passages suivants:

"Status ostéoarticulaire

L'assurée est calmement assise durant l'entretien qui dure 1 bonne heure, sans signe non verbal de douleurs ou de besoin de changer de position. Elle se lève d'un trait avec manifestations de douleurs, se déshabille/se rhabille sans difficultés. Elle se déplace sans boiterie, d'un pas lent.

Rachis: bascule du bassin de 1 cm en défaveur de la gauche avec discrète scoliose correspondante, ceinture scapulaire équilibrée. Légère hypercyphose en position assise, réductible. Mobilité cervico-dorsale complète et indolore. Mobilité lombaire complète mais douloureuse dans toutes les directions. Distance doigt-sol 13 cm, distance doigt-orteil en position assise 3 cm. Schober 30/32 cm respectivement 10/13 cm, mouvements harmonieux. Musculature cervico-scapulaire et para-vertébrale dorso-lombaire souples et non spécifiquement douloureuses à la palpation. Toutes les apophyses épineuses sont sensibles à la palpation tout comme les structures para-cervicales bilatérales, l'insertion de la musculature au bas du crâne. Articulations sacro-iliaques biens mobiles ddc.

Membres supérieurs: bonne mobilité de toutes les grandes articulations, douloureuse aux épaules et des coudes. Test de Jobe et palm up physiologiques provoquant des douleurs aux bras, plus marquées à G, respectivement à la colonne. Distance pouce-C7 21 cm à D, 16 cm à G, manœuvre également douloureuse. Pas d'épanchement, d'enflure, nœuds d'Heberden ou de rhizarthrose. Tous les tender points sont présents avec jump sign, plus marqué à la ceinture scapulaire.

Membres inférieurs: bonne mobilité de toutes les grandes articulations, douloureuse dans toutes les directions provoquant notamment des douleurs aux cuisses et aux fesses respectivement aux genoux; la mobilisation passive des chevilles provoque même des douleurs au bas du dos. Genoux calmes, ligaments stables, Zohlen négatif ddc; distance talon-fesse 4 cm à D, 8 cm à G. Douleurs à la palpation du grand trochiter, légèrement de la patte d'oie et de la malléole interne bilatérale. L'assurée peut s'accroupir (douleurs aux genoux) et s'agenouiller (douleurs aux orteils) complètement, elle se relève en s'appuyant sur le membre inférieur droit. Elle peut marcher sur les talons (douleurs aux chevilles) et les pointes des pieds (douleurs aux chevilles et aux orteils) de façon symétrique et complète.

Status psychiatrique

La présentation, le contact et la collaboration de l'assurée sont bons. La cognition est dans la norme. Il n'y a pas de troubles de la mémoire. L'orientation aux 3 modes est bonne. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni d'agitation. Le discours est cohérent, on ne retrouve pas de troubles du cours de la pensée ni du contenu de la pensée, l'assurée partage le focus d'attention.

En ce qui concerne les troubles de la série dépressive, le rapport du médecin psychiatre et le discours de l'assurée sont concordants quant à la rémission du trouble dépressif antérieur. Lors de l'examen psychiatrique, la thymie est bonne, il n'y a pas d'irritabilité ni de tristesse. On ne retrouve pas de ruminations existentielles, d'idées noires ou de tentation de suicide. L'assurée déclare trouver plaisir à la vie quotidienne, il n'y a pas de repli sur soi, par contre l'assurée décrit une fatigabilité et une perte d'estime d'elle-même quant au fait de ne pas avoir de travailler et de ne pas permettre une amélioration du status social de sa famille. Elle décrit aussi certains troubles de la mémoire immédiate qu'on ne retrouve pas lors de l'examen, il n'y a pas de troubles de la concentration ni de l'attention. L'appétit est conservé. Le sommeil est perturbé, elle s'endort facilement mais se réveille plusieurs fois par nuit. La libido est conservée.

En ce qui concerne les troubles de la série anxieuse, l'assurée décrit certaines crises d'angoisse passagères, itératives et de faible intensité. On ne retrouve pas d'éléments en faveur d'une anxiété généralisée, de trouble panique, de phobie sociale, d'agoraphobie, ni de trouble obsessionnel si ce n'est peut-être le fait que l'assurée inscrive dans son rôle de mère de famille un contrôle omniprésent dans la vie quotidienne. Par contre on ne retrouve pas de rituel ou de période de doute.

L'examen clinique psychiatrique ne retrouve pas de critères CIM-10 de trouble de la personnalité, pas plus que de trouble floride de la série psychotique.

