

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 novembre 2010

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Lanz Pleines et M. Neu  
Greffier       :       M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (FSIH), à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 88a RAI**

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

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 1<sup>er</sup> novembre 1957, ressortissante bosniaque, en Suisse depuis 1988, mariée, mère de 4 enfants, nés respectivement en 1977, 1979, 1981 et 1989, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 26 septembre 2002, sollicitant l'octroi d'une rente. Sans formation, elle a travaillé comme ouvrière de production chez R.\_\_\_\_\_ depuis le 12 juin 1990 jusqu'au 30 septembre 2002, date de son licenciement pour maladie de longue durée. Elle percevait un revenu mensuel de 3'082 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002. Le 15 octobre 2002, l'assurance-maladie perte de gain (Assurance X.\_\_\_\_\_) a adressé son dossier médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Dans sa demande de prestations AI, l'assurée a fait état de problèmes au dos, au bras droit et au côté droit en général. Dans un rapport médical du 24 octobre 2002 adressé à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5 avec conflit radiculaire L4-L5 à droite, de cervicalgies, de tendinite du sus-épineux à droite, d'état anxio-dépressif et d'obésité. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hypertension artérielle. Il a attesté une incapacité de travail de 50% dès le 5 novembre 2001 pour une durée indéterminée, dans l'activité exercée jusqu'alors.

Dans un rapport du 31 octobre 2002, le Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de tendinite du sus-épineux droit avec calcifications, existant probablement depuis le début de l'année 2002 et connaissant une évolution progressive. Il a considéré que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible momentanément. Il a indiqué que l'évolution était stationnaire et que l'assurée devrait probablement récupérer complètement à terme de la symptomatologie à l'épaule.

Dans un rapport médical intermédiaire du 16 avril 2004, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin-chef au Centre thermal T.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'ensemble du tableau était dominé par un syndrome douloureux chronique et qu'il était difficile de savoir s'il était plus important qu'il ne l'était par le passé. Répondant à la question de savoir s'il y avait des changements dans les diagnostics, ce praticien s'est exprimé comme suit:

"Oui, indépendamment d'un syndrome douloureux chronique hémicorporel droit, de lombalgies avec sciatgies chroniques sur discopathie L5-S1, je suis frappé lors de l'examen de ce jour par une patiente qui n'utilise pas son bras droit. A l'examen clinique un schéma capsulaire n'est pas exclu, la patiente empêche même passivement une élévation antérieure au-delà de 90°, une abduction au-delà de 70° et une rotation externe au-delà de 20°. La mobilité cervicale est réduite à 40° en rotation droite, 60° en rotation gauche, 10° en inclinaison droite, 30° en inclinaison gauche, la DMS est de 15 cm. Des douleurs avec jump sign sont présentes au niveau de la palpation paracervicale en position assise alors que lorsque la patiente est en décubitus ventral ces dernières sont en paracervicale gauche.

Comme susmentionné, il est difficile de se faire une idée précise de l'évolution de la patiente. Je pense qu'une expertise est indiquée afin de se faire une meilleure idée de l'importance du handicap de cette patiente qui présente un syndrome douloureux chronique".

S'agissant de la capacité de travail, il a considéré que l'activité exercée jusqu'ici était probablement exigible à un taux réduit pour autant que l'assurée ne présentait pas de problèmes extra-locomoteurs. Il a ajouté que toute activité permettant les mesures habituelles d'épargne rachidiennes étaient exigibles à un taux partiel, l'appréciation de ce dernier devant toutefois être modulée par la présence ou non d'un schéma capsulaire au niveau de son épaule droite.

Le 12 juillet 2004, un examen clinique bidisciplinaire a été réalisé au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR). Dans leur rapport du 15 juillet 2004, les Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et O.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont posé les diagnostics suivants:

"Avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombosciatalgies D chroniques persistantes (M 51.1):

o Notion de hernie discale L4-L5 D

- PSH [périarthrite scapulo humérale] D chronique

Sans répercussion sur la capacité de travail:

- Excès pondéral (BMI 34,5)"

Sous l'intitulé "Appréciation consensuelle du cas", ils se sont exprimés comme suit:

"Cette assurée, qui décrit avoir toujours beaucoup travaillé tant à titre professionnel qu'à des activités domestiques, s'est mise spontanément, affirme-t-elle, et rapidement, à présenter dès l'été 2000, des douleurs lombaires se mettant rapidement à irradier dans le MID, douleurs auxquelles se sont progressivement associées des douleurs de la région cervicale puis cervico-scapulo-brachiales D au point que, finalement, l'assurée décrit un état douloureux permanent de tout l'hémicorps D. En ce qui concerne les lombosciatalgies D, Mme W.\_\_\_\_\_ a été examinée à deux reprises par le Prof. M.\_\_\_\_\_, neurochirurgien. Dans son rapport du 24.10.2000, le Prof. M.\_\_\_\_\_ conclut à un conflit radiculaire en L4-L5 D mais il affirme que «le tableau algique va plus loin»; il précise que l'examen objectif est pauvre et que l'hypoalgésie est évocatrice de douleurs chroniques plus que d'une atteinte radiculaire. Le 16.10.2001, le Prof. M.\_\_\_\_\_ précise que le tableau est resté similaire à ce qu'il avait noté un an plus tôt. Il propose de réaliser une IRM lombaire qui sera faite le 18.10.2001: d'après le rapport, le status est amélioré par rapport à ce qui avait été noté en 2000 dans le sens qu'il n'est mis en évidence qu'une déchirure de l'annulus fibrosus du disque L4-L5 mais sans hernie visible. Dans un rapport du 01.11.2001, le Prof. M.\_\_\_\_\_ note «qu'il est justifié que Mme W.\_\_\_\_\_ travaille à 50% au moins».

Mme W.\_\_\_\_\_ présente donc depuis l'été 2000 des lombosciatalgies D dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires, mais sans gravité suffisante pour justifier un geste chirurgical.

Dès l'été 2002, Mme W.\_\_\_\_\_ a aussi été prise en charge par le Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue à A.\_\_\_\_\_. Celui-ci a constaté une tendinite du sus-épineux D avec des calcifications; il concluait que l'évolution devait en principe être favorable à terme.

Actuellement, on est en présence d'une assurée qui présente sa situation avec beaucoup d'imprécision, notamment en ce qui concerne les dates des incapacités de travail. Toujours est-il qu'elle affirme à diverses reprises n'avoir plus aucune activité et avoir des douleurs permanentes de tout l'hémicorps D, qu'aucun traitement n'a soulagé ni ne soulage.

