

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Pittet et Monod, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Echallens, recourante, représentée par Me Olivier Flattet,
avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. Le 3 avril 2006, R. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1976, mariée et mère de deux enfants, nettoyeuse, a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité.

Elle a déclaré qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% par nécessité financière.

Dans un rapport du 9 décembre 2003, la Dresse V. _____, médecin conseil du Service de l'emploi, relève qu'en raison de ses problèmes de santé, une activité d'aide-cuisinière ou de nettoyeuse est contre-indiquée. La capacité de travail est estimée à 100% dans un travail sans port de charges supérieures à 10 kg. L'activité de vendeuse pour laquelle l'assurée a une formation lui paraît adaptée.

Dans un rapport médical du 20 janvier 2004, les Drs T. _____ et U. _____ du Service de Psychiatrie de liaison de la Policlinique G. _____ mentionnent notamment ce qui suit:

"Observation:

Mme R. _____ est une patiente de 28 ans, paraissant moins que son âge et à l'hygiène personnelle et vestimentaire correcte. Elle est orientée et collaborante. Elle parle un français correct. On ne retrouve pas de trouble formel du cours ou du contenu de la pensée ou du discours. Aucun élément psychotique floride n'est mis en évidence. Elle se dit euthymique, garde du plaisir à voir et à s'occuper de ses enfants, ainsi qu'à sortir et à regarder la télévision. On ne relève pas de trouble du sommeil. Une perte pondérale de 3 kilos sur 3-4 mois est présente accompagnée d'une légère inappétence. On ne rencontre pas de rumination autour d'un thème particulier, ni de pensée de mort ou de suicide récurrente. La patiente a présenté des attaques de panique caractéristiques sans qu'elles soient encore présentes actuellement. Elle rapporte une anxiété diffuse avec une certaine facilité à se faire du souci. Aucune phobie spécifique n'est mise en évidence.

Les douleurs de la patiente se manifestent à la colonne cervicale puis sur l'ensemble du côté droit. A savoir à l'épaule, au coude et à la main ainsi qu'au niveau lombaire avec une irradiation vers la hanche droite, le pli inguinal, le creux poplité et le mollet. Ces douleurs peuvent être provoquées pendant les rapports sexuels. Par ailleurs, elle présente des symptômes gastro-intestinaux sous la forme de douleurs digestives qui viennent et qui partent dans le bas

ventre, accompagnées d'épigastalgies et d'un ballonnement douloureux. Elle rapporte également un désintérêt sexuel. Nous retrouvons des paresthésies et des hypoesthésies pulpaire à l'extrémités des 5 doigts de la main droite ainsi qu'au pied droit. La patiente se plaint également d'une perte de force au membre supérieur droit. La patiente ne consomme pas de substance psychotrope non prescrite.

Diagnostics:

1. Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)

Discussion:

Au cours des entretiens, Mme R. _____ apparaît comme quelqu'un au contact facile. Sa mimique reste expressive et elle partage volontiers ses problèmes. Elle n'accepte que difficilement qu'une composante psychologique participe à ses douleurs. Elle peut entendre que les douleurs peuvent la déprimer ou que lorsqu'elle est moins bien moralement, ces douleurs augmentent en intensité. Ainsi, elle se révèle favorable à l'introduction d'un traitement antidépresseur à petites doses. Il est clair pour elle que ce traitement viserait à améliorer sa résistance face aux douleurs mais pas à les faire disparaître.

Ainsi, Mme R. _____ ne présente pas un état dépressif mais cependant un traitement à base de Seropram goutte, 3 gouttes le soir au moment des repas peut être tenté. Cette posologie très faible initialement vise à éviter l'apparition d'effets secondaires. La posologie pourra ensuite être augmentée à un équivalent de 10 mg de Seropram après 10 jours de traitement. Pour le moment, nous ne voyons pas d'indication à une psychothérapie."

Le 28 juillet 2005, la Dresse Z. _____, du Service de rhumatologie de l'Hôpital S. _____, mentionne une patiente aux antécédents de cholécystectomie en 2002 et d'épigastalgies, qui présente depuis un premier accouchement en 1997 des cervicalgies et des lombalgies d'horaire mixte ainsi que des douleurs au coccyx. Depuis plusieurs années, elle présente des arthro-myalgies fluctuantes touchant les épaules, les coudes, les articulations des mains, des genoux et des pieds. Les céphalées sont en casque et irradient depuis les cervicales. La Dresse Z. _____ ne note pas de troubles de la concentration, ni de troubles mnésiques. L'assurée ne décrit pas de problématique dépressive. Plusieurs séances de physiothérapie passive (fangos et massages), injections de cortisone en 2003 et traitement transitoire par morphine n'ont pas apporté d'amélioration. Le traitement de Saroten a été interrompu en raison d'une mauvaise tolérance. Le diagnostic de fibromyalgie évoqué n'est pas suffisamment documenté. Les points douloureux ne sont pas tous présents. L'assurée ne présente pas tout le cortège de symptômes accompagnant la fibromyalgie, à savoir un état

dépressif latent, des troubles mnésiques et des troubles de la concentration avec important ralentissement psychomoteur. Elle préconise d'effectuer une radiographie du bassin dans le but d'exclure une sacro-iliite, qui pourrait parler en faveur d'un rhumatisme de type spondylarthropathie. Un traitement de physiothérapie active est prescrit. Un traitement d'Effexor à doses progressives est proposé.

Dans un rapport médical du 28 novembre 2005, le Professeur N._____, la Dresse Z._____ et le Dr P._____ du Service de rhumatologie de l'Hôpital S._____ mentionnent que l'assurée a séjourné dans ce service du 14 au 18 novembre 2005 au motif de lombalgies chroniques et arthralgies diffuses. La patiente décrit également des céphalées en casque irradiant depuis les cervicales. Les médecins ne relèvent pas de trouble de la concentration, ni de trouble mnésique. Ils indiquent que la patiente nie un problème dépressif. Ils diagnostiquent principalement des cervicalgies et lombalgies chroniques aspécifiques et des arthralgies diffuses sur probable trouble somatoforme douloureux. Ils mentionnent une reprise de travail à 50% dès le 6 décembre 2005. Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit:

"DISCUSSION ET EVOLUTION:

La patiente se présente avec des cervicalgies et lombalgies chroniques, d'horaire mixte, accompagnées de douleurs au niveau du coccyx, d'intensité variable. Les examens complémentaires effectués en ambulatoire à la recherche des hépatites virales, HIV et HTLV, le FR et les anticorps antinucléaires sont donc demeurés négatif en date du 20.07.2005. Nous avons complété le bilan radiologique (RX thorax et RX bassin en janvier et juillet 2005: normales), au moyen d'une radiographie de la colonne lombaire qui s'est révélée être également normale.

En raison de l'absence de signes d'inflammation parlant pour un rhumatisme articulaire, nous retenons le diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux persistant avec cervicalgies et lombalgies chroniques. Sous un traitement antalgique et une physiothérapie intensive à sec et en piscine, l'évolution n'est que partiellement favorable. Un traitement par Eflexor à petites doses introduit par vos soins n'ayant malheureusement pas été toléré par la patiente, nous n'avons pas essayé de nouvel antidépresseur, bien que ce traitement soit indiqué dans ce contexte. Nous avons bien expliqué à Madame R._____ l'importance de la continuation d'une physiothérapie active avec musculation du caisson abdominal et des muscles spinaux. Elle n'a pas été retenue pour un programme ambulatoire de type unité rachis, en raison de l'extension des plaintes douloureuses parlant pour un trouble somatoforme, qui est un critère d'exclusion du groupe.

Madame R._____ quitte donc notre service le 18.11.2005 pour retourner à domicile."

Le 30 mai 2006, la Dresse W._____, spécialiste FMH en médecine générale, de la Polyclinique G._____ de l'Hôpital S._____, indique que l'état dépressif se péjore jusqu'à ce que des idéations suicidaires apparaissent en mars 2006, raison pour laquelle est introduit avec succès du Saroten à petites doses puis à 50 mg/j. Sous ce traitement, avec un soutien régulier, la patiente semble se stabiliser mais n'est pas capable à son avis pour le moment de reprendre le travail. Elle relève que l'assurée n'a pas été mise au bénéfice d'un poste adapté. Elle pose les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie (DD: trouble somatoforme douloureux) existant depuis 1998 et d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique depuis 2005. Elle retient une incapacité de travail entière du 14 septembre au 11 décembre 2005, puis dès le 8 mars 2006.

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) à la clinique F._____, qui a établi son rapport en date du 20 juin 2007.

Dans ce rapport, la Dresse M._____, spécialiste FMH en rhumatologie, retient le diagnostic de suspicion de fibromyalgie, sans répercussion sur la capacité de travail.

De son côté, la Dresse D._____, spécialiste FMH en psychiatrie, relève notamment ce qui suit:

Etat civil: L'examinée est mariée depuis 1996 avec un compatriote de quatre ans son aîné qu'elle fréquentait depuis une année avant leur union devant Dieu. Son mari est magasinier dans une entreprise de panneaux de signalisation pour la route depuis 2001. Avant, il travaillait dans la boucherie comme son beau-frère. Son époux est en bonne santé habituelle et le couple s'entend bien. L'assurée précise que ce dernier se montre très compréhensif à son égard malgré sa maladie fibromyalgique.

Enfants: L'assurée a deux enfants, un fils né en 1997 qui a maintenant neuf ans et demi et qui va en quatrième primaire, et une fille cadette née en 2000 qui a six ans aujourd'hui et qui est en deuxième enfantine. Ils sont en bonne santé et n'ont pas de problèmes à l'école.

Elle précise que lorsqu'elle ne se sent pas capable de s'occuper de ses enfants, une belle-soeur âgée de 40 ans (la soeur de son mari), qui vit dans le même village qu'elle à Echallens/VD, lui vient en aide. (...)

Anamnèse médicale

L'assurée se plaint de souffrir de douleurs physiques depuis 1998, soit peu après la naissance de son premier enfant. Celles-ci sont diffuses et se propagent de manière variable du dos aux membres inférieurs et supérieurs, étant également parfois à l'origine de céphalées. C'est pour cette raison qu'elle a réduit son temps de travail à un mi-temps avant de cesser définitivement toute activité en mars 2006.

Son médecin traitant fut le Docteur B. _____ à Echallens de 1996 à 2002 puis la Doctoresse W. _____ à Lausanne/VD depuis 2002. Elle a vu en 2003 un psychiatre à trois reprises, le Docteur K. _____ à la Polyclinique G. _____ de Lausanne/VD à la demande de la Doctoresse W. _____ et ce, afin d'apprendre à mieux vivre avec sa « fibromyalgie ». Depuis lors, elle ne consulte plus de psychiatre.

Traitement actuel

- Saroten® Retard (amitriptyline) 20 mg, 1cp le soir depuis début 2006.

- Irfen® (ibuprofène) 800 mg Retard et Omed® (oméprazole) pour les douleurs.

En outre, elle bénéficie de deux séances de physiothérapie par semaine avec peu d'effets bénéfiques, dit-elle. Un essai d'acupuncture en trois séances n'a pas donné d'amélioration. Le Saroten® Retard (amitriptyline) a par contre un effet favorable sur les troubles de l'humeur.

2. PLAINTES ET DONNEES SUBJECTIVES

Plaintes spontanées

Sur le plan psychique, Madame R. _____ se plaint de se sentir de plus en plus déprimée depuis un à deux ans en raison de ses douleurs physiques. Il lui arrive parfois de ne plus avoir envie de sortir de chez elle et d'avoir besoin de rester tranquille seule à la maison dans le silence. Parfois, elle a aussi besoin de sortir et de parler très régulièrement, en particulier avec une voisine plus âgée qui lui offre une bonne écoute.

Elle a de bons contacts avec les mères des copines de sa fille avec lesquelles elle peut parler quand elle en ressent le besoin. Les relations sociales sont importantes à ses yeux et ce, depuis toujours. Le sentiment de dépression est toujours lié à ses douleurs physiques ainsi qu'à une anxiété provoquée par l'inconfort. Par ailleurs, l'assurée se décrit comme une mère anxieuse paniquant facilement, par exemple, dès qu'un enfant tombe.

Ses douleurs la rendent irritable à l'égard de ses enfants et perturbent parfois la qualité de son sommeil. Cela crée un sentiment de fatigue et d'irritabilité. Elle a cependant conservé le plaisir de s'occuper de ses enfants et d'entreprendre des activités avec eux.

Retentissement des plaintes

- **Dans les activités de la vie quotidienne et le ménage:** Elle ne fait plus son ménage qu'une fois par semaine au lieu de le faire au quotidien. Elle continue à faire les repas pour son mari et ses enfants.

- **Dans les relations sociales:** Sur le plan de la communication sociale, l'assurée se décrit comme très sociable et bien entourée par des gens compréhensifs, ses copines étant disponibles pour l'aider quand elle ne va pas bien et qu'elle en a besoin. Elle continue à

rendre régulièrement visite à ses parents pendant les vacances d'été dans son pays d'origine.

- **Dans les activités nécessitant de la concentration:** Sur le plan de la concentration, elle décrit parfois le besoin d'être tranquille sans aucun bruit quand ses douleurs sont trop importantes.

- **Dans l'activité professionnelle:** Elle se plaignait de « ...trop de douleurs », d'un manque de force et du fait que ses collègues se moquaient d'elle, rigolant dans son dos car elle n'arrivait plus à assumer ses tâches. Toutefois, elle signale qu'elle aimait bien travailler, notamment pour les contacts sociaux engendrés, qui lui faisaient moralement du bien. L'assurée explique avoir besoin d'argent mais ne plus se sentir capable de travailler en raison de sa fibromyalgie. Elle craint que l'évolution de son état de santé ne s'aggrave étant donné qu'elle a constaté que d'autres fibromyalgiques évoluaient de mal en pis.

[...]

H u m e u r

Critères majeurs de la dépression selon l'OMS (critères B)

Tristesse: La tonalité de l'humeur est normale, même si la patiente parle de sentiment de dépression. D'un point de vue objectif, on ne relève pas depuis au moins deux semaines, une « ...tristesse de degré nettement anormal, pratiquement toute la journée et dans une large mesure non influencée par les circonstances » au sens de l'ICD-10 chez cette patiente vive.

Intérêt et plaisir: Il n'existe pas de « ...diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables » qui serait présente depuis au moins deux semaines. Ce deuxième critère majeur de la dépression est donc également écarté car l'assurée, en dehors de moments d'exacerbation de la douleur, nourrit beaucoup de centres d'intérêt dans sa vie, et reste sociable et sympathique.

Energie: Une « ...réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité » est parfois notée en cas de troubles du sommeil, mais elle n'est pas constante et ne répond pas à la sévérité du troisième critère majeur de la dépression.

Conclusion: Pour l'heure l'assurée ne présente aucun de trois critères majeurs de la dépression au sens de l'OMS.

Critères mineurs de la dépression selon l'OMS (critères C)

Confiance et estime: Il n'y a pas d'idée d'auto-dévalorisation, l'estime de soi est conservée. Bien qu'elle rapporte une altération de sa confiance en elle-même, celle-ci est intimement liée à l'atteinte physique et ne correspond pas à un symptôme mineur de la dépression.

Culpabilité: Il n'y a pas de sentiment de culpabilité, pas d'idée d'auto-accusation ni de sens de responsabilité par rapport à ses douleurs sauf quand elle insiste sur le fait qu'elle a fait beaucoup d'efforts pour essayer d'assumer ses responsabilités professionnelles en dépit de ses douleurs physiques.

Concentration: Ses capacités de concentration lui permettent de suivre un entretien complexe avec l'experte. A aucun moment elle n'a perdu le fil de la conversation ni n'a eu d'hésitations dans son discours, contrairement aux patients très dépressifs.

Idées de mort: A l'entendre, il y aurait parfois des idées suicidaires quand les douleurs sont trop importantes, entraînant un sentiment de désarroi. Néanmoins, cela est contredit par le fait qu'il n'y a pas de geste auto-agressif, ni de sentiment d'inutilité, l'attitude face à l'avenir restant positive, avec des projets de vie sur le plan familial.

Ralentissement et agitation: Aucun ralentissement ni aucune agitation psychomoteurs n'ont été relevés en cours d'entretien et rien n'a laissé supposer l'existence de tels états selon la description que fait l'assurée de ses activités quotidiennes.

Sommeil: Il est parfois perturbé en raisons des sensations algiques. Il n'y a pas d'étiologie dépressiogène à ces légers troubles occasionnels.

Appétit: Son appétit est variable mais son poids semble être plutôt stable et conservé."

L'experte a en outre constaté que l'assurée ne remplissait pas les critères pour une somatisation, ni pour un syndrome douloureux somatoforme persistant, ni pour un trouble somatoforme indifférencié. Ne retenant pas de comorbidité psychiatrique, elle estime que les critères jurisprudentiels relatifs à la fibromyalgie ne sont pas réunis.

Elle conclut que la capacité de travail sur le plan psychiatrique est entière.

Dans leur synthèse, les experts mentionnent ce qui suit:

"2. PLAINTES ET DONNEES SUBJECTIVES DE L'ASSUREE

L'assurée se plaint actuellement de cervicalgies et lombalgies bilatérales à prédominance droite, permanentes, tant diurne que nocturne, la réveillant parfois la nuit. Ces douleurs augmentent lors des positions statiques assise ou debout prolongées, lors du port de charges et de la marche. L'intéressée se plaint également d'arthralgies ubiquitaires touchant les épaules, les coudes, les poignets, les hanches, les genoux et les chevilles, ainsi que de douleurs musculaires diffuses touchant tant la musculature des membres supérieurs et inférieurs, que la musculature abdominale et vertébrale. Elle signale également de ballonnements abdominaux, plus ou moins douloureux, survenant après les repas. Ces algies amènent l'expertisée à restreindre ses activités ménagères et à ne plus envisager d'activité professionnelle.

Sur le plan thymique, l'intéressée signale se sentir de plus en plus déprimée depuis un à deux ans en raison de ses douleurs physiques. Elle évoque également une anxiété, une irritabilité à l'égard de ses enfants et des troubles du sommeil. Toutefois, ces plaintes n'empêchent pas l'assurée d'être très sociable, entretenant des bonnes relations avec des amies et avec sa famille qu'elle voit régulièrement pendant les vacances. En ce qui concerne ses capacités de concentration, l'intéressée signale un besoin de calme.

3. EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique général de l'intéressée se situe dans les limites de la norme. Le status neurologique est sans particularités, avec une force musculaire et une sensibilité conservées à tous niveaux. L'examen n'objective aucun trouble de la coordination, ni de l'équilibre.

L'examen ostéoarticulaire est dans les limites de la norme, tant sur le plan rachidien que sur le plan périphérique. La palpation de la colonne cervicale est indolore, avec une mobilisation douloureuse en antéflexion et rétroflexion. Au niveau du rachis dorsolombaire, il n'y a pas de trouble statique, avec une palpation et une percussion indolores à tous niveaux. Cependant, toute mobilisation des articulations périphériques est ressentie comme diffusément douloureuse à tous niveaux. Notons une palpation des trigger points typiques pour une fibromyalgie positive à 16/18, plus marquée à droite et la présence de 4 signes de non-organicité de WADDELL sur 5.

L'examen psychiatrique a permis d'exclure la présence de tout trouble psychiatrique selon les manuels diagnostiques reconnus (ICD-10, DSM IV). Plus précisément, l'examen a permis d'exclure la présence des troubles dépressifs, anxieux, cognitifs, ainsi que des manifestations psychotiques et d'un syndrome douloureux somatoforme. L'assurée présente quelques traits de personnalité histrionique, sans qu'un diagnostic de trouble de personnalité puisse être retenu. Cependant ces traits de personnalité permettent d'expliquer en partie une tendance principalement inconsciente à la majoration des symptômes et à une focalisation sur les plaintes algiques.

4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.
Depuis quand sont-ils présents? M79.0: Suspicion de fibromyalgie.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Suite à leurs examens cliniques respectifs en date du 12 octobre 2006, les experts mandatés, le Docteur D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et le Docteur M._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire. Ci-dessous ce qui ressort de leur échange.

Madame R._____ est une assurée de 30 ans ayant une formation professionnelle de vendeuse. Sa dernière activité professionnelle a été celle de nettoyeuse dans un collège à 50% jusqu'en mars 2006, date de son dernier arrêt de travail pour des douleurs ostéoarticulaires.