En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme persistant, si Mme K. _____ déclare des douleurs persistantes de la tête aux pieds depuis 2003, on ne retrouve pas les critères de sévérité de la jurisprudence à savoir la détresse morale, la comorbidité psychiatrique, la perte d'intégration sociale ou l'inefficacité des traitements. En effet, l'assurée déclare un certain nombre d'activités sociales (participation aux activités de ses enfants, natation, danse, catéchisme, recevoir et être reçue chez de nombreux amis, avoir une vie sociale importante). On ne retrouve pas d'éléments en faveur d'un trouble des conduites alimentaires ou addiction, l'assurée déclarant une consommation nulle d'alcool, de tabac ou de drogues illicites. Le traitement psychiatrique actuel comprend des entretiens de soutien à raison de 1 x par mois et un traitement antidépresseur à base de Fluoxetine 2 comprimés le matin ainsi que du Tryptizol le soir 2 comprimés.

[...]

Appréciation consensuelle du cas

L'assurée nous dit qu'elle a des douleurs depuis son tout jeune âge, s'intensifiant nettement en 2001/2 dans le contexte de son licenciement. Les investigations ont permis d'exclure une lésion structurale, notamment une polyarthrite rhumatoïde, et le diagnostic de fibromyalgie est retenu.

Lors de l'examen de ce jour nous sommes en face d'une femme en bon état général, plaintive mais collaborante. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme avec une tendance à l'hypotension artérielle. La cicatrice abdominale est calme.

Le status ostéoarticulaire fait découvrir une légère scoliose avec dysbalances musculaires lombo-pélvi-crurale et un déconditionnement global. La mobilité rachidienne est bonne quoique douloureuse au niveau lombaire, avec une distance doigt-sol de 13 cm et doigt-orteil en position assise de 3 cm, l'index de Schober est 10/13 cm avec des mouvements harmonieux. La musculature para-vertébrale est souple, pas spécifiquement douloureuse.

On note une excellente mobilité des grandes articulations périphériques, douloureuse dans toutes les directions. Tous les tender points caractérisant la fibromyalgie sont présents à l'exception de l'épicondyle gauche le jump sign est présent dans la partie supérieure. Le status neurologique est dans les limites de la norme, 3/5 signes selon Waddell sont positifs parlant en faveur d'une majoration des plaintes. Le dossier radiologique confirme le minime trouble de la statique rachidienne, sans aucune modification dégénérative ou inflammatoire décelable.

En résumé cette assurée présente une fibromyalgie classique accompagnée de plusieurs troubles fonctionnels. L'inactivité consécutive a amené un certain déconditionnement global et musculaire ne permettant pas de compenser complètement la légère scoliose. Ceci est cependant réversible et une rééducation ciblée visant notamment la force-endurance de la musculature du tronc est susceptible d'améliorer la tolérance à l'effort. Actuellement, l'assurée ne peut certainement pas effectuer les travaux lourds mais dans toute activité dite féminine la capacité de travail est totale sans aucune diminution de rendement.

Sur le plan psychiatrique, nous sommes en présence d'une assurée âgée de 34 ans, sans formation professionnelle, mariée, mère de 2 enfants, au chômage depuis 2003, déposant une demande de rente AI le 22.11.2005 pour trouble somatoforme dysthymie.

Le rapport de la psychiatre traitant précise qu'après l'amendement du tableau dépressif initial, persistent des éléments en faveur d'une dysthymie. Notre examen clinique psychiatrique retrouve effectivement une tristesse anamnétique ainsi que des pleurs tout aussi anamnestiques, une fatigabilité, des troubles de mémoire et des troubles du sommeil, il n'y a par contre pas de ruminations existentielles et surtout pas de perte des plaisirs de la vie quotidienne. La CIM-10 précise que le tableau des dysthymies est à

retenir lorsque les sujets présentent des périodes de quelques jours ou quelques semaines pendant lesquels ils se sentent mal, fatigués, déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils dorment mal et perdent confiance en eux mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est tout à fait le cas de notre assurée puisqu'elle participe pleinement à l'éducation de ses enfants. Nous sommes donc en accord avec le rapport de la psychiatre traitant.

En ce qui concerne les éléments du trouble somatoforme douloureux, les critères de la jurisprudence ne sont pas retrouvés (comorbidité psychiatrique, perte d'intégration de la vie sociale, inefficacité des traitements) si bien que d'un point de vue asséculoologique ce syndrome douloureux ne peut être considéré comme invalidant.

Enfin notre examen clinique psychiatrique ne retrouve pas d'éléments en faveur d'un trouble de personnalité si bien qu'en dehors d'un tableau de dysthymie, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux persistant invalidant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Nous pouvons donc considérer que cet examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte de la capacité de travail de longue durée".