L'examen général est sp hormis l'obésité.

L'examen neurologique est difficile à apprécier. L'hypoesthésie de tout l'hémicorps D ne respectant aucun dermatome, sans signe pyramidal et sans altération du réflexe cornéen ne peut être

considérée que comme une hypoesthésie fonctionnelle, ainsi que l'avait déjà relevé le Prof. M. \_\_\_\_\_ en son temps. Un éventuel manque de force dans le MID est difficile à attester. Certes, l'assurée ne collabore pas très bien au testing musculaire mais cet examen fait apparaître passablement d'incohérences; elle est en particulier capable de marcher sur la pointe du pied et sur le talon à D, certes à contre-cœur mais ne développe, quelques minutes plus tard, lors du testing analytique, qu'une force insignifiante distalement au MID, force qui serait incompatible avec une marche, même incomplète, sur la pointe du pied et sur le talon. Il existe certes une discrète diminution de périmètre harmonieuse de tout le MID par rapport au G mais il n'y a aucune amyotrophie du muscle pédieux. En l'absence en outre de toute anomalie au niveau des réflexes, on peut affirmer qu'il n'existe pas de déficit radiculaire sensitivo-moteur objectif au MID.

Ceci est à rapprocher des signes comportementaux de non organicité qui ont été relevés dans le status. A ce titre, il existe comme déjà mentionné, une hypoesthésie non explicable anatomiquement de tout l'hémicorps D, la manœuvre de Lasègue ne peut pas être réalisée car l'assurée s'y oppose avec véhémence, il existe une importante majoration des douleurs lombaires lors de la percussion axiale discrète du tronc et lors de la pseudo-rotation de celui-ci. Il existe finalement une discordance importante entre la DDS et la distance doigt-orteil mesurée au bord du lit d'examen. Les particularités du status neurologique sont donc à intégrer dans ce contexte.

Au plan ostéoarticulaire, l'examen est également difficile. Au MSD, l'assurée annonce des douleurs importantes de la région de l'épaule qui outrepassent d'ailleurs largement le domaine de l'articulation, puisqu'elle signale des douleurs extrêmement violentes lorsque l'on pose simplement le stéthoscope dans la région thoracique antérieure D. Comme mentionné plus haut, il est difficile d'affirmer qu'il n'y a pas d'amyotrophie du moignon de l'épaule D, compte tenu de l'obésité mais la palpation ne fait vraiment pas apparaître d'hypotonie particulière dans la région du sus-épineux ou du sus-épineux par exemple. La mobilité active de l'épaule D est extrêmement limitée, la mobilité passive est légèrement meilleure. On obtient, lorsque l'épaule est maintenue à 90° d'abduction, une rotation externe/interne normale à D, ce qui permet d'exclure l'hypothèse d'une capsulite rétractile. En revanche, la mobilité est clairement limitée lors du mouvement de flexion, et surtout d'abduction, entraînant alors précocement l'omoplate, ce qui peut faire penser qu'il existe un conflit sous-acromial.

Les RX standard pratiquées le 14.07.2004 sont rassurantes. Les constatations au niveau cervical sont banales. Au niveau lombaire, il existe des troubles statiques tout à fait mineurs et une probable anomalie transitionnelle sans aucune conséquence biomécanique. Les clichés de l'épaule sont normaux ddc, (ce qui n'exclut pas le diagnostic de conflit sous-acromial) mais sans calcification (la grosse calcification visible préalablement s'est tout à fait résorbée) ou anomalie morphologique de l'acromion.

En résumé, même s'il existe incontestablement une atteinte documentée au niveau lombaire et au niveau de l'épaule droite,

l'ensemble des plaintes présentées par cette assurée dépasse ce qui est explicable biomécaniquement et contraint à admettre une importante part d'amplification des plaintes.

Les pathologies recensées au niveau lombaire et au niveau de l'épaule D justifient des limitations fonctionnelles mais le respect de celles-ci permet de définir des activités professionnelles compatibles.

Il s'agit d'une assurée bosniaque de 47 ans, sans formation professionnelle, qui a travaillé comme ouvrière de production chez R. \_\_\_\_\_ jusqu'au 30.09.2002, date de son licenciement pour maladie de longue durée. Elle dépose une demande de rente AI le 26.09.2002.

Dans le rapport médical du 24.10.2002, le médecin-traitant, le Dr Z. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de lombosciatalgies D sur hernie discale L4-L5 avec conflit radiculaire L4-L5 à D, cervicalgies, tendinite sus-épineuse D, état anxio-dépressif, obésité et dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, hypertension artérielle. Il évalue une incapacité de travail à 50% depuis le 05.11.2001.

Selon le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin rhumatologue à A. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical d'octobre 2002, l'assurée souffre d'une tendinite du sus-épineux D avec calcifications, depuis probablement le début de l'année 2002, évolution progressive. Il évalue une incapacité de travail à 100% du 25.08.2002 au 30.09.2002, à 50% du 01.10.2002 au 28.10.2002 et à 100% du 29.10.2002. Le médecin atteste que «l'évolution est actuellement stationnaire, elle devrait être progressivement favorable et il est probable que d'ici six mois à une année, la patiente ait complètement récupéré de cette symptomatologie».

Le Dr N. \_\_\_\_\_ note que l'exigibilité est totale dans toute activité permettant d'épargner le rachis, et ceci en décembre 2000. En ce qui concerne la tendinite du sus-épineux, le Dr V. \_\_\_\_\_ admet des incapacités de travail limitées dans le temps, tout en précisant que la récupération devrait être complète à terme.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail sur le plan médico-juridique.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

***Les limitations fonctionnelles sont les suivantes:***

A) Rachis lombaire: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

B) Epaule D: pas de travail se faisant à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction de l'épaule D, pas de travail impliquant le soulèvement de charges, avec le MSD tendu, d'un poids excédant 5 kg.

**Les limitations fonctionnelles psychiatriques:** pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?** 17.08.2001 selon le récapitulatif des incapacités de travail transmis par l'Assurance X. \_\_\_\_\_ par son document du 15.10.2002.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?** Depuis lors, d'après ce que l'assurée nous dit, il n'y a guère eu de modification de sa capacité, respectivement incapacité de travail. Il semble approprié de suivre le Dr V. \_\_\_\_\_ dans sa reconnaissance d'un arrêt de travail de 100% en août-septembre 2002, en raison de l'aggravation de la problématique au niveau de l'épaule D. Depuis lors toutefois, soit en gros depuis la fin de l'année 2002, la capacité de travail théorique de cette assurée est de l'ordre de 100% dans une activité adaptée telle que définie plus haut.

**Concernant la capacité de travail exigible,** elle est, en l'absence de comorbidité psychiatrique dûment documentée, tributaire exclusivement des problèmes somatiques présentés par cette assurée. Comme cela a été mentionné plus haut, les problèmes qui peuvent objectivement être reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail ont été dûment recensés et les limitations fonctionnelles qu'ils déterminent ont également été clairement détaillées. La grande majorité des plaintes annoncées est donc à mettre sur le compte d'une amplification des plaintes, sans substrat somatique et sans psycho-pathologie sous-jacente; il n'y a donc pas à en tenir compte. Ainsi, une capacité de travail respectant les limitations fonctionnelles mentionnées est exigible à 100%. En revanche, compte tenu des pathologies en présence et des limitations fonctionnelles y relatives, l'activité que l'assurée exerçait dans l'entreprise R. \_\_\_\_\_ n'est pas exigible à un taux significatif.

#### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE:**

Dans l'activité habituelle: 20%

Dans une activité adaptée: 100%".

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 décembre 2004, le Dr V. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de péri-arthropathie de l'épaule droite et d'état dépressif. Tout en

constatant que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, il a relevé que la prise en charge thérapeutique était "rendue très difficile par une collaboration très insuffisante de la patiente aussi bien dans les traitements actifs que lors de la physiothérapie, ou de rééducation". Il a estimé la capacité de travail à 50% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004 dans une activité ménageant la préhension, les mouvements répétitifs et l'utilisation régulière du membre supérieur droit. L'activité antérieure n'est plus exigible.

Dans un rapport médical intermédiaire du 14 décembre 2004, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail que dans son rapport du 24 octobre 2002, ajoutant toutefois celui de périarthropathies de l'épaule droite. Il a constaté que l'état de santé de l'assurée était demeuré stationnaire et a estimé que sa capacité de travail était de 40 à 50% dans l'activité précédente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2004. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible dans une autre profession.

Dans un rapport du 28 février 2005 adressé à l'OAI, la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH et psychiatre traitant, s'est exprimée en ces termes:

"Anamnèse: cette patiente est mère de 4 enfants et travaillait chez K.\_\_\_\_\_ Pizza à A.\_\_\_\_\_. En novembre 2001 elle fut, par son médecin traitant le Dr Z.\_\_\_\_\_, mise à l'incapacité de travail en raison de douleurs à la colonne vertébrale, de douleurs à l'épaule droite et d'un état dépressif. Depuis ni l'état algique, ni le moral de ma patiente ne se sont améliorés. Le 6.12.04 Mme W.\_\_\_\_\_ débuta un suivi psychiatrique chez moi. Mme W.\_\_\_\_\_ avait essayé durant toutes ces années d'élever ses 4 enfants et de garder son travail financièrement nécessaire pour sa famille. Lorsqu'elle s'est sentie en 2001 malade physiquement et psychiquement elle se trouva dans un très grand désespoir. Elle sentait en effet qu'elle n'était plus capable de remplir ses obligations sur le plan professionnel et familial. De plus l'absence d'amélioration de son état de santé malgré les différents traitements lui faisait grand souci. Tout cela avait rendu ma patiente dépressive bien avant qu'elle commence un suivi chez moi.

Durant nos entretiens ma patiente continue au cours des mois d'être dans un état dépressif décompensé. Elle pleure pendant la plupart de la durée de nos entretiens, décrit sa vie comme un cauchemar peuplé de douleurs et d'angoisse. Malgré une médication lourde plusieurs fois modifiée l'état psychique de Mme W.\_\_\_\_\_ reste

gravissime et la rend incapable à quelque travail que ce soit. Elle a même de la peine à faire son ménage.

Plaintes subjectives: Mme W.\_\_\_\_\_ souffre d'une perte de la joie de vivre, de fortes angoisses, de troubles du sommeil, de forte nervosité. Elle a aussi des angoisses pour son avenir et se sent diminuée envers les siens à cause de sa mauvaise santé.

Constatations objectives: patiente qui pleure quasiment sans discontinuer durant nos entretiens et qui dégage une forte tristesse et une angoisse importante. Une nervosité et une tension nerveuse massive sont aussi palpables. Le dialogue n'est possible que par l'intermédiaire de sa fille ou de son fils tant les sanglots empêchent ma patiente de se faire comprendre.

Thérapie: \_\_\_\_\_ suivi \_\_\_\_\_ psychiatrique, \_\_\_\_\_ traitement psychopharmacothérapeutique.

Pronostic: quant à l'amélioration de l'état dépressif: mauvais; quant à une reprise du travail: sans espoir."

Répondant à une question du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a indiqué le 20 avril 2005 que l'état de santé psychique de l'assurée était "resté invariablement mauvais depuis 2002".

**B.** Par décision du 9 août 2005, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Malgré la présence d'une atteinte somatique, il a considéré que l'intéressée conservait la capacité d'exercer une activité adaptée à plein temps et que, vu la comparaison faite entre ses revenus avant (40'066 fr.) et après (40'620 fr.) la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait aucun préjudice économique. La présence d'une atteinte psychiatrique a été écartée. L'OAI fondait son argumentation principalement sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 15 juillet 2004.

Le 13 septembre 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision alléguant souffrir d'une dépression grave, de sorte qu'elle est totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. Le 17 octobre 2005, l'assurée a complété son opposition et a requis l'octroi d'une rente d'invalidité entière après la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Procédant à des mesures d'instruction dans le cadre de l'opposition, l'OAI a requis l'avis de la Dresse P.\_\_\_\_\_. Dans un rapport médical du 31 janvier 2007, cette praticienne s'est exprimée comme suit:

"Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail: F 33.2 trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, existe depuis 2001.

Incapacité de travail: 100% depuis 2001, se poursuit.

Anamnèse: l'anamnèse de ma patiente vous est bien connue. Depuis mon rapport du 28.2.05 l'état psychique de ma patiente est toujours resté mauvais. Mme W. \_\_\_\_\_ reste en effet à la maison toute la journée, pleure beaucoup, ne s'intéresse à rien, souffre d'une grande tension nerveuse malgré une médication assez forte. Elle a l'impression d'être abandonnée. Un conflit avec sa gérance lié à des loyers en retard est venu encore renforcer l'impression que personne ne veut l'aider.

En août 2006 le suicide (d'une balle dans la tête) d'un membre de la famille de son conjoint la précipita à nouveau dans un état de crise qui ne s'est que peu amélioré depuis. Je continue à suivre cette patiente qui a capitulé dans son espoir d'une moins mauvaise qualité de vie.

Plaintes subjectives: grande tristesse, fortes angoisses, troubles du sommeil, forte nervosité, fatigue chronique. De plus Mme W. \_\_\_\_\_ se plaint de céphalées quotidiennes et de douleurs de l'épaule droite et de la colonne vertébrale.

Constatations objectives: patiente qui pleure beaucoup durant nos entretiens. Perte de la joie de vivre, forte diminution de l'énergie, forte nervosité, forte angoisse, diminution de l'estime de soi, attitude pessimiste face à l'avenir, troubles du sommeil, problème de concentration.

Thérapie: \_\_\_\_\_ suivi \_\_\_\_\_ psychiatrique, \_\_\_\_\_ traitement psychopharmacothérapeutique.

Pronostic: quant à une amélioration des symptômes dépressifs: mauvais, quant à une reprise d'une quelconque activité: mauvais".

Un examen psychiatrique a eu lieu le 9 janvier 2008 dans le cadre du SMR. Dans son rapport du 25 janvier 2008, la Dresse C. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a notamment exposé ce qui suit:

### **"STATUS PSYCHIATRIQUE**

Assurée de présentation correcte, orientée et collaborante. La mobilisation est souple et harmonieuse, la position assise stable sur la chaise durant 1h30. Aucun signe de douleurs n'est décelé. La connaissance du français est largement insuffisante pour l'entretien, qui aura intégralement lieu par l'intermédiaire de l'interprète.

Le discours est cohérent, informatif et le focus bien partagé. L'assurée retrace son anamnèse avec clarté. La maîtrise des dates et des événements est congruente avec ses 4 ans de scolarité. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée. Aucun élément de la lignée anxieuse n'est décelé. L'assurée ne regarde pas son interlocutrice malgré plusieurs tentatives de se positionner bien en face d'elle et de son regard toujours fuyant. Face à la confrontation en regard d'informations pas forcément crédibles (par exemple sa prise inconsidérée de médicaments), l'assurée s'étend sur des explications qui finissent par être contradictoires.

Sur le plan des éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité est calme, sans être ralentie. La thymie est labile, l'assurée fond en sanglots en abordant des sujets tristes. L'appétit est fluctuant, plutôt faible. Le poids est stable depuis environ 5 ans, (actuellement d'environ 80 kg pour 157 cm, alors qu'elle pesait 95 kg lorsqu'elle travaillait). Le sommeil est décrit comme très difficile avec une peine à l'endormissement, la présence de réveils nocturnes au bout de 20 mn de sommeil, réveils qui se répètent tout au long de la nuit (malgré la prise prétendue des sédatifs Zoldorm, Tryptizol, Dalmadorm, Entumine et Ketesse !). L'assurée se dit toujours fatiguée, ses traits du visage sont pourtant détendus, les yeux non cernés. La perception de l'avenir est correctement structurable. L'assurée craint le départ de son fils cadet qui lui a promis qu'il vivrait auprès d'elle même lorsqu'il sera marié. Malgré que l'assurée ait deux petits-enfants, elle ne peut pas les garder car elle ne supporte pas le bruit et le désordre qu'ils feraient chez elle. L'image de soi est celle d'une femme qui ne supporte plus rien (les bruits, les rires, les pleurs et les paroles d'autrui l'énervent). L'assurée dit ne pas avoir de moral pour vivre. Il n'y a pas de trouble de l'attention, ni de la concentration, l'assurée se sent coupable d'être malade. Elle a envie de guérir et d'avoir la santé. Elle tente d'être agréable vis-à-vis d'autrui, mais elle n'y arrive pas, restant en permanence irritable. A la question des idéations suicidaires, l'assurée reste indifférente, elle n'a jamais commis de tentamen, mais elle a parfois pensé sauter dans l'eau, ne sachant pas nager. Il n'a pas été décelé de signe de fatigabilité.

L'entretien ne met en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique, ni d'un trouble grave de la personnalité.

## **DIAGNOSTICS**

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

- Aucun sur le plan psychiatrique (Z 71.1)

### **- sans répercussion sur la capacité de travail:**

- Syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant en sinistrose F 45.4
- Troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée F 43.21
- Personnalité avec traits dépendants F 60.7

## **APPRECIATION DU CAS**

Il s'agit d'une assurée âgée de 50 ans, d'origine bosniaque, en Suisse depuis 1984. Au bénéfice de 4 ans de scolarité, elle reste au foyer durant son existence en Bosnie, puis rejoint son mari, compatriote, qui travaillait déjà en Suisse, suite à un accident qui le met définitivement en arrêt de travail en 1984. L'assurée travaille comme employée de fabrique d'abord à [...], puis à R. \_\_\_\_\_ à [...] jusqu'à des mises en arrêt de travail croissantes et définitives dès le 29.07.2002. La mise en arrêt est motivée par une problématique douloureuse chronique.

L'anamnèse psychiatrique de l'assurée est vierge et elle ne formule aucune plainte d'ordre psychique jusqu'à l'examen clinique bi-

disciplinaire du 12.07.2004 qui motive un refus d'octroi de prestations de la part de l'AI.

Dans les mois qui suivent apparaissent des symptômes de l'ordre de la dépression avec une prise en charge spécialisée débutant le 06.12.2004.

L'examen de ce jour met en évidence une assurée fortement plaintive concernant sa symptomatologie douloureuse chronique, malgré une observation objective peu préoccupante. Sur le plan psychique, elle est effectivement triste mais exagère ses symptômes d'une manière qui confirme leur origine non médicale: elle fond en sanglots à plusieurs reprises durant l'entretien, mentionnant le décès de nombreux membres de sa famille, perdus durant la guerre. Malgré que ces décès datent d'une douzaine d'années, la souffrance par rapport à ceux-ci n'est apparue qu'après juillet 2004.

Cette tristesse de l'assurée, qui peut même prendre une teinte désespérée, est corrélée à sa crainte de se retrouver seule (les symptômes sont apparus au départ progressif des enfants de la maison). A ce titre, la reprise d'une activité professionnelle ne pourrait qu'être bénéfique:

- d'une part pour permettre une meilleure intégration de l'assurée dans notre société,
- d'autre part pour soutenir les enfants dans leurs démarches normales d'autonomie, sans que l'assurée n'ait besoin de montrer des symptômes pour les retenir (le fils a dû promettre à sa mère que même marié, il ne quittera pas la maison).

Pour mieux maîtriser les interactions familiales, l'assurée se laisse entraîner dans un processus d'invalidation dont l'intensité s'accroît. Les éléments objectifs de dépression sont légers, il y a clairement une volonté de se laisser aller dans un processus maladif. Cette présentation clinique se base sur une volonté de maîtriser la dynamique familiale dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, il ne s'agit pas d'une maladie psychiatrique.

Face aux critères de gravité dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assurée n'a pas de comorbidité psychiatrique.

Les affections corporelles chroniques ont été dûment investiguées lors de l'examen SMR du 12.07.2004, elles n'empêchent pas l'assurée de travailler dans une activité adaptée. Le processus maladif est en recrudescence, il prend une allure de sinistrose et non d'une atteinte psychiatrique à la santé reconnue comme invalidante par la LAI. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale et le processus défectueux de résolution de conflit s'inscrit clairement dans une dynamique conjugale, entre un époux qui n'a pas travaillé depuis 1984 et les enfants qu'elle reconnaît vouloir retenir au domicile. Les traitements conformes aux règles de l'art sont bien prescrits, mais il est difficilement crédible que l'assurée prenne à double toutes les molécules proposées par les deux médecins prescripteurs pour des indications superposables. Il n'y a pas clairement de signe de non-coopération, mais il y a clairement une non volonté de réduire le dommage. Un effort pour surmonter la symptomatologie est raisonnablement exigible chez cette assurée.

***Les limitations fonctionnelles:***

Aucune sur le plan psychiatrique. Il serait indiqué que l'assurée reprenne une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques afin qu'elle puisse s'éloigner de ce processus d'invalidation.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?***

L'assurée a été mise en arrêt de travail total et définitif dès le 29.07.2002 selon le rapport employeur. Sur le plan psychiatrique, aucune atteinte à la santé ne justifie cette mise en arrêt de travail.

***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?***

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative. Un long processus d'invalidation s'est progressivement installé, avec la notion d'une symptomatologie dépressive à fin 2004.

Face au rapport médical établi par le Dr P. \_\_\_\_\_ le 14.03.2005, la notion de dépression ne s'appuie pas sur les classifications internationales, mais sur une notion de souffrance qui n'est pas contestée. Preuve en est la datation de l'atteinte à la santé qui aurait débuté en 2001, alors que le rapport d'examen SMR du 12.07.2004 ne mentionne pas d'atteinte dépressive.

En conséquence, l'état de santé psychiatrique de l'assurée est inchangé, il n'y a pas lieu de reconsidérer la décision du 09.08.2005.

***Concernant la capacité de travail exigible***

Sur le plan psychiatrique, l'exigibilité professionnelle de cette assurée a toujours été totale au sens de la LAI.

**CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

Dans l'activité habituelle (employée de fabrique): 100% sur le plan psychiatrique.

Dans une activité adaptée: 100% sur le plan psychiatrique depuis toujours."

Par décision sur opposition du 20 mars 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Il a pour l'essentiel retenu ce qui suit:

"Par décision du 9 août 2005, nous vous avons dénié le droit à une rente d'invalidité aux motifs que, malgré la présence d'une atteinte somatique, vous conserviez la capacité d'exercer une activité adaptée à plein temps et que, comparaison faite entre vos revenus avant et après survenance de l'atteinte à la santé, vous ne subissiez aucun préjudice économique. La présence d'une atteinte psychiatrique avait été écartée. Notre position reposait principalement sur l'examen bidisciplinaire pratiqué par le Service médical régional AI (SMR).

Vous vous y êtes opposé, contestant exclusivement l'appréciation de votre état psychiatrique. A l'appui de votre opposition, vous mentionnez la divergence existant entre l'appréciation du SMR et celle de la Dresse P. \_\_\_\_\_, votre psychiatre traitant, puis évoquez

une vraisemblable nette aggravation de votre état de santé intervenue entre votre examen au SMR et le moment où le rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_ a été rédigé. Vous concluez à l'octroi d'une rente entière ou à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

A la suite de votre opposition, des renseignements médicaux complémentaires et actualisés ont été requis de la part de votre psychiatre traitant. Cette dernière, dans son rapport du 12 février 2007, mentionne une aggravation de votre état de santé. En outre, elle indique que votre état de santé, respectivement votre intolérance au stress, vous place dans l'incapacité d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit et à quel taux que ce soit, depuis 2001.

Un examen clinique psychiatrique a ultérieurement été mis en œuvre, pratiqué par le SMR. De son rapport, déposé le 25 janvier 2008, nous retenons qu'aucun trouble dépressif, à caractère invalidant au sens de l'AI, n'a pu être observé. Le SMR dénote par ailleurs un phénomène de majoration des symptômes. Au plan professionnel, il considère que votre état de santé psychiatrique a toujours été compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à 100%. A relever que l'appréciation faite par le SMR, au terme de son examen initial, s'en trouve ainsi confirmé.

[...]

Sur la base de l'appréciation portée par le SMR, relativement à votre état de santé psychiatrique et somatique, cette dernière n'étant au demeurant pas contestée, nous considérons que vous disposez effectivement d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit qui vous permette l'alternance des positions une fois par heure, qui ne requière pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc (rachis lombaire), ainsi que pas de travail se faisant à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction de l'épaule droite, pas de travail impliquant le soulèvement de charges, avec le bras droit tendu, d'un poids excédant 5 kg.

S'agissant de la détermination de votre préjudice économique, et en conséquence de votre degré d'invalidité, contenue dans la décision querellée, elle satisfait aux exigences légales et jurisprudentielles et nous vous y renvoyons pour le surplus. Au demeurant, vous ne la critiquez pas.

En conclusion, la décision querellée du 9 août 2005 doit être intégralement confirmée."

**C.** Par acte du 28 avril 2008, W.\_\_\_\_\_, représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, recourt contre la décision sur opposition du 20 mars 2008, concluant à son annulation. A l'appui de son recours, elle fait valoir qu'elle ne dispose pas du rapport d'examen psychiatrique du 28 [recte: 25] janvier 2008 et que la

décision de refus de rente du 9 août 2005 repose sur un rapport d'examen bidisciplinaire signé notamment par la Dresse O.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, laquelle n'est toutefois pas au bénéfice du titre FMH. Un tel rapport ne peut donc servir de fondement à une décision de refus de rente; c'est pourquoi, la recourante estime qu'il est nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique afin d'évaluer sa capacité de travail.

La recourante a complété son écriture le 13 mai 2008 après avoir pris connaissance du rapport d'examen psychiatrique du 25 janvier 2008 de la Dresse C.\_\_\_\_\_. Elle soutient que, sur le plan psychiatrique, ce rapport est le seul moyen de preuve à ne pas souffrir d'un vice formel (contrairement au rapport d'examen bidisciplinaire du 15 juillet 2004). Or, sur le plan matériel, ce rapport ne peut être suivi puisqu'il s'appuie sur le rapport de la Dresse O.\_\_\_\_\_ du 15 juillet 2004 pour dire que l'état de santé de la recourante reste inchangé. Seul le rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_ est dès lors déterminant qui retient une incapacité de travail totale en raison d'un état anxio-dépressif sévère. Sur le plan somatique, les rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ qui retiennent une incapacité de travail de 50% doivent être préférés à celui du Dr H.\_\_\_\_\_, qui estime que la capacité de travail est totale dans une activité adaptée. Elle soutient également que, compte tenu du revenu très faible sans invalidité, il se justifiait de calculer le revenu sans invalidité et d'invalider sur la base de la statistique salariale (parallélisation des revenus). Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003.

Dans sa réponse du 11 septembre 2008, l'OAI propose le rejet du recours. Il expose que l'appréciation de la Dresse C.\_\_\_\_\_ ne s'appuie pas uniquement sur les observations et sur les conclusions de la Dresse O.\_\_\_\_\_, mais plutôt sur son propre examen clinique ainsi que sur l'ensemble de la documentation médicale. Sur le plan somatique, il considère que les rapports des Drs N.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'examen clinique de 2004, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître à la recourante une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles. En ce qui concerne la détermination du revenu d'invalidé, l'OAI explique que la parallélisation des revenus avec et sans invalidité aboutirait en l'espèce à un taux d'invalidité égal au taux d'abattement de 15%, soit largement inférieur à celui ouvrant le droit à une rente.

Le 5 novembre 2008, la recourante reprend et développe son argumentation précédente. En premier lieu, elle maintient ses griefs à l'égard du rapport d'examen psychiatrique de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2008. Sur le plan somatique, elle rappelle ensuite les divergences existant entre les rapports des Drs N. \_\_\_\_\_, V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, d'une part, et celui du 25 juillet 2004 des Drs H. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, d'autre part. Au vu des réponses lacunaires de ses médecins traitants, elle sollicite qu'ils soient entendus par écrit sur la base d'un questionnaire établi par les parties. De surcroît, elle estime que les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés sur la base des salaires statistiques, compte tenu du fait que le revenu réalisé dans le cadre de l'activité lucrative est inférieur à la moyenne salariale.

Le 2 décembre 2008, l'OAI a fait savoir que les arguments développés par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. En outre, il ne lui paraissait pas nécessaire de réinterroger les Drs V. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_.

Par ordonnance du 7 juillet 2009, le juge instructeur a décidé d'interpeller par écrit ces trois médecins. Un questionnaire leur a été adressé.

Le 30 septembre 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a en substance indiqué que la recourante souffrait de cervicalgies et de dorsolombalgies, ainsi que de douleurs aux épaules. Il estime qu'elle est en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire lui épargnant le port de charges lourdes, le travail au froid et au chaud ainsi que les mouvements répétitifs. Elle doit aussi éviter de rester longtemps assise ou debout.

De son côté, le Dr V. \_\_\_\_\_ a fait pour l'essentiel savoir le 5 octobre 2009 que la recourante souffrait des séquelles d'une périarthropathie de l'épaule droite calcifiante avec déficit de mobilité de l'épaule droite et douleurs dans les différents mouvements. La limitation fonctionnelle est principalement située sur l'épaule droite avec une abduction de 120°, une antépulsion de 120° et des rotations limitées. Selon le Dr V. \_\_\_\_\_, cette limitation ne devrait toutefois pas gêner la recourante dans une activité légère ou économisant le bras. Alors qu'elle travaillait au service de R. \_\_\_\_\_, la recourante confectionnait des pizzas dans un milieu froid, activité pour laquelle une capacité de travail entre 30 et 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2002 pourrait être envisagée. Cela étant, dans une activité variant nettement les positions et les mouvements, la capacité de travail de la recourante pourrait être nettement améliorée.

Quant au Dr N. \_\_\_\_\_, il a indiqué le 7 octobre 2009 qu'il lui paraissait peu utile de répondre à des questions basées sur un examen clinique effectué pour la dernière fois le 7 avril 2004.

Les parties se sont déterminées.

Le 2 novembre 2009, la recourante retient que sur le plan somatique, elle ne présente pas une capacité de travail de 100%, tandis que sur le plan psychiatrique, elle est totalement incapable de travailler depuis 2007. Elle considère pour le surplus qu'il y a lieu à la parallélisation des revenus avec et sans invalidité.

Le 3 novembre 2009, l'OAI relève pour l'essentiel que les constatations objectives des Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ sont les mêmes que celles qu'ils ont faites en 2002 et 2004. S'appuyant sur le dossier de l'assurance perte de gain, il constate que l'incapacité de travail remonte au 17 août 2001 et que la capacité de travail de 100% dans une activité est exigible, selon le SMR, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2002. Il convient dès lors d'examiner le droit à une rente limitée dans le temps à compter du 1<sup>er</sup> août 2002. Compte tenu des taux indemnités par l'assurance perte de gain du 17 août 2001 au 17 août 2002, l'incapacité moyenne pour une

année est de 57%. Il s'ensuit que le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité doit être reconnu à compter du 1<sup>er</sup> août 2002. Une incapacité de travail totale étant ensuite attestée, le droit à une rente entière d'invalidité doit être reconnu dès le 1<sup>er</sup> novembre 2002, soit à l'issue du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI (taux d'invalidité de 100%). La rente doit finalement être supprimée le 31 mars 2003, dès lors qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée a été reconnue dès le mois de décembre 2002. L'OAI propose dès lors l'admission partielle du recours dans le sens de ce qui précède et confirme ses conclusions pour le surplus.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2009, la recourante, se fondant sur les avis des Drs Z.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, maintient qu'elle présente une capacité de travail de 50% sur le plan somatique dans une activité adaptée. Elle renvoie pour le surplus à ses écritures précédentes.

Le 14 janvier 2010, l'OAI a confirmé les conclusions prises le 3 novembre 2009.

### **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 à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par

le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires pascals (art. 38 al. 1 let. a et 60 al. 2 LPGA) – par W. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 20 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi 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).

**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)** Est litigieuse en l'espèce la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ainsi que la détermination du revenu

sans invalidité de la recourante, respectivement le degré d'invalidité découlant de la comparaison de ses revenus sans invalidité et d'invalide et, partant, son droit à l'octroi d'une rente.

**3. a)** 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois

déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

**b)** 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 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**c)** En l'occurrence, l'OAI a recueilli, dans le cadre de l'instruction de la demande, divers avis médicaux auprès des médecins traitants. Il a en outre chargé les Drs H.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du SMR de procéder à une évaluation bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de la recourante et a mis en œuvre un examen

psychiatrique qu'il a confié aux soins de la Dresse C.\_\_\_\_\_, du SMR. Le 7 juillet 2009, le juge instructeur a décidé d'interpeller les Drs V.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. Un questionnaire écrit leur a été adressé et chacune des parties a pu se déterminer au sujet des réponses apportées.

**4. a)** Sur le plan psychique, la recourante reproche à l'OAI de ne se fonder que sur le rapport médical du 25 janvier 2008, qui s'appuie sur le rapport médical du 12 juillet 2004, lequel est selon elle affecté d'un vice formel étant donné qu'il a été signé par un psychiatre usurpant le titre FMH. Dans cette mesure, le rapport du 25 janvier 2008 ne saurait avoir pleine valeur probante, de sorte que les seuls rapports médicaux probants sont ceux émanant de la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant.

Ces critiques ne sauraient être suivies. En effet, contrairement à ce que prétend la recourante, la Dresse C.\_\_\_\_\_ ne s'appuie pas uniquement dans ses conclusions sur l'anamnèse établie dans l'examen clinique de 2004. C'est ainsi qu'elle mentionne les rapports médicaux du 14 mars 2005 et du 31 janvier 2007 de la Dresse P.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 31 janvier 2007, la Dresse P.\_\_\_\_\_ constate que la recourante pleure beaucoup, ne s'intéresse à rien, souffre d'une grande tension nerveuse, note une perte de la joie de vivre, une diminution de l'énergie, une forte angoisse, une diminution de l'estime de soi, une attitude pessimiste face à l'avenir, des troubles du sommeil ainsi que des problèmes de concentration. Ses constatations sont largement superposables à celles consignées dans son rapport du 28 février 2005. Pour sa part, la Dresse C.\_\_\_\_\_ constate que la recourante fond en sanglots lorsque des sujets tristes sont abordés, le sommeil est décrit comme très difficile, la recourante se dit très fatiguée, ne supporte plus rien (les bruits, les pleurs, les rires et les paroles d'autrui l'énervent) et dit aussi ne plus avoir le moral pour vivre, même si elle n'a jamais commis de tentamen. Pour autant, la Dresse C.\_\_\_\_\_ n'observe pas de trouble du cours de la pensée, ni d'élément de la lignée anxieuse. La psychomotricité est calme sans être toutefois ralentie. De surcroît, l'entretien ne met en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique, ni d'un trouble grave de la personnalité. Les constatations objectives

opérées par ces deux spécialistes se recoupent donc largement. Il en va du reste de même de celles faites au cours de l'examen du 12 juillet 2004. Toutefois, la Dresse P.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (après avoir retenu celui d'état anxiodépressif sévère) tandis que la Dresse C.\_\_\_\_\_ écarte toute limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Force est toutefois de constater que la Dresse P.\_\_\_\_\_ fonde surtout son diagnostic sur les plaintes et la souffrance de la recourante, lesquelles ne sont au demeurant pas niées par la Dresse C.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la Dresse P.\_\_\_\_\_ estime que la recourante est en incapacité totale de travailler sur le plan psychique depuis 2001, alors qu'elle a débuté une prise en charge auprès d'elle depuis le 6 décembre 2004, soit postérieurement à l'examen SMR du 12 juillet 2004, lequel n'avait au demeurant mis en évidence aucune atteinte psychiatrique à caractère invalidant. En outre, la Dresse P.\_\_\_\_\_ affirme que l'état de santé psychique de la recourante est inchangé depuis 2001, dès lors que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, existe selon elle depuis 2001 et que le 20 avril 2005, cette praticienne a indiqué que l'état de sa patiente était invariablement mauvais depuis 2002. Elle ne fait cependant pas état d'une aggravation pas plus d'ailleurs que la Dresse C.\_\_\_\_\_. Au vrai, le rapport de cette dernière expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il se justifie de s'écarter des conclusions de la Dresse P.\_\_\_\_\_. Elle relève à plusieurs reprises des exagérations et une non-volonté de réduire le dommage afin de maîtriser la dynamique familiale dans le cadre d'un trouble de l'adaptation qui ne constitue pas une maladie psychiatrique. Les observations de la Dresse C.\_\_\_\_\_ ne font au reste que confirmer les conclusions qui ressortent de l'évaluation faite en 2004. Par ailleurs, l'examen de la Dresse C.\_\_\_\_\_ est indépendant de celui fait précédemment puisqu'il ne s'appuie pas uniquement sur les observations et les conclusions de la Dresse O.\_\_\_\_\_, mais sur son propre examen clinique ainsi que sur l'ensemble de la documentation médicale à sa disposition. Quant au diagnostic d'état dépressif posé par le Dr V.\_\_\_\_\_, il n'émane pas d'un spécialiste et ne saurait donc être retenu.

Au vu de ce qui précède, il y a donc lieu d'admettre que la recourante présente une capacité de travail entière sur le plan psychique depuis toujours.

**b)** En ce qui concerne l'aspect somatique, le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 15 juillet 2004 mentionne les diagnostics posés par le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin traitant, en 2002, ainsi que ceux posés par le Dr V.\_\_\_\_\_ également en 2002. En 2004, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics qu'en 2002 ajoutant celui de périarthropathies de l'épaule droite, lequel a également été posé par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 décembre 2004. Quant au Dr N.\_\_\_\_\_, il a également retenu, le 16 avril 2004, des lombosciatalgies chroniques avec une utilisation limitée du bras droit. S'agissant de l'évolution de l'état de santé de la recourante, tant le Dr V.\_\_\_\_\_ que le Dr Z.\_\_\_\_\_ indiquent en 2004 qu'il est stationnaire. Ils ne font par ailleurs pas état d'une aggravation depuis 2004 dans leurs rapports du 5 octobre 2009, respectivement du 30 septembre 2009. Le Dr N.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 16 avril 2004, ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail et estime qu'une expertise est nécessaire. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine générale, conclut (rapport du 14 décembre 2004) à une capacité de travail de 40 à 50% dans l'activité exercée, sans se prononcer sur le taux exigible dans une autre profession. Il considère toutefois qu'une autre activité n'est pas exigible. Auparavant (rapport du 24 octobre 2002), il retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et estimait qu'une autre activité n'était pas exigible. Il n'explique au demeurant pas les raisons pour lesquelles il retient une diminution de la capacité de travail de la recourante de 50% dans une activité adaptée, alors même qu'il estime que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire.

Dans son rapport du 31 octobre 2002, le Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, estime, en raison d'une atteinte à l'épaule droite, que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, pour autant qu'elle soit guérie. Dans son rapport du 8 décembre 2004, il fait état d'une situation

stationnaire et mentionne une prise en charge thérapeutique difficile pour des raisons de mauvaise compliance et de mauvaise collaboration. Il relève qu'une activité adaptée est possible mais estime qu'une diminution de rendement dépend de l'évolution de la pathologie de l'épaule, susceptible d'amélioration. Il ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail, estimant qu'en raison de l'apparition d'un état dépressif, une évaluation multidisciplinaire est nécessaire. Pour autant, il estime qu'une capacité de travail d'environ 50% est exigible dans une activité adaptée, l'activité précédente ne pouvant plus être exercée. Enfin, dans ses réponses du 5 octobre 2009 au questionnaire qui lui a été adressé, le Dr V.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une aggravation de l'état de l'épaule droite. Il indique que l'activité antérieure est possible à un taux de 30 à 50%. En revanche, il relève que dans une activité adaptée, la capacité de travail peut être nettement améliorée. Même si ce praticien ne chiffre pas précisément la capacité de travail dans une activité adaptée, il ressort de l'analyse globale de ses différents rapports médicaux que la capacité de travail de la recourante est proche de la norme, à tout le moins nettement supérieure à 50%.

Ainsi, du point de vue rhumatologique, les médecins qui ont examiné la recourante font pour l'essentiel état des mêmes constatations et posent les mêmes diagnostics. Deux spécialistes, le Dr V.\_\_\_\_\_ et le Dr H.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH au sein du SMR, lequel a au demeurant procédé à un examen clinique particulièrement détaillé et motivé, retiennent une exigibilité entière dans une activité adaptée. Aucune pièce médicale ne fait état d'une aggravation depuis 2004, le Dr Z.\_\_\_\_\_ n'ayant au surplus pas expliqué les raisons pour lesquelles il retient une diminution de la capacité de travail de la recourante de 50% dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis décembre 2002.

Au terme d'une appréciation de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier constitué, la Cour de céans estime qu'il y a ainsi lieu de retenir que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la recourante conserve une capacité de travail entière.

**5.** Sur le plan économique, la recourante soutient que les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés sur la base des salaires statistiques, compte tenu du fait que le revenu réalisé dans le cadre de l'activité lucrative est inférieur à la moyenne salariale (parallélisation des revenus).

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224). Il est par ailleurs admis depuis longtemps que la perception d'une rémunération nettement inférieure aux salaires habituels du secteur d'activité considéré pour des raisons étrangères à l'invalidité (notamment, formation professionnelle insuffisante) doit être prise en considération dans la comparaison des revenus lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre et que l'on peut admettre que des qualifications insuffisantes empêchent de réaliser un salaire aussi élevé que le revenu moyen déterminé (TF I 644/06 du 15 février 2007, consid. 5.1 et les références).

Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer. En pratique, celui-ci peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322). Lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidité situé dans la moyenne apparaît

raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu (ATF 135 V 58).

Lorsque le taux à partir duquel un revenu sans invalidité est inférieur à la moyenne d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne au sens de l'arrêt publié aux ATF 134 V 322 consid. 4 p. 325 et il peut - si les autres conditions sont réalisées - justifier un parallélisme des revenus à comparer (précision de la jurisprudence: ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Ce parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (consid. 6.1.3). Les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (consid. 6.2).

**b)** En l'espèce, l'OAI a retenu dans la décision du 9 août 2005 un revenu annuel sans invalidité de 40'066 fr. que la recourante aurait perçu sans atteinte à la santé en 2002. Il a retenu un revenu annuel d'invalide de 40'620 fr. fondé sur les statistiques salariales, après avoir tenu compte d'un abattement de 15% au vu de ses limitations fonctionnelles. Il n'y a dès lors pas lieu à opérer la parallélisation des revenus dans la mesure où le revenu sans invalidité n'est pas inférieur de plus de 5% au revenu de la branche concernée, soit ouvrière de production dans l'industrie alimentaire et qu'au surplus, il n'est pas inférieur de plus de 5% au revenu d'invalide, compte tenu de l'abattement de 15% qui a été effectué sur ce revenu. Ces deux revenus doivent donc être confirmés.

**c)** Cela étant, au vu du fait que le début de l'incapacité de travail remonte au 17 août 2001, selon les indications contenues dans le dossier de l'Assurance X.\_\_\_\_\_, et que la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée est exigible, selon le SMR, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2002, il convient dès lors d'examiner le droit à une rente limitée dans le temps, comme l'a fait l'OAI dans sa proposition en procédure.

Etant donné les périodes et les taux indemnisés par l'Assurance X.\_\_\_\_\_ du 17 août 2001 au 17 août 2002, il existe une incapacité moyenne pour une année de 57%. Contrairement à la décision entreprise, il convient dès lors de reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2002 (taux d'invalidité de 57%). Ensuite, au vu de l'incapacité totale de travail attestée à cette période, le droit à une rente entière doit être admis dès le 1<sup>er</sup> novembre 2002, soit à l'issue du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI (taux d'invalidité de 100%). Cette rente doit finalement être supprimée le 31 mars 2003 (art. 88a al. 1 RAI), dès lors qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est reconnue depuis décembre 2002.

**6. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 20 mars 2008 par l'OAI réformée en ce sens que cet office doit verser à la recourante une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 57%, depuis le 1<sup>er</sup> août 2002, et une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'au 31 mars 2003.

Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

**b)** 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et

de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

**c)** Obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit de la part de l'intimé à des dépens réduits qu'il convient d'arrêter équitablement à 1'000 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à la recourante une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 57%, depuis le 1<sup>er</sup> août 2002, et une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'au 31 mars 2003.
- III.** Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à verser à la recourante à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour W. \_\_\_\_\_),
- 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 :