L'assurée souffre de douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires marquées par des arthralgies touchant les épaules, les coudes, les mains, les hanches, les genoux et les chevilles de façon bilatérale. Des examens radiologiques en 2004 et 2005 ont permis de retenir le diagnostic de cervicalgies et lombalgies chroniques aspécifiques et des arthralgies diffuses sur un probable trouble somatoforme douloureux. Des traitements associant des mesures médicamenteuses à des mesures physiques n'ont pas permis une réelle amélioration de la symptomatologie musculo-squelettique algique de l'assurée. D'un point de vue psychiatrique, l'intéressée a été suivie par un psychiatre en 2003, afin de mieux supporter ses douleurs physiques, ainsi que pour des attaques de panique, dans le contexte d'une anxiété diffuse. En 2006, l'assurée a présenté un état dépressif avec des idées suicidaires, ayant nécessité

l'introduction d'un traitement antidépresseur qui a été efficace, puisqu'actuellement l'assurée n'a plus de suivi psychiatrique. L'assurée se plaint actuellement de cervicalgies et lombalgies bilatérales à prédominance droite, ainsi que d'arthralgies ubiquitaires et de douleurs musculaires diffuses. Ces algies amènent l'expertisée à restreindre ses activités ménagères et à ne plus envisager d'activité professionnelle. Sur le plan thymique, l'intéressée signale se sentir de plus en plus déprimée, anxieuse et irritable en raison de ses douleurs physiques.

Après anamnèse, examen clinique et discussion interdisciplinaire, les experts retiennent une suspicion de fibromyalgie, affection sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, puisque les critères d'invalidité reconnus par la jurisprudence actuelle ne sont pas remplis. Les experts sont surpris par l'existence d'une discordance entre l'intensité des plaintes algiques de l'examinée et le peu de données objectivables, dans le contexte d'une surcharge psychogène. L'examen ostéoarticulaire est sans particularités, alors que 16 trigger points pour la fibromyalgie sont positifs sur 18 et 4 signes de non-organicité de WADDELL sont présents sur 5. L'examen psychiatrique confirme que le dernier épisode dépressif dont a souffert l'intéressée est en rémission totale et exclue la présence de tout trouble psychiatrique. L'assurée présente des traits de personnalité histrionique qui expliquent qu'elle ait une tendance à la dramatisation et à la théâtralisation de ses maux physiques. Il s'agit d'un mécanisme, peut-être inconscient, déployé pour essayer d'en retirer des bénéfices secondaires, comme celui de pouvoir rester à la maison et s'occuper des enfants tout en étant aidée et assistée dans sa vie de femme au foyer. Ayant de hauts idéaux personnels, elle se sent vite atteinte et inapte à ses activités lorsqu'elle ne peut pas totalement satisfaire ses attentes et être bien reconnue. Elle s'identifie très facilement aux autres fibromyalgiques (suggestibilité) et anticipe ainsi une évolution négative en pensant que son état ne peut qu'empirer.

Après discussion interdisciplinaire, les experts en arrivent à la conclusion que Madame R. _____ conserve une capacité de travail de 100% dans sa dernière activité professionnelle de nettoyeuse, avec un plein rendement."

Dans un complément d'expertise du 28 septembre 2007, le Dr J. _____, directeur médical de la Clinique F. _____, précise qu'en étudiant à nouveau le dossier médical, il remarque que l'assurée a été hospitalisée du 14 au 18 novembre 2005 dans le service de rhumatologie de l'Hôpital S. _____ où les diagnostics retenus étaient ceux de lombalgies chroniques et d'arthralgies diffuses et qu'il ne retrouve pas de notion de troubles psychiques, même si l'assurée est sous Efexor. Par contre, il relève que dans le rapport médical du 30 mai 2006 de la Dresse W. _____, il est décrit un état dépressif en aggravation avec des idéations suicidaires depuis mars 2006 et motivant l'introduction d'un traitement de Saroten. Il considère dès lors que l'incapacité de travail du 14 septembre 2005 au 11 décembre 2005 était essentiellement due à des

problèmes rhumatologiques en rapport avec la probable fibromyalgie. Il estime que depuis mars 2006, le trouble de l'humeur est clairement prépondérant et justifie l'incapacité de travail totale. Le diagnostic psychique retenu était celui d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique. Il observe que généralement, pour une patiente répondant au traitement antidépresseur instauré, ce qui est le cas de l'assurée, il faut compter sur une incapacité de travail de l'ordre de six mois.

Dans un rapport d'examen du 10 octobre 2007, le Dr C._____ du Service médical régional de l'AI, se fondant sur l'expertise et son complément, retient un status après épisode dépressif moyen à sévère, sans symptôme psychotique, dès mars 2006 et une suspicion de fibromyalgie. Il retient une incapacité de travail de 100% dès le 8 mars 2006 pour six mois environ puis une capacité de travail entière exigible dans toute activité.

Dans une lettre du 17 décembre 2007 à l'OAI, la Dresse W._____ estime impossible de prévoir une reprise de travail pour cette patiente qui présente un épisode dépressif en partie sévère ainsi qu'une maladie très invalidante par rapport à ses douleurs.

Par décision du 5 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis le mois d'août 2006.

B. Par acte du 3 juillet 2008, R._____ a recouru contre cette décision en concluant à son annulation, une rente entière lui étant allouée. Elle a proposé que son incapacité de travail et l'affection corporelle chronique dont elle souffre depuis 10 ans soient prouvées par témoin ou expertise.

Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique du 2 février 2009, la recourante a produit une lettre du 25 janvier 2009 et sa traduction en français adressée à son conseil par le Dr L._____, psychiatre FMH, dont il résulte ce qui suit:

"Données socio-biographiques

Madame R._____, née le 26.02.1976 en Macédoine dans l'ex-république fédérale socialiste de Yougoslavie, a grandi auprès de ses deux parents et de son frère âgé de quatre ans de plus qu'elle en milieu familial simple et harmonieux. Après l'école primaire elle apprit le métier de vendeuse. Après l'obtention de son certificat scolaire, elle travailla durant neuf mois dans son village. En 1995, elle rejoignit sa tante en Suisse, où elle fit la connaissance de son mari qu'elle épousa en 1996. Malheureusement, elle ne fut pas acceptée par ses beaux-parents. Ne se trouvant jamais seule, elle ne put pas profiter de sa grossesse et la vivre normalement. En 1999 ses beaux-parents quittèrent la Suisse; elle put ainsi profiter de sa seconde grossesse. Son mari voulait la quitter, car elle ne s'entendait pas avec la famille de celui-ci, en particulier avec sa soeur.

De retour à la maison, son mari s'énerve, crie et ne parvient pas à participer et gérer la vie avec ses enfants. En Macédoine, il écoute uniquement l'avis de sa propre soeur. Madame R._____ se force à se taire afin d'éviter tout problème et de peur que son mari ne la quitte. Elle est, depuis 2003, plus ou moins régulièrement prise en charge par le service psychiatrique. Durant le temps des soins, elle a parfois souffert de pertes de poids massives et de dépression avec des pulsions suicidaires. Depuis le 05.04.2007 elle suit régulièrement un traitement dans la Policlinique G._____, Dresde W._____, et, afin que les graves problèmes psychologiques puissent être soignés dans sa langue maternelle, elle vient aussi régulièrement dans notre institution.

Résultats:

Cette femme d'origine macédonienne de taille moyenne et de corpulence mince, âgée de bientôt 33 ans et dont le physique correspond à son âge, présente un aspect extérieur normalement soigné. D'un esprit vif, elle est parfaitement orientée dans le temps, dans l'espace, dans la situation et envers elle-même.

Auprès de la patiente d'une apparence pâle et faible aucun signe de déficit de l'attention, de la conception ou de la concentration n'est visible. Le raisonnement formel est ralenti et tourne en grande partie autour de ses douleurs et de sa situation existentielle. La patiente dépressive, à laquelle un rapport affectif peut être établi, est très coopérative. En plus de cela, on peut remarquer une inquiétude intérieure, des troubles de sommeil continu et parfois d'endormissement, la perte de libido tout comme un certain retrait social. A ceci s'ajoutent la préoccupation concernant sa propre santé et par moments un manque de joie et d'intérêt. En situation d'examen il n'y a aucun signe de dysfonctions psychiques telles que contraintes, délires, illusions des sens ou troubles d'ego.

Actuellement elle ne présente aucun risque de violence envers elle-même ou envers les autres.

Traitement

Moyens de thérapie appliqués

Déroulement de la thérapie

Psychodiagnostique

Psychothérapie individuelle dans la langue maternelle de la patiente et traitement avec des psychopharmaceutiques; en plus on a établi une psychothérapie déléguée orientée vers une thérapie comportementale.

Diagnostics d'un traitement psychiatrique

Diagnostics psychiatriques secondaires

Diagnostics somatiques importants

Insomnie non organique liée à des troubles dépressifs récidivants, actuellement épisode dépressif de degré moyen avec des symptômes somatiques. (ICD-10 F51.0, F33.11)

Diagnostic somatique avec et sans influence sur la capacité de travail d'après le médecin de famille.

Medication

FLUOXETIN disp. 20 mg 1/0/1/0

ZOLDORM 10 mg 0/0/0/1

Rapport sur la capacité de travail

Du point de vue psychiatrique il faut constater que Madame R._____, depuis le début de sa prise en charge et de son traitement, est considérablement restreinte dans sa capacité/incapacité de travail.

Les résultats du diagnostic démontrent, que, suite aux troubles dépressifs récidivants qui doivent être diagnostiqués, sa santé psychique se trouve gravement atteinte, ce qui nécessite impérativement à l'avenir des soins comportant un traitement médical accompagné d'une psychothérapie."

A l'appui de sa duplique du 23 mars 2009, l'OAI a produit un avis médical du 10 mars 2009 du Dr C._____. Il relève que la lettre de la Dresse W._____, du 17 décembre 2007 n'apporte pas d'élément médical nouveau, du moins sur le plan somatique. Il relève en outre ce qui suit:

"La lettre du Dr L._____ retient un trouble dépressif récurrent, sans que ladite récurrence ne soit démontrée (il n'est aucunement fait mention d'épisode dépressif antérieur, suivi de période exempte de maladie). Il est difficile de retenir un « état dépressif moyen » chez une assurée à l'esprit vif, sans trouble de l'orientation, sans déficit d'attention et de concentration. Les 3 symptômes cardinaux de l'épisode dépressif que l'on devrait retrouver selon la CIM-10 font défaut: il n'est pas fait mention d'augmentation de la fatigabilité, on ne retrouve pas d'humeur dépressive; il y a certes un manque de joie ou d'intérêt, mais ils ne sont que momentanés ce qui est insuffisant pour les prendre en compte.

Quant aux autres symptômes permettant de préciser le degré de l'épisode dépressif, on n'en retrouve qu'un: les troubles du sommeil, dont on ignore la cause (on les connaissait en 2006 au moins, en lien

avec les douleurs); or il en faut au moins 2 pour un épisode dépressif léger, 3 à 4 pour un épisode moyen. Enfin on ne relève que 2 symptômes sur les 4 au minimum nécessaires au syndrome somatique: réveils précoces, perte de la libido. On le voit, le Dr L._____ ne donne pas les éléments permettant d'admettre la présence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, encore moins celle d'un trouble dépressif récurrent. Les plaintes tournent autour de la douleur et de sa situation existentielle, ce qui est connu depuis au moins 2006. Les plaintes et les éléments relevés à l'examen clinique entrent dans le cadre du syndrome douloureux relié à la fibromyalgie. Enfin lorsqu'il parle de retrait social, le Dr L._____ précise que l'assurée présente un certain retrait social, ce qui de facto implique qu'il n'est pas majeur et n'a ainsi pas valeur d'invalidité.

J'ai relu le rapport d'expertise de la Dresse D._____ réalisé en 10.2006 dans le cadre du COMAI F._____: il est particulièrement fouillé et étayé; tous les points nécessaires à la bonne compréhension de l'histoire psychique de l'assurée sont développés; il y est entre autre précisé que l'entretien s'est déroulé en français sans difficulté de compréhension de part et d'autre (p. 5).

En conclusion, l'assurée n'apporte pas les éléments médicaux permettant d'envisager une aggravation susceptible de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 10.10.2007."

La recourante a produit une seconde lettre du 12 avril 2009 du Dr L._____ dont il résulte notamment ce qui suit:

"D'une part j'aimerais préciser qu'après un échange collégial avec le médecin traitant Madame Dr. méd. W._____ il y a un accord entre elle et moi concernant le diagnostic somatique et psychiatrique. D'autre part on ne peut pas adhérer au commentaire de la part du SMR Suisse Romande du 10 mars 2009.

Je ne peux pas dire avec certitude si ce résultat est dû à la traduction ou à l'interprétation de mon rapport, mais contrairement aux reproches du commentaire cité, j'avais écrit, que les déficits mentionnés pourraient être en ce moment cachés; une exploration détaillée démontre que le raisonnement formel de la patiente dépressive est ralenti et que ses pensées tournent constamment autour de sa propre personne.

Pour finir j'aimerais également rajouter, que depuis le rapport du 25 janvier 2009, l'état psychique de la patiente a nécessité une nouvelle adaptation médicamenteuse des antidépresseurs prescrits et que concernant la compliance de Madame R._____ il n'a rien de négatif à constater.

De plus il me faut constater que d'après les informations présentes, le cadre du COMAI F._____ donne l'impression de prendre ses décisions avant tout en faveur des assurances. Bien que ce ne soit pas le sujet de la discussion, cela a déjà été constaté plusieurs fois sous forme similaire dans d'autres évaluations de cette institution."

Elle a également produit une lettre du 11 mai 2009 de la Dresse W._____ qui écrit notamment ce qui suit:

"En effet, je confirme les diagnostics du Dr. L._____, qui correspondent à la définition CIM-10 du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, contrairement à ce que stipule le Dr. C._____ dans son courrier du 10 mars 2009.

Ayant suivi Mme R._____ depuis 2003 et non 2007, je peux vous confirmer que celle-ci présente un trouble dépressif récurrent. En ce qui concerne les critères du trouble dépressif moyen, la patiente présente: un abaissement de l'humeur, une diminution du plaisir, une réduction d'énergie, n'arrive par moment même plus à faire le repas de sa famille et d'autant moins, les courses, ce qui confirme que ceux-ci entraînent une augmentation de la fatigabilité et une diminution des activités. Ces épisodes dépressifs récurrents mènent aussi, en plus des douleurs invalidantes, à une diminution de l'estime de soi, des idées de culpabilité, surtout face à ses enfants, une attitude morose face à l'avenir et une perturbation du sommeil. Il y a même eu par moment des actes d'agressivité face à ses enfants. En ce qui concerne le retrait social, je peux confirmer celui-ci dans le sens où Madame R._____ n'était plus capable de se rendre à ma consultation à Lausanne depuis Echallens lors de moments de crise. Finalement je ne mettrais pas en doute la compliance de la patiente, d'autant plus que nous avons fait un dosage de la Fluoxétine en septembre 2008, lorsque la patiente était sous ce traitement, et que celui-ci s'est révélé supra-thérapeutique avec un probable métabolisme lent et que la patiente a toujours ressenti les effets secondaires, lors de l'introduction, des anti-dépresseurs.

En conclusion, j'adhère au diagnostic du Dr L._____ et je mets en doute les stipulations du Dr. C._____, qui travaille pour l'Al."

L'OAI a produit un avis médical du 11 juin 2009 du Dr C._____ dont il résulte notamment ce qui suit:

"La Dresse W._____ affirme, sans le démontrer, que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent. Je rappelle que dans son RM daté du 30.05.2006 elle annonçait un *épisode dépressif* et non pas un trouble dépressif récurrent, que dans sa lettre du 17.12.2007, elle annonçait un *épisode dépressif* et non pas un trouble dépressif récurrent. La distinction entre épisode dépressif et trouble dépressif récurrent a son importance, car ce dernier est de moins bon pronostic en terme de santé et de reprise de travail. L'épisode dépressif a un début et le plus souvent une fin, alors que le propre du trouble dépressif récurrent est la succession de plusieurs épisodes dépressifs (entrecoupés de périodes sans symptomatologie dépressive). Or la Dresse W._____ n'a pas fait la démonstration des épisodes dépressifs récidivants, permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

La Dresse W._____ cite les divers symptômes qui permettraient de retenir le degré moyen de dépression. On comprend qu'ils sont fluctuants, et semblent par moments (durée? fréquence?) incapacitants pour les activités de la vie quotidienne (ne pas faire les courses, le repas). Le retrait social serait confirmé: l'exemple donné d'une assurée qui n'est occasionnellement plus capable de se rendre à la consultation à Lausanne depuis Echallens, alors qu'elle se déplace jusqu'à [...] pour les entretiens avec le Dr L._____, n'est pas suffisant pour admettre un retrait social incapacitant au

sens où l'entend la jurisprudence actuelle, à savoir: la « perte d'intégration sociale (... dans toutes les manifestations de la vie) »."

Il en conclut que la lettre du 11 mai 2009 n'apporte pas d'élément nouveau.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

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

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

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

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité constitue une incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

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

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

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales 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).

Cela étant, 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; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et 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 n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces 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).

4. Sur le plan somatique, la fibromyalgie exceptée, les experts, se fondant sur des examens complets, concluent qu'il n'y a pas d'incapacité de travail. Les médecins du Service de rhumatologie de l'Hôpital S._____ ne se prononcent pas sur cette question. La Dresse V._____ estimait que la recourante ne pouvait plus travailler dans sa profession de nettoyeuse ou d'aide de cuisine, mais son appréciation n'est pas documentée. Il n'y a aucun avis de spécialistes mettant en doute cette appréciation.

Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions des experts.

5. a) S'agissant de la fibromyalgie, la jurisprudence rendue en matière de troubles somatoformes douloureux est applicable en matière de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères.

Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 77).

Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition*, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, *op. cit.* p. 81, note 135).

b) En l'espèce, les experts ne retiennent pas de comorbidité psychiatrique. L'expert psychiatre a en particulier examiné chaque critère de la dépression selon la CIM-10 pour conclure à l'absence d'un tel trouble. Le Dr L._____ retient le diagnostic d'insomnie non organique liée à des troubles dépressifs récidivants, actuellement épisode dépressif

de degré moyen avec des symptômes somatiques. Ce diagnostic n'est toutefois pas documenté. Le Dr L._____ mentionne une inquiétude intérieure, des troubles de sommeil continu et parfois d'endormissement, la perte de libido tout comme un certain retrait social ainsi que la préoccupation concernant sa propre santé et par moments un manque de joie et d'intérêt. Toutefois, il est constaté depuis au moins 2006 que les plaintes formulées par la recourante sont centrées sur ses douleurs et sur sa situation existentielle. Les plaintes et les éléments relevés entrent ainsi dans le cadre du syndrome douloureux relié à la fibromyalgie. Il en va de même de l'insomnie, dès lors qu'il a été relevé dans l'expertise qu'elle est causée par les douleurs. La Dresse W._____ dans son rapport du 11 mai 2009 produit en procédure, déclare que la recourante présente un trouble dépressif récurrent. Dans ses précédents rapports du 30 mai 2006 et du 17 décembre 2007, elle ne posait pas un tel diagnostic mais mentionnait un épisode dépressif. En outre, elle ne fait pas la démonstration d'épisodes dépressifs récidivants, permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Enfin, la Dresse W._____ n'est pas spécialiste en psychiatrie.

Les rapports des Drs L._____ et W._____ ne peuvent en conséquence être suivis.

Il y a donc lieu de retenir qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique.

En ce qui concerne les critères, la recourante ne souffre pas d'affections corporelles chroniques provoquant une incapacité de travail. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. La recourante a déclaré aux experts qu'elle s'entendait bien avec son mari. Elle s'occupe de ses enfants. Elle a réduit son activité ménagère. Elle demande de l'aide à la soeur de son mari si nécessaire. Elle voit des amies, et se rend dans sa famille pendant les vacances. Le fait qu'elle renonce à des consultations auprès de la Dresse W._____ apparaît dénué de pertinence, d'autant plus que la recourante se rend chez le Dr L._____ à [...]. En ce qui concerne l'état psychique cristallisé, sans

évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), il n'y a pas d'élément au dossier en faveur de la réalisation de ce critère. Enfin, il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

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

c) Vu ce qui précède, l'expertise, qui comporte une anamnèse, relate les plaintes de la recourante, ne comporte pas de contradictions, procède d'une étude approfondie du cas de la recourante, dont les conclusions sont claires et bien motivées, a valeur probante, au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. supra consid. 3c).

En conséquence, force est de constater que tant sur le plan somatique que psychique, la capacité de travail de la recourante est entière, sauf pendant deux périodes comme relevé dans le complément d'expertise, mais chacune était inférieure à six mois.

Le droit à la rente n'est ainsi pas ouvert.

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

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

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), la recourante n'obtenant pas gain de cause.

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

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Flattet, avocat (pour R. _____),
- 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 :