Sur la base de leurs constatations, les auteurs de ce rapport ont retenu que la capacité de travail était entière sur le plan physique et psychiatrique dans toute activité hormis toutefois les travaux lourds et ce, depuis toujours. Il n'y avait de surcroît aucune limitation fonctionnelle.

Dans un rapport d'examen SMR du 16 août 2007, la Dresse O._____ a notamment considéré ce qui suit:

"[...]

L'assurée nous dit avoir eu des douleurs déjà étant jeune fille, qui se sont accentuées en 2001-2002, s'étendant sur quasiment toutes les articulations et s'accompagnant de différents troubles fonctionnels. Sur le plan rhumatologique, une polyarthrite a pu être exclue, les différents examens approfondis pour les troubles de la médecine interne sont restés sans résultat. Finalement, le diagnostic d'une fibromyalgie est retenu. Sur le plan psychiatrique, on note l'installation d'une dysthymie accompagnant le trouble somatoforme en 2003, raison pour laquelle l'assurée est suivie en consultation psychiatrique de la Dresse L._____, depuis décembre 2004.

[...]

Le dossier radiologique confirme le minime trouble de la statique rachidienne, sans aucune modification dégénérative ou inflammatoire décelée.

Sur le plan psychiatrique, l'examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique, ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

En conclusion, cette assurée ne présente aucune atteinte à la santé invalidante, le léger trouble statique et le déconditionnement physique ne sont pas d'une gravité suffisante pour l'empêcher de travailler. Dans ce contexte, on noterait encore que la Dresse G._____, rhumatologue, n'atteste pas d'incapacité de travail et propose une évaluation psychiatrique, puisque toute réduction de la capacité de travail le serait pour des raisons d'ordre psychiatrique (RM 06.03.2006). La psychiatre traitante précise qu'après l'amendement du tableau dépressif initial, il n'y a que des éléments en faveur d'une dysthymie qui persistent.

Par conséquent, la capacité de travail de cette assurée est entière dans une activité professionnelle adaptée à son sexe et à sa constitution".

Par préavis du 14 novembre 2007, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à des prestations de l'AI (rente et mesures professionnelles). Le 10 janvier 2008, l'OAI a rendu une décision formelle confirmant son refus. Il a considéré sur la base de l'instruction médicale, en particulier de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué par le SMR, que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, si bien que sa capacité de travail raisonnablement exigible était entière, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité.

B. Par acte du 13 février 2008, K._____, recourt contre la décision précitée. Elle conclut principalement à sa réforme, en ce sens que le droit à une rente lui est reconnu; subsidiairement, à son annulation, le dossier étant retourné à l'autorité intimée pour nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, elle sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle soutient pour l'essentiel que son incapacité de gain est totale, que son état de santé se péjore et qu'elle réalise les critères posés par la jurisprudence en matière de fibromyalgie et de troubles somatoformes douloureux pour se voir reconnaître une atteinte à la santé invalidante, réduisant sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 3 avril 2008, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il considère en substance qu'au regard des conditions définies par la jurisprudence, la fibromyalgie dont souffre la recourante ne saurait être considérée comme invalidante au sens de la loi.

Le 7 mai 2008, la recourante sollicite l'audition de témoins, à savoir son mari et ses deux filles. Elle réitère en outre sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

Par duplique du 6 juin 2008, l'OAI estime que l'instruction au niveau médical est exhaustive, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en place d'autres mesures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 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 (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, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} 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 (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, 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 faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente.

3. a) 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).

b) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1^{re} phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins

constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Par ailleurs, 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; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (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; TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Un rapport du SMR peut avoir valeur d'expertise à moins qu'il n'existe des indices concrets qui plaident en défaveur de sa fiabilité (ATF 135 V 465).

4. Sur le plan *somatique*, la fibromyalgie exceptée, la Dresse O._____, se fondant sur des examens complets, estime qu'il n'y a pas d'incapacité de travail, dès lors que le léger trouble statique et le déconditionnement physique ne sont pas d'une gravité suffisante pour empêcher la recourante de travailler. Les travaux lourds doivent cependant être évités. Ni le Dr N._____, ni le Dr B._____ ne se prononcent sur cette question, ce dernier renvoyant à l'avis de la Dresse G._____. Quant à cette praticienne, elle n'atteste pas d'incapacité de travail et propose une évaluation psychiatrique, puisqu'il n'y aurait réduction de la capacité de travail que pour des raisons d'ordre psychiatrique. Il n'y a ainsi aucun avis de spécialiste mettant en doute l'appréciation de la Dresse O._____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de cette praticienne.

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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; 102 V 165; Pratique VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). La fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la

jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 ss 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. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif 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 traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins

on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 77).

b) En l'espèce, les Drs X._____ et O._____ ne retiennent pas de comorbidité psychiatrique. La Dresse L._____, psychiatre traitant, pose les diagnostics de dysthymie, état anxieux, de syndrome somatoforme douloureux et de trouble de la personnalité. La Dresse L._____ note que la recourante se plaint de troubles de la concentration et de la mémoire, évoquant également des troubles du sommeil associés à des pleurs fréquents. La recourante se dit en outre angoissée et irritable, nourrissant par moments des idées noires. Elle craint que son état ne s'aggrave et dit manquer d'estime d'elle-même. De son côté, le Dr N._____, neurologue FMH, retient les diagnostics de troubles anxio-dépressifs avec troubles somatoformes et neuropsychologiques, de troubles cognitifs dans le cadre d'une dépression et de fibromyalgie. Pour leur part, les Drs X._____ et O._____, du SMR, constatent aussi, à l'issue de l'examen clinique psychiatrique, une tristesse anamnestique ainsi que des pleurs, également anamnestiques, une fatigabilité, des troubles de la mémoire et des troubles du sommeil mais, après avoir examiné chaque critère du trouble de la personnalité selon la CIM-10, ils ont conclu à l'absence d'un tel trouble. Les médecins du SMR ne mettent pas non plus en évidence d'éléments en faveur d'un trouble panique, ni d'un trouble obsessionnel. Par ailleurs, leur examen clinique psychiatrique ne révèle pas de signes de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux persistant invalidant.

Quant au diagnostic de dysthymie, il a été posé par les Drs B._____, L._____, X._____ et O._____. Outre le fait que le diagnostic du Dr B._____ n'est pas documenté, la Dresse L._____ a sollicité l'avis d'un deuxième psychiatre choisi par l'OAI, compte tenu de l'évolution qu'elle a qualifiée de fluctuante de l'état de santé de la recourante et du fait de l'atténuation de la symptomatologie dépressive. Les médecins du SMR écrivent que la "CIM-10 précise que le tableau des

dysthymies est à retenir lorsque les sujets présentent des périodes de quelques jours ou quelques semaines pendant lesquels ils se sentent mal, fatigués, déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils dorment mal et perdent confiance en eux, mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est tout à fait le cas de [la recourante] puisqu'elle participe pleinement à l'éducation de ses enfants. Nous sommes donc en accord avec le rapport de la psychiatre traitant". Les médecins du SMR déduisent de ce qui précède qu'en dehors d'un tableau de dysthymie, leur examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte de la capacité de travail de longue durée. Cette appréciation n'est au demeurant pas fondamentalement remise en cause par les médecins traitants de la recourante.

En définitive, la Cour de céans est d'avis que seule peut être retenue, au titre de comorbidité psychiatrique significative, une dysthymie (F34.1). Or, un tel trouble ne présente pas une gravité, une acuité et une durée suffisantes pour être considéré comme invalidant (cf. consid. 5a supra; cf. aussi ATF 130 V 352 consid. 3.3.1).

c) Il convient donc d'examiner les autres critères de gravité de la fibromyalgie et troubles assimilés, tels que définis par la jurisprudence.

Le dossier constitué ne contient pas d'éléments fondant l'existence d'affections corporelles chroniques provoquant une incapacité de travail (cf. consid. 4 supra). Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. La recourante annonce en effet aux médecins du SMR un certain nombre d'activités (piscine, aquagym, broderie, catéchisme) et participe aux activités de ses enfants. Elle déclare entretenir une importante vie sociale, reçoit et est reçue chez de nombreux amis. Elle indique trouver plaisir à la vie quotidienne. En ce qui concerne l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), il n'y a pas d'élément au dossier en faveur de ce critère. Qui plus

est, la Dresse L._____ a évoqué à cet égard une évolution fluctuante. Enfin, il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, la Dresse L._____ faisant même état d'une amélioration de la symptomatologie dépressive à la suite de l'introduction d'Anafranil.

La présomption que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée.

d) Vu ce qui précède, le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 9 août 2007, qui comporte une anamnèse, relate les plaintes de la recourante, ne comporte pas de contradictions, procède d'une étude approfondie du cas de la recourante, dont les conclusions sont claires et bien motivées a valeur probante, au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3c supra). Au reste, la recourante ne fait valoir aucun avis ou certificat médical dans le cadre de son recours rendant compte de la poursuite de traitements ou d'une péjoration de son état de santé.

En conséquence, force est de constater que tant sur le plan somatique que psychique, la capacité de travail de la recourante est entière.

Le droit à des prestations de l'AI (rente et mesures professionnelles) n'est ainsi pas ouvert.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une audition de témoins, ni d'une expertise.

En définitive, la décision querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée.

7. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de K._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme K. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :