

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2010

---

Présidence de        Mme    DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :        MM. Neu et Abrecht  
Greffier        :        M. Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Vevey, recourante, représentée par Me Pascal Nicollier, avocat  
à Vevey,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, 28 al. 2 et 43 LPGA; art. 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1951, de nationalité portugaise et au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation, travaillait en qualité d'employée de maison, notamment à la fondation T. \_\_\_\_\_ à Chexbres et à l'P. \_\_\_\_\_ à Vevey.

Le 3 juin 2005, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, se prévalant d'une hernie discale. Le 27 juin 2005, remplissant un formulaire de l'OAI, l'assurée a indiqué que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % en qualité d'employée de maison.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr F. \_\_\_\_\_, endocrinologue à La Tour-de-Peilz. Dans un rapport du 29 juin 2005, ce spécialiste n'a pas posé de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a retenu une hypothyroïdie classique, avec stabilisation et sans complication. Il a relevé que l'exercice de l'activité habituelle de l'assurée ainsi que d'une activité adaptée étaient exigibles, sans diminution de rendement.

Le dossier de l'assurée auprès de V. \_\_\_\_\_, assurance d'indemnité journalière en cas de maladie, a été requis par l'OAI. Y figure notamment un rapport du 14 novembre 2004 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie à Montreux, relevant une insuffisance segmentaire L4-L5, des lombosciatalgies invalidantes ainsi qu'une incapacité de travail depuis le 4 octobre 2004, et un rapport du 2 juin 2005 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, neurochirurgienne FMH à Clarens, posant le diagnostic d'insuffisance segmentaire lombaire et préconisant une reprise du travail à 30 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005.

L'OAI s'est également adressé au Dr C. \_\_\_\_\_, neurochirurgie FMH à Montreux. Le 10 septembre 2005, les Drs C. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_ et

D.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de lombalgies et d'insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1, ayant nécessité quatre opérations sous guidage télescopique et une spondylodèse postérieure L4-L5-S1, avant de retenir une capacité de travail à 50 %, en précisant qu'une reconversion professionnelle était possible.

En date du 25 octobre 2005, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a retenu une insuffisance segmentaire L4-L5-S1 et une incapacité de travail depuis le 4 octobre 2005; elle a indiqué qu'un traitement conservateur était favorisé et qu'une reprise du travail à 30 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005 n'avait pas eu lieu.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique, effectué le 28 novembre 2006 par le Dr M.\_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation FMH au SMR. Dans son rapport du 8 janvier 2007, ce médecin a posé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sur status après spondylodèse L4 à S1 et retenu une capacité de travail exigible de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, depuis juillet 2005. Dans l'anamnèse, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de notion d'état dépressif, de tristesse ou d'angoisse, ni de véritable détresse ou de sentiment algique, et a relevé que l'assurée se considérait comme intégrée sur le plan social. Il a par ailleurs retenu ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Assurée d'origine portugaise, âgée actuellement de 55 ans, ayant présenté une spondylodèse L4-S1 par voie postérieure en date du 19.01.2005 pour lombosciatalgies à prédominance droite dans un contexte de discopathies étagées et instabilité segmentaire.

Les suites postopératoires sont marquées par la persistance d'une symptomatologie algique sans mise en évidence de trouble neurologique déficitaire. Dans ce contexte, l'assurée se considère dans l'incapacité de reprendre quelque activité que ce soit, son chirurgien, le Dr C.\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail de 50%.

L'examen de ce jour met en évidence une assurée obèse, présentant une hypertension artérielle malgré un traitement en cours.

Sur le plan ostéoarticulaire, aucun déficit dans la mobilité n'a été objectivé.

Sur le plan neurologique, aucun trouble déficitaire aussi bien sur le plan sensitif que moteur n'a été objectivé. Mise en évidence de nombreux signes de non-organicité 3/5 selon Waddell et neuf points sur dix-huit selon Smythe en faveur d'un processus non-organique.

