

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2009

Présidence de Mme D I F E R R O D E M I E R R E
Juges : Mme Röthenbacher et M. Jomini
Greffier : Mme Parel

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à Villeneuve, recourante, représentée par Asllan Karaj, à
Lausanne

et

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

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

E n f a i t :

A. H._____, née le 15 mars 1962, originaire d'Ex-Yougoslavie, s'est établie en Suisse le 22 août 1988; elle est au bénéfice d'un permis C. Mariée et mère de deux enfants nés en 1985 et 1987, elle ne dispose d'aucune formation professionnelle. Elle a travaillé en qualité de lingère de 2000 à 2002 et comme nettoyeuse du 1^{er} mai 2002 au 31 décembre 2002. L'assurée a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004.

Le 13 septembre 2005, H._____ a déposé une demande de rente AI en faisant état de douleurs chroniques au dos depuis une dizaine d'années.

Sur le formulaire complémentaire à sa requête AI, l'assurée a précisé que, si elle était en bonne santé, pour des raisons financières, elle travaillerait à temps complet à l'extérieur dans une activité ménagère ou ouvrière.

Il résulte de l'extrait de son compte individuel AVS que l'assurée a encore travaillé en 2004, réalisant un salaire annuel soumis à cotisations AVS de 2'442 francs.

Dans son rapport médical du 19 novembre 2005, le médecin traitant de l'assurée, le Dr I._____, généraliste à Clarens, a indiqué que celle-ci souffrait d'une lombo-sciatalgie D chronique et de fibromyalgie depuis 1997 ainsi que d'obésité (BMI 35,6) et de HTA (hypertension) depuis 2004. La HTA a été d'emblée difficile à traiter, induisant de fortes céphalées. Elle est toutefois actuellement bien contrôlée. Le praticien a précisé que l'assurée avait été en incapacité de travail à 50 % du 1^{er} décembre 2002 au 31 juillet 2003, à 100 % du 25 septembre 2003 au 31 octobre 2003 et à 100 % du 24 janvier 2005 au 7 février 2005 et que son état était stationnaire.

Dans l'annexe au rapport médical, le Dr I. _____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'alors par l'assurée était encore exigible à 50 %, sa diminution de rendement étant du même pourcentage. Selon lui, il n'y a pas d'amélioration possible de la capacité de travail dans le poste occupé jusqu'alors par sa patiente. Il est possible d'exiger de l'assurée qu'elle exerce sans diminution de rendement une autre activité, laquelle ne doit pas comporter de ports de charge supérieure à 10 kg ni le maintien prolongé de position. Il a encore précisé que l'assurée ne pouvait pas se tenir dans la position à genoux ou accroupie ni incliner le buste, que les mouvements des membres et du dos devraient être occasionnels qu'il ne lui est pas possible ni de se baisser, ni d'exercer un horaire irrégulier, de travailler en hauteur ou de se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.

Dans le rapport médical qu'il a établi le 30 janvier 2006, le Dr I. _____ a rectifié son précédent rapport en ce qui concerne les incapacités de travail de l'assurée. Il a indiqué que celle-ci avait été en incapacité de travail à 100 % du 1^{er} mars 2001 au 11 mars 2001, du 12 juin 2001 au 26 juin 2001, du 25 septembre 2001 au 2 octobre 2001, du 25 septembre 2002 au 30 novembre 2002, puis à 50 % du 1^{er} décembre 2002 au 31 juillet 2003, du 25 septembre 2003 au 31 octobre 2003 et du 24 janvier 2005 au 7 février 2005. Il a également précisé que les différents travaux de ménage dont elle s'acquitte se font avec de plus en plus de difficultés depuis 5 ou 6 ans. Ses douleurs et limitations fonctionnelles sont de plus en plus persistantes et, de lombo-sciatalgie, les douleurs se sont transformées en totalgie. Enfin, la tolérance de l'assurée à l'effort, même ménager, s'est bien réduite. A son rapport, le Dr I. _____ a joint les rapports médicaux établis par les Drs L. _____ et V. _____ de l'Hôpital G. _____, à Vevey, U. _____ et J. _____, médecin-chef adjoint et médecin assistant à la Clinique N. _____, à Glion, et le Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne.

Le rapport de radiologie établi le 23 octobre 2002 par le Dr L. _____ indique ce qui suit :

"(...)

Les radiographies de la colonne lombaire face et profil montrent une attitude scoliothique à convexité droite sans rotation des corps vertébraux. Les espaces intervertébraux sont conservés. Discrète spondylose lombaire L4-L5. Pas de fracture, fissure ou luxation. Les parties molles paravertébrales ne sont pas tuméfiées. Les articulations sacro-iliaques sont d'aspect normal. Discrète bascule du bassin au détriment du côté gauche évaluée à 1 cm.

Les radiographies de la cheville ne montrent pas de fracture, fissure ou luxation. Les parties molles ne sont pas tuméfiées. Os surnuméraire en arrière de l'astragale."

Dans la lettre qu'il a adressée le 29 octobre 2002 à l'attention du médecin responsable de la Clinique N._____, le Dr V._____ expose que l'assurée a séjourné dans le service de médecine interne de l'Hôpital G._____ du 22 octobre 2002 au 25 octobre 2002, date de son transfert à la Clinique N._____. Le motif d'admission était une fibromyalgie avec crise douloureuse résistant au traitement ambulatoire. Le diagnostic principal retenu à sa sortie est celui de lombo-sciatalgie droite non déficitaire (sur probable discopathie L4-L5) avec comme diagnostic secondaire une fibromyalgie. Il a relevé comme comorbidités : un état dépressif, une obésité avec BMI à 30, un status post appendicectomie, un status post césarienne et un status post hospitalisation pour infection abdominale d'origine x. Le praticien relève qu'à l'entrée, la patiente était fatiguée, abattue, se plaignant de douleurs au niveau des vertèbres lombaires, de la fesse et de la cheville droites, sans traumatisme anamnésique. Des douleurs électives lors de la palpation digitale de 14 des 18 points à prendre en compte lors de fibromyalgie ont été notamment constatées. La patiente a été mise au repos maximal avec traitement antalgique (Dafalgan, Irfen et Fragmine). Un traitement par physiothérapie antalgique et relaxante a également été prescrit. Dans le cadre du traitement de la fibromyalgie, un traitement antidépresseur (Saroten) a été instauré.

Par lettre du 2 décembre 2002, les Drs U._____ et N._____ la Clinique N._____ ont informé le Dr W._____ de l'Hôpital G._____ que l'assurée était rentrée le 13 novembre 2002 à son domicile. Les diagnostics retenus sont :

- fibromyalgie,
- lombo-sciatalgie D sur début de discopathie L4-L5,
- troubles de l'adaptation anxio-dépressif.

Les médecins ont indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une prise en charge complète. A cet égard, ils relèvent notamment ce qui suit :

"(...)

Avec une physiothérapie de mobilisation, de renforcement musculaire et antalgique, on constate au terme du séjour une plus grande souplesse au niveau de la ceinture scapulaire et une diminution des contractures paravertébrales lombaires. Même si la patiente se plaint de la persistance de ses douleurs, on observe l'absence de position antalgique vicieuse.

La force musculaire aux MI est à M4+. La marche et l'utilisation des escaliers, sont notées (...) au M.I.F respectivement à 7 et 6.

En éducation physique adaptée à visée à la fois de renforcement musculaire et d'antalgie, les objectifs ne sont que partiellement remplis, à la fois à cause de la souffrance et à cause d'une mauvaise compréhension des consignes.

En ergothérapie, la patiente a assimilé les consignes rachidiennes. Elle est indépendante au niveau des activités de la vie quotidienne. Elle ne nécessite aucun moyen auxiliaire.

La patiente a eu tout au long de son séjour un soutien psychologique de type sophrologie. Sa participation reste néanmoins limitée en raison de son français très rudimentaire.

En art thérapie, on constate une apathie totale, à la fois dépressive, mais aussi une méconnaissance de l'image corporelle, qui se traduit d'ailleurs par une "totalgie".