Les examens radiologiques complémentaires mettent en évidence sur un scanner de 2005 du matériel de type cicatriciel intra-foraminale L4-L5 droite, versus du matériel discal séquellaire. Aucun signe de compression n'est mis en évidence sur ces clichés, le canal lombaire est de diamètre conservé (à la limite inférieure de la norme sur un status après spondylodèse postérieure L4 à L5).

En conclusion: cette assurée présente des troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire, elle a bénéficié d'un traitement chirurgical (spondylodèse L4-L5 au mois de mai 2005). Depuis lors, elle présente des lombosciatalgies à prédominance droite non déficitaires.

De façon objective, l'activité antérieure en tant qu'aide de cuisine ou femme de ménage est difficilement exigible à 100%. Toutefois, une capacité de travail résiduelle dans ce domaine est possible de l'ordre de 50%. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles en relation avec la pathologie présentée, l'assurée présente une pleine capacité de travail sans diminution de rendement.

### **Les limitations fonctionnelles**

Pas de port de charges supérieur à 7,5 kg de façon répétitive, pas de position statique au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions assises, debout. Pas de position statique debout au-delà de quinze à vingt minutes, diminution des périmètres de marche à une demi-heure, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition.

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

L'assurée est en incapacité de travail à 100% depuis le 20.02.2004.

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

Sur la base des documents mis à disposition, du dossier médical fourni, et de notre examen clinique de ce jour, nous considérons que cette assurée présente une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle jusqu'à six mois après l'opération de spondylodèse (30.06.2005). A partir de juillet 2005, l'assurée présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Dans ce sens, notre évaluation concorde avec celle de son chirurgien traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_.

**Concernant la capacité de travail exigible**, sur la base des troubles ostéoarticulaires objectifs, et d'un status après spondylodèse L4-L5, nous estimons que cette assurée présente une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle de tout au plus 50%.

Dans une activité adaptée, respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles, l'assurée présente une pleine capacité de travail sans diminution de rendement.

Lors de notre évaluation de la capacité de travail, nous n'avons pas tenu compte du discours algique chronique s'apparentant à un syndrome douloureux. Une telle atteinte à la santé n'est pas considérée comme invalidante en l'absence de pathologie psychiatrique préexistant[e], de comorbidité à caractère invalidant ou de signe de gravité. La description de la vie quotidienne et l'anamnèse psychiatrique fournies ne nous permettent pas de retenir de diagnostic à caractère invalidant sur le plan psychiatrique ou d'éléments de gravité".

Le 24 janvier 2007, le Dr Z.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies chroniques sur status après spondylodèse L4 à S1 et une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

Par communication du 2 mai 2007, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement, sous forme d'un soutien dans ses recherches d'emploi. Ultérieurement, le 18 juin 2007, l'assurée a renoncé à l'aide au placement.

**B.** Dans un projet d'acceptation de rente du 29 mai 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février au 30 septembre 2005, en raison d'une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 20 février 2004, puis d'une amélioration de son état de santé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005 et d'un degré d'invalidité de 11 %.

Par projet de décision du 8 novembre 2007, annulant et remplaçant celui du 29 mai 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu en substance que l'assurée présentait une capacité de travail entière à partir de juillet 2005 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles,

entraînant un degré d'invalidité de 11 % résultant d'un calcul de comparaison des revenus avec et sans invalidité. Le 5 décembre 2007, l'assurée a fait part des ses objections à l'encontre de ce projet de décision, alléguant ne pas pouvoir travailler, contestant les limitations fonctionnelles retenues et réclamant une nouvelle expertise médicale.

Dans un certificat médical du 30 juin 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a attesté un arrêt de travail à 100 % depuis le 4 octobre 2004; il a également fait mention d'une opération le 19 janvier 2005.

**C.** Par décision du 3 avril 2008, l'OAI a refusé le droit à la rente d'invalidité. Se référant à l'examen médical du Dr M.\_\_\_\_\_, auquel il a reconnu une pleine valeur probante, l'OAI a retenu que l'intéressée avait fait état de diverses incapacités de travail depuis 2004 et qu'elle présentait, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 100 % à partir de juillet 2005. Se basant sur un revenu d'invalidé de 41'709 fr. 91 - calculé selon un salaire dans une activité simple et répétitive d'après l'enquête suisse sur la structure des salaires de 49'070 fr. 49 en tenant compte d'un abattement de 15 % - et sur un revenu sans invalidité de 46'966 fr. dans l'activité d'employée de maison selon les indications de l'employeur, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 11 %.

Dans un courrier du 3 avril 2008, l'OAI a exposé à l'assurée les motifs de sa décision du même jour, expliquant notamment que l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ formulé dans ses différents rapports devait être écarté au profit de celui du SMR.

**D.** Par acte de son mandataire du 5 mai 2008, Q.\_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal des assurances et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 3 avril 2008 et à la mise en œuvre d'un nouvel examen médical complet, afin de déterminer le droit à la rente. Elle fait valoir que l'OAI n'a pas tenu compte de la détérioration de son état de santé, se référant à la constatation médicale du 30 juin 2006 du Dr C.\_\_\_\_\_. En outre, elle soutient que l'examen du SMR ne prend

pas en compte son état de santé psychique, précisant que celui-ci s'est aggravé de façon importante. Par ailleurs, s'agissant de la spondylodèse, elle allègue souffrir non seulement de lombalgies mais également d'autres maux entraînant une incapacité de travail.

A l'appui de son recours, l'assurée a déposé en particulier les documents médicaux suivants:

- un rapport du 19 mars 2004 du Dr K.\_\_\_\_\_, du Centre de la Douleur Riviera à Montreux, attestant d'un discret syndrome lombovertébral avec un Schober de 10/12, de l'échec des traitements conservateurs (AINS et physiothérapie) et d'infiltrations périurales de stéroïdes;

- plusieurs protocoles opératoires du Centre de la Douleur Riviera et du Groupe Neurochirurgical Romand, attestant d'opérations réalisées en 2004, 2005 et 2006, consistant en blocs facettaires L4-L5 bilatéraux sous guidage radioscopique, spondylodèse postérieure L4-L5-S1 sous guidage stéréotactique et injection périurale antalgique L3-L4 sous guidage radioscopique;

- un certificat du 6 mai 2008 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecine générale FMH à Vevey et médecin traitant de l'assurée, selon lequel celle-ci est incapable de travailler en raison de douleurs lombaires subaiguës s'exacerbant de manière intermittente sur spondylodèse postérieure L4-L5, L5-S1 pour insuffisance segmentaire L4-L5, L5-S1, consistant en des lombalgies résistant à tout traitement;

- un certificat du 16 mai 2008 des Drs X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, psychiatres FMH à Vevey, attestant d'une consultation depuis le 14 avril 2008, d'une médication antidépressive et d'un état dépressif ayant débuté en 2008, l'atteinte dépressive majeure étant en soi un motif d'incapacité de travail à 100 %.

Dans sa réponse du 23 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, précisant avoir répondu aux arguments de l'assurée dans le courrier du 3 avril 2008 qui lui a été adressé.

**E.** Le 26 septembre 2008, l'assurée a déposé les documents suivants:

- un rapport du 15 septembre 2008 du Dr K.\_\_\_\_\_, faisant état d'une incapacité de travail estimée à 50 % en raison de lombalgies chroniques "failed back surgery syndrome", de discopathies/cervicarthrose C6-C7 / C5-C6 et sténose foraminale C6-C7 gauche, et d'état dépressif;

- un certificat du 16 septembre 2008 des Drs X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics d'épisode dépressif majeur, en rémission partielle, léger, ainsi que de trouble douloureux chronique; ces psychiatres relèvent la présence d'un état dépressif majeur de gravité légère, indiquent une amélioration de l'état dépressif, sans rémission suffisante permettant la récupération d'une capacité de travail, et concluent à une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique;

Dans ses déterminations du 30 octobre 2008, l'OAI confirme sa position, se référant à un avis médical des Drs G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, du SMR, auquel il déclare se rallier entièrement. Il relève que la pathologie rachidienne ne s'est pas aggravée de manière objective et que le trouble thymique ainsi que les cervico-brachialgies, postérieurs à la décision attaquée, sont à examiner dans le cadre d'une nouvelle demande. Ledit avis médical, daté du 24 octobre 2008, comporte notamment le passage suivant:

"[L]es médecins admettent une aggravation de l'état de santé sur divers plans:

Psychiatrique, avec un épisode dépressif sévère, objectivé dès le 14.04.2008, présent anamnestiquement dès le printemps 2008, incapacitant, qui s'est amélioré pour devenir léger au moins dès le 16.09.2008. Ainsi, cet épisode dépressif ne saurait avoir engendré une IT au-delà de 5 mois.

Somatique, avec les cervico-brachialgies G dans le cadre de troubles dégénératifs, sans déficit neurologique annoncé. Cette nouvelle atteinte est susceptible d'engendrer de nouvelles limitations fonctionnelles, mais ne devrait à priori pas limiter la CT dans une activité adaptée.

**En conclusion**, il n'y a pas d'aggravation objective de la pathologie rachidienne lombaire; et le trouble thymique et les cervico-brachialgies G sont, comme démontré plus haut, postérieurs à la décision du 03.04.2008".

Par acte du 10 décembre 2008, l'assurée dépose des explications complémentaires, reprend ses conclusions et requiert l'audition des Drs A.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_. Elle relève qu'elle présente une aggravation de son état de santé sur les plans psychiatrique et somatique, ce qui ne serait pas contredit par l'avis médical du 24 octobre 2008 du SMR, depuis début 2008, soit avant que la décision attaquée n'ait été rendue.

Dans sa duplique du 7 janvier 2009, l'OAI fait valoir que les arguments déposés par l'assurée ne sont pas de nature à remettre en cause sa position.

**F.** Le 20 janvier 2009, l'assurée dépose un rapport du 9 janvier 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Vevey, constatant notamment une périarthrite de hanche ddc prédominante à D sans syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire des MI, quelques signes de dénervation aiguë dans le myotome S1 D et une hyperactivité d'insertion dans le myotome S1 G ce qui correspond à une aréflexie achilléenne bilatérale.

Dans ses déterminations du 13 février 2009, l'OAI maintient sa position, se référant à un avis médical du 4 février 2009 des Drs G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, selon lesquels le rapport précité du Dr H.\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'élément nouveau susceptible de modifier les conclusions sur l'exigibilité et les limitations fonctionnelles.

En date du 19 mars 2009, l'assurée dépose ses déterminations, confirme ses conclusions, reprend ses arguments et dépose les documents suivants:

- un courrier du 4 mars 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_ adressé au conseil de l'assurée, selon lequel cette dernière souffrirait de signes de périarthrite de hanche D et G, un avis rhumatologique étant requis;

- un certificat du 12 mars 2009 du Dr A.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel léger à moyen, ainsi que de trouble douloureux chronique, signalant une aggravation de l'état dépressif et une incapacité totale de reprendre une activité professionnelle.

Le 23 avril 2009, l'OAI relève qu'une instruction médicale complémentaire n'est pas nécessaire, le dossier étant suffisamment documenté.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

**2.** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366, 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2; TF 9C\_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.3).

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 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<sup>er</sup> in fine LAI). En vertu de l'art. 7

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.

**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 et les autres références citées). 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 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 Haute Cour, 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009, consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3; TF 9C\_514/2009

du 3 novembre 2009, consid. 4; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008, consid. 3).

**c)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2), l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). En ce sens, le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en oeuvre d'un examen médical n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe d'une administration rationnelle (TF 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et les références citées).

Le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "seconde opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante

(Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en oeuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical répond aux critères permettant de lui attribuer valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2).

**d)** Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. 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 (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 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). Enfin, 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) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et les références citées; TF I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.2.3).

**4. a)** En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, cette prestation lui étant refusée par l'intimé. Au vu des arguments présentés par les parties, il convient préalablement d'examiner si le dossier est complet du point de vue médical pour statuer sur le droit à la rente.

**b)** Dans la décision attaquée, du 3 avril 2008, l'OAI a refusé d'allouer une rente à l'assurée au motif qu'elle présente, selon l'examen rhumatologique effectué par le SMR le 28 novembre 2006, une capacité de travail complète dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles depuis juillet 2005. Dans son rapport du 8 janvier 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu entre autres qu'il n'avait pas tenu compte du discours algique chronique s'apparentant à un syndrome douloureux de l'assurée, car il avait estimé qu'une telle atteinte à la santé n'était pas considérée comme invalidante en l'absence de pathologie psychiatrique préexistante, de comorbidité à caractère invalidant ou de signe de gravité. La description de la vie quotidienne et l'anamnèse psychiatrique fournies par l'assurée ne permettant pas, selon le rhumatologue, de retenir de diagnostic à caractère invalidant sur le plan psychiatrique ou d'éléments de gravité.

**c)** Toutefois, sur le plan psychique, la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a évoqué notamment "le développement récent d'un état dépressif très important avec une patiente qui pleure à chaque consultation et qui ne supporte plus sa situation malgré l'initiation d'un traitement d'antidépresseurs" (certificat du 06.05.2008). Les Drs X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont ensuite relevé, se référant à l'avis de la Dresse B.\_\_\_\_\_, qu'un état dépressif avait débuté en 2008. Depuis le 14 avril 2008, l'assurée consulte régulièrement un psychiatre, qui retient les diagnostics de trouble dépressif majeur ainsi que de trouble douloureux chronique et une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique (certificats des 12.03.2009 du Dr A.\_\_\_\_\_ et 16.09.2008 des Drs X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_). La présence de troubles psychiques est également corroborée par le Dr K.\_\_\_\_\_ du Centre de la Douleur Riviera, bien qu'il ne soit pas psychiatre, qui mentionne un état dépressif, ayant répercussion sur la capacité de travail (rapport du 15.09.2008).

Quant aux Drs G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, ils ont indiqué que l'épisode dépressif sévère avait été objectivé dès le 14 avril 2008 (soit dès que l'assurée a débuté sa consultation) et ont précisé que ce trouble,

incapacitant, était présent dès le printemps 2008, de sorte qu'ils n'ont pas nié qu'il existait avant le moment où la décision attaquée a été rendue, soit le 3 avril 2008. Les médecins du SMR font valoir que l'épisode dépressif sévère s'était amélioré pour devenir léger au moins dès le 16 septembre 2008, de sorte qu'il ne saurait selon eux avoir engendré une incapacité de travail au-delà de 5 mois. Sur ce point précis, si les Dr X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur, en rémission partielle, léger, en relevant suite aux tests de Beck et de Hamilton un état dépressif majeur de gravité légère et en notant une certaine amélioration de l'état dépressif, il n'en ont pas moins relevé qu'il n'y avait pas de rémission suffisante permettant la récupération d'une capacité de travail et ont précisé que l'intéressée était toujours dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle, l'incapacité de travail sur le plan purement psychiatrique étant totale à ce stade (certificat du 16.09.2008). Par la suite, le Dr A.\_\_\_\_\_ a du reste relevé que l'assurée était toujours dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle (certificat du 12.03.2009). Dès lors, il est erroné de prétendre sans autre examen, comme le font les médecins du SMR, que l'épisode dépressif n'a pas engendré une incapacité de travail au-delà de 5 mois.

Force est ainsi de constater que le médecin rhumatologue du SMR, le Dr M.\_\_\_\_\_, n'était pas, en l'occurrence lors de son examen effectué le 28 novembre 2006, d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants pour un syndrome douloureux invalidant n'étaient pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail. De même, et indépendamment de l'existence d'un tel syndrome, on retiendra que la problématique psychique de l'assurée n'a pas été suffisamment investiguée par l'OAI, respectivement le SMR.

**d)** Sur le plan somatique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte de discopathies/cervicarthrose C6-C7 / C5-C6 et sténose foraminale C6-C7 gauche, a signalé depuis quelques mois (selon lui, probablement plus) des douleurs de la nuque, des épaules et du bras gauche avec des irradiations

dans la main, a précisé qu'il y avait une relative bonne corrélation radioclinique (suite à une IRM pratiquée le 14.08.2008) qui crédibilisait les dires de l'assurée et a évalué que cette problématique avait une incidence sur la capacité de travail (rapport du 15.09.2008). Il s'agit là d'une problématique nouvelle par rapport aux constatations faites le 28 novembre 2006 par le Dr M. \_\_\_\_\_ lors de son examen médical.

Les Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ont relevé à ce sujet que les cervico-brachialgies G dans le cadre de troubles dégénératifs, sans déficit neurologique annoncé, mises en exergue par le Dr K. \_\_\_\_\_, étaient susceptibles d'engendrer de nouvelles limitations fonctionnelles, en relevant toutefois - d'une manière quelque peu hâtive et guère motivée - qu'elle ne devraient à priori pas limiter la capacité de travail dans une activité adaptée (rapport SMR du 24.10.2008). Les médecins du SMR ont donc bien confirmé que ces atteintes constituaient une nouvelle atteinte à la santé de l'assurée et qu'elles pouvaient engendrer de nouvelles limitations fonctionnelles. En ce sens, les arguments du SMR ne permettent pas d'exclure le caractère invalidant de ces atteintes somatiques, soit d'écarter l'avis, en l'occurrence circonstancié, du Dr K. \_\_\_\_\_ (rapport du 15.09.2008).

**e)** Il n'y a dès lors pas lieu, comme le prétend l'OAI dans ses déterminations du 30 octobre 2008, de traiter le trouble thymique et les cervico-brachialgies de l'assurée dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations AI. En effet, ces troubles existaient au degré de vraisemblance prépondérante avant la décision litigieuse, datée du 3 avril 2008. Il convient dès lors, conformément à la jurisprudence précitée, de renvoyer le dossier à l'OAI pour mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Par la même occasion, sur le plan rhumatologique, l'OAI pourra investiguer la présence d'une périarthrite de hanche D et G, dont se prévaut la recourante et dont a fait mention le Dr H. \_\_\_\_\_ (rapports des 09.01.2009 et 04.03.2009). Ce spécialiste a indiqué qu'il n'était pas possible de dater cette atteinte radiculaire de la hanche, qui pouvait

remonter à plusieurs années et qui paraissait séquellaire (rapport du 09.01.2009). Il s'agit visiblement d'une problématique nouvelle par rapport aux constatations faites par le Dr M.\_\_\_\_\_ - ce rhumatologue n'ayant pas spécifiquement relevé de problèmes au niveau de la hanche (rapport du 08.01.2007) - dont il faudra tenir compte, même si les Drs G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont relevé que l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau susceptible de modifier les conclusions du SMR sur l'exigibilité et les limitations fonctionnelles (avis médical du 04.02.2009).

**5.** Partant, le recours doit être admis, en ce sens que la décision du 3 avril 2008 de l'OAI est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit à la rente d'invalidité. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mesure d'instruction de la recourante tendant à l'audition de trois médecins.

**6. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles 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.

**b)** Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, au vu du dossier, il y a lieu de fixer ces dépens à 1'500 fr.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 3 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante Q.\_\_\_\_\_ un montant à titre de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).
  
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Pascal Nicollier, avocat à Vevey (pour Q.\_\_\_\_\_)
- 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 :