En conclusion, Mme H. _____ présente des douleurs fibromyalgiques résistant au traitement médicamenteux habituel. Elle n'est soulagée que partiellement par de la physiothérapie. Il existe d'ailleurs une souffrance dépressive, que minimise la patiente (perte d'emploi essentiellement).

La TA durant le séjour était dans les limites de la normes (...) et le pouls régulier à 80/min.

(...)

Arrêt de travail à 50 % pour une durée indéterminée.

(...)"

Le 3 juin 2003, le Dr C. _____ a adressé au médecin-conseil de l'assurance perte de gain dH. _____ un rapport d'examen, qui relève notamment ce qui suit :

"(...)

Suite à votre demande du 30 avril 2003, (...), j'ai reçu la patiente prénommée à ma consultation du 19 mai 2003. (...)

ANAMNESE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

(...) Elle est au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% dès le 25/09/02 pour les affections que nous allons détailler ci-dessous. Une reprise à 50% était possible depuis le 01/12/2002 si bien qu'elle est actuellement au bénéfice des allocations de chômage à 50% depuis le 01/01/03 ainsi qu'aux prestations perte de gain à 50% depuis le 01/12/02.

Une reprise complète n'a pas été signifiée pour le moment.

(...)

AFFECTION ACTUELLE

Dans son certificat du 09/12/02, le Dr I. _____ indique que sa patiente souffre d'une **fibromyalgie** ainsi que d'un **état dépressif**. Il souligne que l'état douloureux chronique s'est installé de manière progressive depuis quelques mois devenant insupportable et à l'origine d'une incapacité complète de travail

dès le 25/09/02.
(...)

PLAINTES SUBJECTIVES

Mme H. _____ fait état de douleurs diffuses prédominant au rachis. Elle estime que l'évolution est défavorable sans modification depuis le séjour à la N. _____. Elle précise qu'il existe un fond douloureux chronique avec des douleurs inchangées depuis plus d'un an, non modifiées par les médicaments ou la physiothérapie.

Elle se plaint d'un blocage cervical avec douleurs diffusant dans le dos ainsi qu'à l'ensemble de la jambe droite et se plaint d'un blocage des deux épaules, de céphalées chroniques journalières. Actuellement, elle doit prendre de temps à autre du Dafalgan comme seul traitement. Il n'est plus prescrit de physiothérapie. A noter qu'il n'est pas fait état de lâchage, de déficit moteur ou sensitif, d'impulsivité à la toux ou au Valsalva ou de trouble sphinctérien. Du fait de ces douleurs, la patiente décrit une difficulté à porter des charges, à marcher, à rester debout longtemps sans bouger ou assis.

CONSTATATIONS OBJECTIVES

Bon état général. (...)

Examen cardiovasculaire : pas de signe de décompensation cardiaque gauche ou droite, pas d'œdème, les artères périphériques sont bien palpées, présence d'un souffle systolique 2/6 à la base cardiaque, pas d'irradiation, pas de galop.

L'examen pulmonaire est dans les normes.

Examen neurologique : droitière, la marche est effectuée sans boiterie, la marche sur la pointe et les talons est tenue, l'accroupissement et le relèvement est aisé, le Romberg est stable. Il n'y a pas d'amyotrophie en particulier des membres inférieurs (...). Les réflexes sont obtenus de manières symétriques sauf aux achilléens où ils sont plus faibles des deux côtés. Les cutanés plantaires sont indifférents. Il n'y a pas de déficit moteur ou sensitif mis en évidence. Le signe de Lasègue est négatif des deux côtés, Braggar négatif.

Examen ostéo-articulaire : il est mis en évidence des douleurs à la palpation de la musculature fessière des deux côtés, des régions péri-trochantériennes des deux côtés. En revanche, il n'est pas constaté de douleur à la palpation de la région cervico-scapulaire, pas de douleur non plus à la palpation des épicondyles ou de la jonction chondro-costale. Absence de tuméfaction de moyennes et petites articulations. Pas de synovite.

Examen du rachis : attitude en hyper lordose modérée. (...)

Absence de contracture ou de dysfonction segmentaire dorsale.

La mobilité du tronc est conservée avec des rotations symétriques. (...) Légère douleur à la palpation et à la percussion de L2-L5, douleur également à la palpation de la jonction lombosacrée droite et gauche.

Par ailleurs les épaules sont bien mobiles avec une élévation antérieure complète, une abduction non douloureuse (...) les hanches sont biens mobiles, les genoux présentent un morphotype en valgus (...)

APPRÉCIATIONS

(...) A aucun moment il a été mis en évidence de déficit sensitif ou moteur, il est fait de fibromyalgie. A l'examen de ce jour, les critères pour un tel diagnostic descriptif ne sont pas remplis.

Si l'on considère l'évolution actuelle, il apparaît clairement que même s'il persiste des douleurs résiduelles, il n'y a actuellement aucune limitation fonctionnelle. Durant l'examen, il n'a pas été mis en évidence d'incohérence ou de limitation de la collaboration. Les signes de Waddell étaient négatifs et nous n'avons pas observé non plus de trouble de la thymie ou de labilité émotionnelle. La collaboration était bonne et nous ne pensons pas qu'il existe une comorbidité psychiatrique significative.

(...)

je pense en effet qu'une reprise complète des activités professionnelles est possible et ce à 100%.

(...)

Du fait de ces antécédents et de la présence de lombalgies, Mme H._____ doit donner la préférence à une activité professionnelle respectant les règles d'hygiène lombaires évitant ainsi les travaux lourds, les ports de charge de plus de 15 à 20 kg ou les mouvements répétitifs du rachis sans porte-à-faux. Cela étant, un travail d'employée de maison respecte ces limites fonctionnelles et paraît donc adapté.

(...)"

Dans son avis médical du 31 octobre 2006, le Dr K._____ du SMR (Service médical régional AI) a relevé que les indications relatives aux incapacités de travail étaient contradictoires et qu'il convenait de demander des précisions au médecin traitant.

Dans son rapport du 22 décembre 2006, après avoir rappelé les dates et pourcentages d'incapacité de travail de sa patiente indiqués dans son précédent rapport, le Dr I._____ a confirmé que l'assurée souffrait de lombo-sciatalgie D chronique et de fibromyalgie depuis 1997, ainsi que d'hypertension artérielle, d'obésité et de fréquentes céphalées de tension depuis 2002; il a précisé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux. Dans l'annexe au rapport médical, il a notamment indiqué que l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'alors par l'assurée était de 50 %, que dite activité pouvait encore être exercée à 50 %, que la diminution de rendement était de 50 %, qu'on pouvait exiger de l'assurée une autre activité à raison de 4 heures par jour, pour autant que l'activité

exclue des ports de charges de plus de 5 kg, ou le maintien prolongé de la même position, étant précisé que la capacité de travail de l'assurée dans une telle activité n'entraînerait pas de diminution de rendement.

Dans son rapport du 1^{er} mars 2007, le Dr K._____ du SMR a relevé que le médecin traitant de l'assurée n'avait pas attesté de nouvelles incapacités de travail dans son dernier rapport.

Par projet de décision du 9 mars 2007, l'OAI a rejeté le droit de l'assurée à des prestations AI, pour le motif que ses incapacités de travail n'avaient été que de courte durée, de sorte que l'on ne pouvait admettre que l'atteinte à la santé était invalidante au sens de la loi. Selon l'office, la capacité de travail de l'assurée était exigible à 100 % dans toute activité de son choix, considération confirmée par le fait qu'elle bénéficiait des prestations de chômage pour une aptitude au placement de 100 %.

Le 1^{er} avril 2007, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, en faisant valoir qu'elle était actuellement inapte à n'importe quel placement à cause des douleurs et de sa perte de gain totale.

Par pli du 19 avril 2007, le mandataire d'H._____, Asllan Karaj, Docteur en droit qui exploite un cabinet de conseil juridique à Lausanne, a produit, au nom de l'assurée, l'attestation médicale établie par le Dr I._____ le 4 avril précédent. Il a requis de l'OAI qu'il reconsidère sa décision en prenant en considération l'état de santé et l'incapacité entière de travail de sa mandante.

Dans l'attestation établie par le Dr I._____ le 4 avril 2007, celui-ci a indiqué que sa patiente souffrait depuis plusieurs années d'un syndrome lombo-vertébral chronique sur troubles statiques et dégénératifs du dernier segment lombaire. Il a précisé que l'assurée souffrait également de troubles anxio-dépressifs, de polyinsertionite douloureuse à très douloureuse et de cervicalgie chronique lui causant de fréquentes céphalées de tension. Il a ajouté qu'elle était aussi traitée pour HTA et relevé qu'elle ne passait pratiquement aucun jour sans douleur et

que, très limitée dans l'exécution des tâches quotidiennes, elle devait souvent se reposer après un petit travail.

Dans son avis médical du 18 juin 2007, le Dr P._____ du SMR a indiqué que l'attestation médicale établie par le Dr I._____ ne contenait aucun élément nouveau de nature à modifier la position de l'OAI. Il a relevé que le praticien n'avait en particulier pas mentionné d'incapacité de travail de longue durée.

Par décision du 23 janvier 2008, l'OAI a rejeté le droit de l'assurée à des prestations AI en confirmant les motifs du projet de décision du 9 mars 2007. Dans la lettre accompagnant la décision proprement dite, il a complété ses motifs en indiquant que l'obésité attestée par le Dr I._____ n'était pas en soi constitutive d'invalidité, une invalidité ne pouvant être admise que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé, de sorte que la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles. A cet égard, l'office a rappelé que, selon un principe général du droit des assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage en entreprenant lui-même tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui pour atténuer le plus possible les effets de l'atteinte à la santé et mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail.

B. Par acte de son mandataire Asllan Karaj du 18 février 2008, H._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 23 janvier précédent, en concluant à ce que la décision entreprise soit réduite à néant et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente AI complète sur la base d'un taux d'invalidité de 70 % au moins. Elle soutient notamment que la fibromyalgie qu'elle présente constitue une atteinte invalidante au sens de l'AI.

Dans sa réponse du 2 avril 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Rappelant la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la

fibromyalgie, il a fait valoir que la recourante ne remplissait pas les critères requis pour que cette affection soit considérée comme invalidante. En particulier, il a relevé que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique pouvant constituer une comorbidité psychiatrique importante dans son acuité, sa gravité et sa durée, telle un état dépressif majeur.

La réponse a été communiquée à la recourante, qui n'a pas déposé de déterminations complémentaires dans le délai imparti.

E n d r o i t :

1. a) Le présent recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 28 janvier 2008 et à l'octroi d'une rente AI complète, basée sur un taux d'invalidité de 70 % au moins. Interjeté le 18 février 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, et satisfaisant aux autres exigences formelles, il est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales]; RS 830.1).

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière.

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).

2. a) Exception faite des états de fait spécifiques qui tombent dans le champ d'application de la disposition transitoire de l'art. 82 al. 1

première phrase LPGA, le droit matériel applicable est déterminé par les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 329, consid 2.2 et 2.3; 130 V 445). En l'espèce la décision attaquée a été rendue le 23 janvier 2008. Par conséquent, les modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont applicables au présent cas.

b) Dans une procédure de recours de droit administratif (art. 92 ss LPA-VD), l'objet du litige est doublement circonscrit, par la décision attaquée, d'une part, et par les griefs formulés par le recourant contre celle-ci, d'autre part. Ainsi, 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 faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413; ATF 110 V 48; RCC 1985 p. 53).

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 pleine rente AI.

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.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Selon l'art. 28 al. 1 let b LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable.

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

b) 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).

c) 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 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 de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie; 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 très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

4. a) En l'espèce, il résulte des différents rapports médicaux versés au dossier que la recourante souffre de fibromyalgie, de lombo-sciatalgie, d'obésité, d'hypertension artérielle et d'un trouble anxio-dépressif. Si le médecin traitant de la recourante considère que l'atteinte à la santé de sa patiente dans son activité habituelle induit une incapacité de travail à 50 % (pleine capacité dans une activité adaptée), principalement en raison des douleurs quotidiennes que celle-ci ressent, tel n'est toutefois pas l'avis du Dr C._____, qui a examiné la recourante à la demande de l'assurance perte de gain de l'assurée en mai 2003. Ce médecin spécialiste FMH en médecine interne a en effet constaté que l'examen auquel il avait procédé n'avait à aucun moment mis en évidence de déficit sensitif ou moteur. Selon lui, même s'il persistait des douleurs résiduelles, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. En outre, l'examen n'avait pas mis en évidence d'incohérence ou de limitation de la collaboration, les signes de Waddell étaient négatifs et il n'avait pas observé non plus de trouble de la thymie ou de labilité émotionnelle. La collaboration était bonne et il ne pensait pas qu'il existe une comorbidité psychiatrique significative. Le Dr C._____ était dès lors d'avis qu'une reprise complète des activités professionnelles était possible à 100% dès le 3 juin 2003, date de son rapport. Dans ces conditions, il faut admettre avec l'intimé que, même si la recourante souffre de fibromyalgie, en l'état actuel cette affection ne remplit pas les critères posés par la jurisprudence pour être considérée comme invalidante. Certes, dans son attestation médicale du 4 avril 2007, le Dr I._____ a évoqué le trouble anxio-dépressif dont souffre la recourante, lequel était également évoqué par le Dr V._____ de l'Hôpital G._____ et les Drs U._____ et J._____ de la Clinique N._____ en 2002. Le médecin traitant de la recourante n'a toutefois pas donné de précision quant au degré de gravité de ce trouble ou à sa durée, ne faisant en particulier pas état d'un état dépressif majeur ou d'un état psychique cristallisé. A cela s'ajoute que le dossier ne contient aucune indication quant à un quelconque suivi psychiatrique de la recourante, ni par le passé ni à l'heure actuelle, l'assurée ayant seulement reçu une prescription d'antidépresseurs alors qu'elle était hospitalisée à l'Hôpital G._____ à la fin de l'année 2002. Il n'est en outre nulle part indiqué dans

le dossier de la recourante que celle-ci souffrirait d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ou que les traitements ambulatoire et stationnaire destinés à soulager ses douleurs chroniques ont été voués à l'échec. Bien au contraire, il ressort du rapport des Drs U._____ et J._____ de la Clinique N._____ que la recourante a tiré bénéfice, même partiellement, de la physiothérapie et des autres traitements (sophrologie, ergothérapie) qui lui ont été prescrits durant son séjour, puisqu'elle a retrouvé plus de souplesse. Le Dr C._____ relève quant à lui que la recourante ne souffre pas de déficit moteur ou sensitif, en ajoutant que, même si, lors de l'examen médical, elle se plaignait de douleurs chroniques sans amélioration, elle a déclaré qu'elle prenait pour seul médicament du Dafalgan de temps à autre et qu'aucun traitement de physiothérapie ne lui avait plus été prescrit. Cela étant, on ne saurait considérer que la recourante souffre de fibromyalgie invalidante au sens de la loi et de la jurisprudence.

b) Quant aux autres troubles dont souffre la recourante, il suffit de relever qu'aucun rapport médical ou élément du dossier n'attestent que l'obésité ou l'hypertension artérielle seraient à l'origine de ses incapacités de travail. Les motifs développés par l'intimé dans sa réponse en ce qui concerne l'impossibilité à tenir la première pour invalidante peuvent au surplus être confirmés. Quant à la seconde, il convient de relever que, de l'avis du médecin traitant lui-même, elle est sous contrôle.

Au demeurant, il résulte des rapports médicaux établis par le médecin traitant de la recourante que celle-ci a présenté pour l'essentiel des incapacités de travail de courte durée.

En conclusion, l'on ne saurait considérer que la recourante souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi (art. 8 LPGA et 4 LAI) lui ouvrant le droit à des prestations AI. Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée.

5. 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1^{er} juillet 2006).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. Asllan Karaj, conseil juridique, chemin des Cèdres 6, case postale 2443, 1004 Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité AI pour le canton de Vaud, Avenue du Général Guisan 8, 1800 Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :