

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 février 2010

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mmes    Thalmann et Röthenbacher  
Greffier       :       M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par le service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7,8 et 16 LPGA; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1956 en ex-Yougoslavie, aide-couturière de formation, est arrivée en Suisse en janvier 1989. Elle bénéficie d'un permis C.

**a)** Le 11 juin 2001, l'assurée a commencé à travailler pour l'EMS R.\_\_\_\_\_, en tant qu'employée de nettoyage. Son contrat prévoyait un horaire de travail de 8,5 heures par jour à raison de 5 jours par semaine pour un salaire de 2'800 fr.

Le 13 juillet 2001, alors qu'elle était en temps d'essai sur son lieu de travail, l'assurée a glissé sur le sol humide, s'est tordue le pied gauche, a chuté et heurté un mur avec son dos. Elle s'est rendue le lendemain aux urgences du CHUV, en raison de la persistance de douleurs au dos, au membre inférieur gauche et à la cheville. L'assurée n'a plus repris le travail depuis cet incident. Le 5 septembre 2001, l'EMS R.\_\_\_\_\_ l'a licenciée.

Le 24 décembre 2002, l'assurée a rempli une demande de prestations AI, transmise en janvier 2003 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), au motif qu'elle souffrait d'une hernie discale.

**b) aa)** Selon un rapport médical du 21 septembre 2001, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, auquel l'assurée a été adressée par son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_, a conclu ce qui suit:

"[M]algré quelques éléments atypiques, le présent bilan permet d'attribuer au moins en partie les plaintes à une radiculaire L5-S1 gauche liée aux altérations dégénératives disco-vértébrales observées en L4-L5 et éventuellement L5-S1."

**bb)** Dans un rapport médical du 16 novembre 2001 faisant suite à une hospitalisation de l'assurée du 22 octobre au 7 novembre

2001, le Prof. S. \_\_\_\_\_ ainsi que les Drs M. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, du service de rhumatologie du CHUV, ont constaté ce qui suit:

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL:

Lombosciatique L5-S1 gauche non déficitaire.

EXAMEN CLINIQUE:

Patiente en bon état général, afébrile, anictérique. 158 cm pour 87,8 kg (BMI=34,8). TA 120/80. Pulsations à 76/mn régulières.

Cardio-vasculaire et respiratoire: physiologiques, hormis les artères tibiales postérieures non palpées ddc.

Digestif: abdomen globuleux, sensible à la palpation de la fosse iliaque G.

Neurologique: hypoesthésie de la face antéro-latéro-postérieure de la cuisse, de la face latérale de la jambe et du pied G. Pas de déficit moteur. ROT vifs et symétriques. Réflexes cutanés plantaires indifférents. Lasègue G positif à 30°, Bragard positif. Marche sur les talons et la pointe des pieds possible.

Ostéo-articulaire: Schober lombaire 10-12 cm. DDS 1 m. Hyperextension indolore. Douleurs à la palpation de l'articulaire postérieure L5-S1 G. Hanches: mobilisation symétrique et indolore, DIM de 87 cm. Genoux: pas d'épanchement, DTF de 10 cm. Points de fibromyalgie: 10/18 positifs.

INVESTIGATIONS, GESTES TECHNIQUES:

- Hématologie, hémostase et chimie sanguine: cf. copies annexées.

- IRM lombaire du 24.10.2001: hernie discale paramédiane G L5-S1 entrant en conflit avec la racine S1 G. Kyste du ligament jaune ou kyste articulaire intra-canalair paramédian G en L4-L5 qui pourrait également être responsable d'une irritation de la racine L5 G.

DISCUSSION ET EVOLUTION:

Votre patiente présente un tableau clinique de lombosciatique L5-S1 G non déficitaire, évoluant depuis 4 mois. L'IRM lombaire montre une hernie discale paramédiane G L5-S1 entrant en conflit avec la racine S1 G ainsi qu'un kyste du ligament jaune ou de l'articulaire postérieure intra-canalair paramédian G en L4-L5 qui pourrait être responsable également d'une irritation de la racine L5 G.

Du point de vue thérapeutique, nous avons renoncé à un traitement de corticostéroïdes, la patiente en ayant déjà reçu à plusieurs reprises, sans effet bénéfique. Un traitement de paracétamol de tramadol et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens a donc été instauré, associé à une physiothérapie quotidienne, à sec et en piscine, et à des séances d'ergothérapie. L'évolution clinique est alors lentement favorable avec une atténuation des douleurs. Il persiste cependant en fin de séjour un syndrome d'irritation radriculaire, avec un Lasègue positif à 50°."

**c) aa)** Dans une expertise médicale du 3 avril 2002 adressée à l'assureur perte de gain (maladie) de l'assurée, la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- Lombo-sciatalgie gauche chronique sur:
    - Hernie discale paramédiane gauche L4-L5 entrant en conflit avec les racines de L5 gauche et protrusion discale L5-S1 circonférentielle comblant le trou de conjugaison gauche (scanner du 25.07.2001)
    - Kyste du ligament jaune ou kyste articulaire intra-canalair paramédian gauche en L4-L5 pouvant entrer en contact avec la racine de L5 gauche et hernie discale paramédiane gauche en L5-S1 entrant en conflit avec la racine de S1 gauche (IRM du 24.10.2001)
    - Troubles statiques sous forme d'un renversement postérieur et déconditionnement de la musculature lombo-abdominale
  - Douleurs chroniques dans le cadre d'un probable trouble de la somatisation
  - Etat dépressif
  - Status après entorse du pied gauche le 13.07.2001
- [...]

Réponses aux questions 4 à 6

A mon avis, la capacité de travail de Mme A. \_\_\_\_\_ est actuellement encore limitée et ceci entièrement, dans l'activité de nettoyeuse, ainsi que dans toute autre activité. Bien qu'il s'agisse de douleurs chroniques, comme elles ont progressivement diminué, d'après les dires de l'expertisée, et qu'elles sont vraisemblablement en partie majorées par un état dépressif, il ne me paraît pas exclu que l'expertisée puisse reprendre une activité professionnelle d'ici un délai de 6 à 12 mois. Un examen psychiatrique permettrait de confirmer et de mieux apprécier la gravité d'un état dépressif concomitant.

[...]

[La] reprise de l'activité professionnelle dépendra en grande partie de l'évolution de son état psychique, et aussi de ses capacités d'adaptation face à ses problèmes."

**bb)** Selon le rapport médical du DUPA du 29 juillet 2002, les Drs J. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, auxquels l'assurée a été adressée par son médecin traitant, ont constaté ce qui suit:

"PROBLEME ACTUEL

[...]

[L'assurée] a fait de multiples examens qui mettent en évidence une hernie discale L4-L5 et une protrusion discale L5-S1, expliquant partiellement les troubles présentés. Aux dires de la patiente les douleurs vont en s'accroissant, ne sont soulagées par aucun traitement et ont même tendance à envahir de manière moins marquée le côté droit. La patiente évoque par ailleurs une gêne abdominale quasi constante, aggravée par la prise de certains médicaments, ainsi que des céphalées.

Madame A. \_\_\_\_\_ vit seule avec son mari, ancien professeur de philosophie au Kosovo, qui n'a jamais trouvé d'emploi qualifié en Suisse. Lui aussi souffre de lombalgies, et n'a aucune activité professionnelle. La patiente passe ses journées inemployées à la maison, n'osant pas sortir par crainte de tomber. Elle se dit triste,

pleure fréquemment. En raison de ses céphalées, elle ne peut plus avoir la moindre activité gratifiante, et en particulier ne parvient plus à regarder la télévision, ou à lire. Elle est irritable, a le sentiment de s'énerver pour un rien. Elle se sent fatiguée, évoque une perte d'élan vital, des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention. Elle évoque un important sentiment de dévalorisation et de culpabilité, lié principalement à son incapacité à avoir de enfants. Elle décrit par ailleurs des troubles du sommeil, causés par ses douleurs et des ruminations constantes sur son état.

#### ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Le 19 février 1996, après trois mois de grossesse. Madame A. \_\_\_\_\_ a fait une fausse couche. Après cet événement, qu'elle vit avec une grande culpabilité, elle décrit la présence de symptômes dépressifs, qui ont été constants jusqu'à son accident et aggravés par celui-ci.

#### CONTEXTE FAMILIAL SOCIAL ET PROFESSIONNEL

[...]

A leur arrivée, l'intégration est difficile, en particulier pour le mari de la patiente qui ne retrouve pas d'activité professionnelle à son niveau et développe progressivement un syndrome douloureux l'empêchant d'avoir une quelconque activité. Après 17 ans de mariage, la patiente est heureuse de constater qu'elle est enfin tombée enceinte. Malheureusement, cet espoir s'éteint suite à une fausse couche au troisième mois. A ce moment-là, elle a l'impression d'avoir tout échoué, de n'être pas parvenue à construire ce qu'elle souhaitait. Depuis lors, elle dit avoir toujours présenté des sentiments de dévalorisation et de culpabilité. Son état s'aggrave encore en raison de la guerre du Kosovo, au cours de laquelle elle est sans nouvelles de sa famille pendant une longue période. Elle n'a actuellement aucun réseau social en dehors de son mari, a des relations épisodiques, téléphoniques, avec quelques membres de sa famille restés au pays.

[...]

#### DIAGNOSTICS PRINCIPAUX

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- Episode dépressif d'intensité moyenne (F32.10)

#### DIAGNOSTIC DE COMORBIDITE

- Dysthymie (F34.1)

#### DISCUSSION

Madame A. \_\_\_\_\_ est une femme qui dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Suite à son accident de juillet 2001, elle développe des symptômes somatiques importants et invalidants rendant toute activité presque impossible. Ces troubles, dans un premier temps assimilables à des lombosciatalgies gauches relativement typiques, s'étendent controlatéralement et sont associés à une gêne abdominale diffuse et à des céphalées constantes. Les douleurs ne sont que peu soulagées par la plupart des traitements instaurés et les multiples examens effectués n'ont pas permis de mettre en évidence une cause expliquant l'entier de la symptomatologie. C'est ce qui permet de retenir, dans le contexte des conflits

psychologiques décrits plus bas, un diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants.

Par ailleurs, le patiente présente depuis 1996 une symptomatologie dépressive non quotidienne, dominée principalement par des sentiments de dévalorisation et de culpabilité à l'idée de ne pas être parvenue à fonder une famille. Depuis son accident, cette symptomatologie, qui va en se majorant, est dominée par une fatigue importante, une perte d'élan vital, une anhédonie, des troubles de la concentration et de l'attention, des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, des troubles du sommeil. Ceci répond au diagnostic d'un épisode dépressif survenant sur un terrain dysthymique, l'épisode actuel étant à qualifier d'intensité moyenne.

Le trouble somatoforme est une affection chronique dont l'évolution est imprévisible et le pronostic réservé. Il a pour effet de masquer en partie toute conflictualité sous-jacente, l'agressivité s'exprimant essentiellement au travers des plaintes somatiques. Dans le cas de Madame A.\_\_\_\_\_, les difficultés à s'intégrer en Suisse sont manifestes. Son mari en particulier n'est jamais parvenu à trouver un emploi répondant à ses compétences. Madame A.\_\_\_\_\_ est depuis plusieurs années un soutien important pour ce dernier. En 1996, suite à sa fausse couche, cet équilibre semble s'être modifié. Il est frappant de constater que malgré toutes les difficultés, aucune tension pouvant exister dans le couple n'est exprimée, puisqu'aux dires de la patiente tous deux partagent les mêmes douleurs.

Il s'agit par conséquent de respecter ces défenses et d'offrir à la patiente un espace de soutien non confrontant tel que vous le pratiquez actuellement, lui permettant d'exprimer ses maux, et lui offrant un contenant rassurant.

Madame A.\_\_\_\_\_ présente par ailleurs un état dépressif bien constitué, qui justifie à notre sens un traitement. Nous vous proposons d'introduire un traitement de venlafexine (Efexor ER) d'abord à une dose de 75 mg à prendre le matin, à augmenter en cas de besoin deux semaines plus tard à 150 mg, toujours à prendre en une dose le matin, puis 225 mg. Ce médicament est indiqué pour le traitement des dépressions, et peut amener un certain soulagement dans le cadre des syndromes douloureux."

**cc)** Dans un nouveau rapport du service de rhumatologie du CHUV du 2 août 2002, faisant suite une consultation ambulatoire recommandée par le médecin traitant, les Drs M.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont retenu ce qui suit:

"EXAMEN CLINIQUE SOMMAIRE DU JOUR:

Neurologique: La force est conservée aux MI. Les réflexes sont symétriques et normovifs. Signe de Babinski absent. Le Lasègue est positif en position assise gauche à 30°. Le Lasègue inverse est négatif. Marche: La marche est lente. La marche sur pointe et talon est difficile mais possible après une stimulation verbale. Sensibilité: Hypoesthésie du bord externe du MIG. Pallesthésie à 7/10 sur les malléoles internes des deux côtés.

Ostéo-articulaires: signes de Waddell sont positifs. Le lever déclenche des douleurs cervicales et lombaires. Les rotations Hypoesthésie sans dermatomes correspondants de la face externe du MIG. Déconditionnement global.

#### DIAGNOSTIC

Il existe en premier lieu, chez votre patiente, un syndrome douloureux chronique, comme mentionné également par la Doctoresse V.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise. Nous objectivons la présence de 4 signes sur 5 de non organicité. A l'examen clinique nous ne retrouvons pas de déficit sensitivo-moteur ou d'autres évocateurs d'un conflit avec le kyste intra-canalair paramédian gauche en L4-L5.

Pour ce qui est de la prise en charge thérapeutique, nous prescrivons à votre patiente une physiothérapie essentiellement active dont elle a déjà pu bénéficier dans notre service lorsqu'elle était hospitalisée. Cette physiothérapie ne peut se faire actuellement dans le cadre du programme de l'unité de réhabilitation du rachis puisqu'elle est en arrêt de travail depuis plus de 6 mois et ne parle pas très bien le français. Par contre, ce qui nous semble le plus important est que Madame A.\_\_\_\_\_ ait l'occasion de recevoir des explications sur sa pathologie actuelle dans sa langue maternelle. De ce fait, nous prendrons contact avec le Docteur Z.\_\_\_\_\_ à la Polyclinique médicale qui s'exprime en Albanais.

De plus il est évident que le couple génère une dynamique passive qui ne laisse pas augurer d'une évolution favorable. Nous avons tenté, sur la fin de la consultation, de stimuler Madame et Monsieur A.\_\_\_\_\_ à devenir plus actifs afin d'éviter un déconditionnement physique global. Nous leur avons ainsi recommandé d'effectuer, dans un premier temps, des promenades de 1/4 d'heure par demi-journée et des les augmenter progressivement par 1/4 d'heure chaque semaine."

**dd)** Dans un nouveau rapport médical du DUPA du 30 avril 2003, le Dr J.\_\_\_\_\_ a déclaré ce qui suit:

#### "DIAGNOSTICS PRINCIPAUX

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Episode dépressif d'Intensité moyenne (F32.10).

#### DIAGNOSTIC DE COMORBIDITE

- Dysthymie (F34.1).
- Fibromyalgie.

#### DISCUSSION

Vous demandez une prise en charge pour cette patiente souffrant d'un trouble somatoforme douloureux et d'une dépression mis en évidence lors d'un premier consilium en juillet 2002. La symptomatologie douloureuse et dépressive est restée inchangée malgré les divers traitements prodigués. Mme A.\_\_\_\_\_ se plaint en premier lieu de ses douleurs, à l'origine selon elle du tableau

dépressif qu'elle a plus de peine cependant à décrire et à prendre à son compte.

Je retrouve lors de mon observation le tableau symptomatique décrit l'année passée, effectivement sans changement et confirme les diagnostics posés à l'époque, à savoir un trouble douloureux sur la base de douleurs au centre du tableau clinique, à l'origine d'une souffrance significative et d'une altération du fonctionnement social et interpersonnel, chez une patiente ayant de la peine à accéder à ses émotions et à élaborer ses conflits interpersonnels. Au plan thymique, Mme A. \_\_\_\_\_ avait présenté dès 1996 un tableau dysthymique dans les suites d'une fausse couche, auquel s'est ajouté un épisode dépressif clairement constitué survenu progressivement depuis juillet 2001, chronifié.

[...]

Pour conclure, je me permets de dire un mot sur la capacité de travail, qui à mon avis est nulle depuis juillet 2001 en raison du trouble dépressif et du trouble somatoforme. En me fondant notamment sur le jugement du Tribunal fédéral du 4 janvier 2000 à propos du caractère invalidant ou non du trouble somatoforme, j'estime qu'on ne peut raisonnablement exiger la reprise d'une activité lucrative chez cette patiente à court et moyen terme, le pronostic me paraissant défavorable compte tenu de la chronicité des troubles, de la comorbidité psychiatrique, d'affections corporelles chroniques (fibromyalgie, eczéma des ongles), de l'échec des traitements prodigués, ainsi que de la perte progressive de l'intégration sociale de cette femme qui se replie à domicile avec son mari décrit lui-même comme un invalide, qui voit de moins en moins à ses dires les quelques amis qu'elle a, et qui n'a pas eu de contact avec ses frères et soeurs restés au Kosovo depuis qu'elle est en Suisse. L'octroi d'une rente AI à 100% me paraîtrait ainsi fondée."

**d)** Dans un rapport SMR du 6 juillet 2005 faisant suite à un examen bidisciplinaire, les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont retenu ce qui suit:

**"Vie quotidienne**

L'assurée vit en compagnie de son mari dans un appartement locatif sis à Lausanne. Le couple est au bénéfice de l'aide sociale depuis de nombreuses années, le mari ayant essuyé un refus de rente alors qu'il souffre de symptômes comparables à ceux de l'assurée.

L'assurée se lève le matin à 5 heures, marche dans son appartement et passe ses journées à errer dans leur foyer, alternant entre le lit, le canapé et la position debout. Elle effectue les travaux ménagers légers, alors qu'une amie vient l'aider pour les travaux difficiles comme le nettoyage des fenêtres. Les achats sont réalisés en couple. Lorsqu'ils nécessitent une voiture, une amie vient les aider. L'assurée cuisine la plupart du temps, elle est parfois aidée par son mari. A midi, le couple mange ensemble. L'après-midi, l'assurée sort se promener seule dans la nature à proximité. Le soir, elle prépare un repas qui sera pris soit ensemble, soit seul(e), lorsque l'un des deux conjoints ne mange pas.

Sa vie sociale est limitée par sa vie de couple ainsi que des amis kosovars qui soit se rendent chez eux soit invitent les conjoints. Elle n'entretenait pas plus de relations sociales durant la période où elle travaillait. L'assurée n'aime pas beaucoup sortir car elle habite au 2<sup>e</sup> étage sans ascenseur. Elle a tendance à fuir la présence de plusieurs personnes, étant dérangée par les bruits générés.

La soirée est passée au domicile, l'assurée ne lit pas, ne regarde presque pas la TV et se couche aux environs de 23 h.

Les plaintes de l'assurée sont le fait de ne pas avoir d'enfant, l'assurée considérant que la vie n'a aucun sens lorsqu'on n'a pas d'enfant.

[...]

### **Status psychiatrique**

Assurée de présentation correcte, orientée et à peu près collaborante. La mobilisation est harmonieuse, mais la position assise est instable, nécessitant à plusieurs reprises que l'assurée se relève et passe une partie de l'entretien debout. Malgré l'exigence d'un interprète, l'assurée parle correctement le français pour ce qui concerne un langage simple. On doit toutefois systématiquement la reprendre pour qu'elle s'exprime dans notre langue et ne sollicite pas l'interprète inutilement. La psychomotricité est calme, non ralentie. La thymie est fluctuante, elle sourit à plusieurs reprises mais laisse échapper des larmes lorsqu'on parle des enfants qu'elle n'a pas eus. Les propos sont cohérents, le focus est conservé. La réaction à la confrontation est tout à fait calme, elle se poursuit par une tentative d'explication. L'appétit est conservé, avec une tendance à la prise de poids. Le sommeil est entrecoupé mais l'assurée passe ses journées allongée prenant un traitement sédatif matin, midi et soir (Tolvon® 60 mg 3xj). La perception de l'avenir existe mais n'est pas structurée. Lorsqu'on demande à l'assurée comment est son moral, elle répond qu'elle ne sait pas. L'image de soi est correcte, il n'y a pas de trouble de l'attention ni de la concentration. Sentiment de culpabilité face à l'absence d'enfant. Anhédonie, aboulie. Pas de scénario suicidaire. Fatigabilité anamnétique non perçue durant l'entretien.

L'examen n'a mis en évidence aucun élément du registre psychotique, ni évocateur d'un trouble grave de la personnalité.

[...]

### **DIAGNOSTICS**

- AVEC REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL:

o LOMBOSCIATALGIES G CHRONIQUES PERSISTANTES (M 51.3):

- HERNIE DISCALE L4-L5 G
- HERNIE DISCALE MÉDIANE-PARA-MÉDIANE L5-S1 G
- KYSTE DU LIGAMENT JAUNE D KYSTE ARTICULAIRE L4-L5 G
- TROUBLES STATIQUES RACHIDIENS ÉTAGÉS
- RELÂCHEMENT DE LA MUSCULATURE LOMBO-ABDOMINALE

- SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL:

o OBÉSITÉ

o TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC RÉACTION DÉPRESIVE PROLONGÉE (F 43.21)

### **APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

[...]

Les RX datant de l'été et de l'automne 2001 révèlent des troubles statiques dorso-lombaires évidents et des troubles dégénératifs au niveau L4-L5 et L5-S1 avec notamment des images de hernie discale médiane-para-médiane G en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une image qui n'est visible que sur l'IRM lombaire évoquant une lésion kystique soit intra-canaulaire soit à type de kyste arthro-synovial de l'articulation inter-apophysaire postérieure L4-L5 G.

Il existe donc à l'évidence des signes dégénératifs au niveau-lombaire, qui signent une fragilité biomécanique de ce segment. Il n'y a en revanche aucun signe objectif incontestable d'une irritation ou de déficit neurologique à caractère radiculaire aux MI. De plus, la symptomatologie douloureuse ubiquitaire, permanente et réfractaire à tous les traitements annoncés par cette assurée n'est aucunement expliquée par les constatations objectives tant cliniques que radiologiques. Il existe donc une discordance manifeste entre la réalité biomécanique objective et les plaintes subjectives au sens d'un syndrome d'amplification des plaintes.

[...]

A l'examen psychiatrique, [l]es plaintes [de l'assurée] sont uniquement axées sur sa souffrance liée au fait qu'elle n'a pas pu avoir d'enfant. Cet élément étant du registre socio-culturel, il ne correspond pas à une maladie invalidante. La baisse de la thymie consécutive à cet élément correspond aux critères d'une réaction dépressive prolongée, son intensité n'est pas d'ordre à porter préjudice à sa capacité de travail. L'assurée a par ailleurs travaillé depuis sa fausse couche qui a eu lieu en 1996.

Par ailleurs, l'assurée se plaint de douleurs multiples et étendues, qui ont été investiguées au cours de l'examen somatique. Cette atteinte ne correspond pas aux critères d'un trouble somatoforme douloureux selon la CIM-10 puisqu'elle n'est pas associée à un sentiment de détresse. L'assurée ne présente, pas une personnalité aux traits prémorbides, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique invalidante, pas d'affection corporelle chronique, pas de perte d'intégration sociale et le profit tiré de la maladie est clair: l'assurée n'exerce aucun geste afin de réduire son dommage: elle tend à échapper à toute activité physique, passe ses journées à errer dans son appartement et tente d'échapper volontairement à tout agissement ou toute activité qui pourrait réduire cette oisiveté. Dans ce contexte, il est inévitable que des symptômes dépressifs apparaissent, la douleur et la baisse de la thymie étant un moyen de remplir cette existence vide et désœuvrée. De plus, bien que l'assurée connaisse les effets secondaires sédatifs du traitement par Tolvon®, elle continue à en prendre 1 cp le matin et 1 cp à midi. Le caractère chronique s'étend actuellement sur 4 ans et les traitements conformes aux règles de l'art sont décrits comme inefficaces. L'observation au SMR montre des divergences entre les douleurs décrites et les comportements observés, notamment concernant les douleurs des MS: l'assurée nous montre combien elle a mal aux doigts lorsqu'elle touche un objet, mais ne se gêne pas de s'appuyer sur la table avec ces mêmes doigts sans montrer un quelconque signe de douleur. Ces dernières sont intenses, aux caractéristiques vagues, l'assurée n'a aucune demande de soins et elle se promène volontiers en marchant tous les après-midis (élément confirmé par son hyperkératose plantaire) alors qu'elle se décrit comme immobilisée par ses douleurs. Les deux experts sont

restés totalement insensibles aux plaintes et l'environnement psychosocial n'a pas été altéré par l'apparition des symptômes.

[...]

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? 14.07.2001, d'après le rapport du médecin traitant, le Dr N. \_\_\_\_\_, du 04.03.2003.

[...]

### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE: 50%.

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 100%.

DEPUIS LE: NOVEMBRE 2001 (C'EST-A-DIRE TROIS MOIS APRES L'INCIDENT INITIAL)."

**B.**           **a)** Le 19 septembre 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision par lequel il lui a refusé le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

En date du 26 septembre 2007, l'assurée, alléguant une aggravation de son état de santé, a contesté ce projet de décision.

**b)** Dans un rapport médical du 10 décembre 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_ a communiqué ce qui suit à l'OAI:

"A) Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: Dystrophie canaliforme des ongles d'origine obscure, de longue date.

Trouble statique sous forme d'un renversement postérieur et déconditionnement de la musculature lombo-abdominale (03.2002).

Syndrome somatoforme douloureux persistant (DUPA, avril 2003).

Fibromyalgie.

Episode dépressif d'intensité moyenne et dysthymie (DUPA avril 2003).

Chutes épisodiques sans diagnostic. Investigations prochaines chez Dr Q. \_\_\_\_\_.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: Existant depuis quand?

Status après traitement conservateur d'une hernie discale gauche L4-L5 entrant en conflit avec la racine L5 gauche, et kyste du ligament jaune ou kyste articulaire intra-canalalaire para-médian gauche en L4-L5 pouvant entrer en contact avec la racine L5 gauche, hernie discale para-médiane gauche L5-S1 en conflit avec la racine S1 gauche (IRM 24.10.2001). Situation prochainement revue par Dr Q. \_\_\_\_\_, vu la possibilité de séquelles. Tunnel carpien droit modéré et gauche discret (07.2005).

Status après tendinite sur épéron osseux au niveau du calcaneum à droite (1998). Status après l'ablation d'un basaliome multifocal dans la région de l'omoplate gauche (2004).

B) Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'ici en tant qu'aide couturière.  
100% depuis le 14.07.2001

C) Questions générales au médecin:

1) L'état de santé de l'assuré(e) est stationnaire.  
2) La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales?

Pas à mon avis.

3) Des mesures professionnelles sont-elles indiquées? Non

4) Est-ce que l'assuré(e) nécessite des moyens auxiliaires? Non

[...]

6) Un examen médical complémentaire est-il nécessaire? Non

D) Données médicales:

1) Traitement du 14.12.2001 à actuellement

2) Dernier examen le 26.11.2007

[...]

4) Plaintes subjectives

Actuellement, la patiente se plaint de vertiges fréquents et de faiblesse musculaire. Elle est angoissée dans la solitude, ne supporte pas de rester sans la présence d'une personne, de jour comme de nuit. Ses douleurs aux ongles l'empêchent de manipuler des objets sans risque de les lâcher (dystrophie sus-mentionnée).

Elle se plaint également de céphalée de tension permanente et de totalgie.

5) Constatations objectives

Il s'agit d'une patiente qui se déplace lentement, avec raideur, économisant les mouvements.

Au status, on note surtout les lésions de dystrophie au niveau des ongles, sous forme de vague, douloureuses à la moindre pression. La palpation est douloureuse aux insertions occipitales, à la musculature paravertébrale cervicale, au trapèze, le long de l'épine dorsale et du sacrum, sur les angulaires de l'omoplate et sur les omoplates, au gril costal postérieur ddc, sur les ailes iliaques ddc, sur les grands trochanters, sur les clavicules, sur le sternum, sur l'épichondyle et l'épitrochlée ddc, sur les poignets ddc.

Une légère pression sur la tête entraîne immédiatement une douleur (signe de non organicité), de même que la rotation du bassin. Suspicion de signe de Lasègue à gauche à 70°. On se pose la question de la persistance d'un syndrome irritatif séquellaire.

[...]

2.2.3 Si plus aucune autre activité n'est exigible, qu'elle en est la raison?

Il existe une perte d'intégration sociale chez une patiente dépressive chronique, présentant un état d'angoisse en cas de solitude, et un déconditionnement de tout l'appareil locomoteur."

Dans un avis médical du 18 mars 2008, le SMR a retenu que, dans son rapport médical du 10 décembre 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a repris les diagnostics posés en 2002 et 2003 et que celui-ci a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. S'agissant de la situation bloquée que ce médecin a souligné, en

particulier des critères de Mosiman relatifs à la perte d'intégration sociale, le SMR a rappelé qu'il avait déjà discuté de ce sujet de manière détaillée et bien argumentée dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 6 juillet 2005.

Pour le SMR, il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux invalidants au sens de l'AI susceptibles de modifier sa précédente appréciation médicale.

**C.**           **a)** Dans un courrier du 12 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée que le dernier rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ reprenait exactement les mêmes diagnostics que ceux de 2002 et 2003 et que ce médecin avait déclaré que son état de santé était stationnaire. Or, l'assurée avait contesté le projet de décision de l'OAI au motif que son état de santé s'était aggravé.

Par ailleurs, l'OAI a déclaré que les examens réalisés par le SMR étaient complets et que les rapports et avis de ce dernier satisfaisaient les conditions de force probante posées par la jurisprudence, de sorte qu'une telle valeur devait leur être accordée. Selon ces rapports et avis, la situation de l'assurée ne remplissait pas les conditions requises par la jurisprudence en ce qui concerne la reconnaissance du caractère invalidant au sens de l'AI d'un trouble somatoforme.

**b)** L'OAI a rendu, le 12 juin 2008, une décision de refus de prestations au motif que l'assurée ne présentait aucune invalidité.

L'OAI se basant sur le rapport d'examen bidisciplinaire du 6 juillet 2005 du SMR a notamment retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et une capacité de travail entière, dès novembre 2001, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'assurée n'ayant pas repris d'activité, l'OAI se basant sur les tables statistiques de l'ESS 2002 a retenu pour salaire annuel brut, 13<sup>e</sup>

salaire compris, avec invalidité le montant de 42'906 fr. 24, compte tenu d'un abattement de 10%. Il a ensuite considéré que sans invalidité, l'assurée toucherait un salaire annuel brut de 36'400 fr. (13 x 2'800 fr.), de sorte que son degré d'invalidité est nul (36'400 fr. - 42'906 fr. étant inférieur à 0 fr.).

**D.**           **a)** Par acte daté du 14 juillet 2008, complété le 13 août 2008, A. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 12 juin 2008.

**aa)** Elle soutient présenter une incapacité totale de travail en raison entre autres d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un épisode dépressif. S'agissant de l'avis des médecins du SMR ressortant du rapport d'examen du 6 juillet 2005, selon lesquels la recourante aurait présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée 3 mois après l'incident du 13 juillet 2001, la recourante le juge hypothétique au motif que la Dresse V. \_\_\_\_\_ a estimé, dans son rapport du 3 avril 2002, que son état de santé serait susceptible de s'améliorer uniquement suite à un traitement de 6 à 12 mois. Compte tenu du rapport de ce dernier médecin, intervenu 9 mois après l'incident et selon lequel la recourante devait encore bénéficier d'un traitement d'au moins 6 mois pour permettre une amélioration de son état de santé, la recourante considère qu'il est dès lors impossible que sa capacité de travail puisse être entière à peine 3 mois après l'incident, comme le soutient l'OAI. Elle fait également constater que l'incapacité totale de travail attestée par la Dresse V. \_\_\_\_\_ a été confirmée par les médecins du DUPA dans leurs rapports médicaux de juillet 2002 et d'avril 2003. Dès lors, elle estime présenter une incapacité totale de travail du mois de juillet 2001 au mois d'avril 2003, aucun examen contenu dans son dossier médical n'étant de nature à remettre en cause les conclusions de la Dresse V. \_\_\_\_\_.

S'agissant du trouble somatoforme douloureux, la recourante souligne que les médecins du SMR, dans leur rapport médical du 5 juillet 2005, ne font que nier l'existence d'un tel trouble. Par ailleurs, la recourante, s'appuyant sur un arrêt du Tribunal fédéral, considère que les

rapports médicaux établis par les médecins du DUPA, par le Dr Q.\_\_\_\_\_, par la Dresse V.\_\_\_\_\_, et par le Dr N.\_\_\_\_\_ sont, au sens de la recourante, de nature à remettre en cause la force probante du rapport d'examen des médecins du SMR. En effet, elle soutient qu'en comparaison du rapport du DUPA, celui du SMR apparaît comme léger sur le plan psychiatrique et que l'anamnèse et le status sont décrits de façon superficielle. A son sens, la divergence entre ces rapports est telle qu'il s'avère impossible de trancher en l'état.

Au vu des motifs avancés, la recourante considère qu'un examen pluridisciplinaire complet est nécessaire afin d'établir sa capacité de travail depuis le mois d'avril 2003.

**bb)** Par ailleurs, elle conteste le calcul de l'OAI s'agissant de son degré d'invalidité. En effet, se prévalant d'un arrêt du Tribunal fédéral, elle considère que lorsque le revenu réalisé dans le cadre de l'activité lucrative actuelle est inférieur à la moyenne, il y a lieu de déterminer aussi bien le revenu de personne valide que celui de personne invalide sur la base des salaires des tables statistiques selon l'ESS.

Il convient ainsi, selon la recourante, de recalculer son degré d'invalidité conformément à l'arrêt dont elle se prévaut.

**cc)** La recourante conclut avec suite de frais et dépens, d'une part, à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 30 avril 2003 et, d'autre part, à l'annulation de la décision entreprise s'agissant de la détermination par celle-ci du degré d'invalidité pour la période postérieure au 30 avril 2003 ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI, dans la mesure de l'annulation, pour instruction complémentaire en la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

**b)** Dans ses déterminations du 16 septembre 2008, l'OAI déclare n'avoir rien à ajouter à la décision entreprise, qu'il ne peut que confirmer. Il propose alors le rejet du recours.

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

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (voir art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; il est en outre recevable en la forme.

**2.** 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 (voir ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé à la recourante l'octroi de toute prestation, faute d'atteinte invalidante au sens de l'AI.

**3. a) aa)** 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 *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 du recourant 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 le recourant 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.

Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de

calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

Lorsque l'assuré réalise un revenu inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer (ATF 135 V 297, consid. 6.1.2; 134 V 322, consid. 4.1). En pratique, ce parallélisme peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322, consid. 4.1). Il ne doit toutefois porter que sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297, consid. 6.1.3). Dans une seconde phase, il convient d'examiner si une déduction doit être opérée sur le revenu d'invalidité obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques. A cet égard, il faut remarquer que les facteurs étrangers à l'invalidité éventuellement déjà pris en considération lors de la mise en oeuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent pas, en raison de leur interdépendance avec les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer, être pris en compte une seconde fois dans le cadre de la déduction pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297, consid. 6.2; 134 V 322, consid. 5.2 et 6.2).

**bb)** Conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22; RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du

recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; 1987 p. 458).

**b) aa)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

**bb)** 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 261, 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

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. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales 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).

**c)** S'agissant du cas particulier des troubles somatoformes douloureux, il ressort de la jurisprudence constante que de tels troubles n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1).

Toutefois, 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 (voir également ATF 131 V 49; 130 V 352). 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. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1, et la référence).

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, etc.). 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; voir 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 396, consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux 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 - eu égard également aux critères déterminants précités (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2) - 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 (voir aussi Henningsen, Zur Begutachtung somatoformer Störungen *in*: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). 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.

**d)** L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre

une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

**4.**           **a)** En l'espèce, ni la recourante ni l'intimé ne conteste que l'incapacité de travail de celle-là a pris naissance dans le courant du mois de juillet 2001. En revanche, l'OAI estime que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée serait entière dès le mois de novembre 2001, alors que la recourante soutient qu'au plus tôt, son état de santé, partant sa capacité de travail, ne pouvait s'améliorer avant le mois d'avril 2003. L'OAI se fonde sur le rapport SMR du 6 juillet 2005 faisant suite à un examen bidisciplinaire conduit par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. La recourante se base, quant à elle, sur l'expertise médicale du 3 avril 2002 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, confirmée par les rapports médicaux du DUPA des 29 juillet 2002 et 30 avril 2003 et par celui du Service de rhumatologie du CHUV du 2 août 2002. Selon cette expertise, il ressort qu'en avril 2002, la recourante présentait encore une incapacité de travail totale dans toute activité et qu'une

amélioration serait envisageable d'ici 6 à 12 mois, soit d'ici octobre 2002 à avril 2003.

**b)** L'incapacité de travail de la recourante est survenue le 13 juillet 2001 à la suite d'un accident. L'expertise médicale de la Dresse V.\_\_\_\_\_ a confirmé le 3 avril 2002 que l'assurée présentait toujours une incapacité de travail totale dans toutes activités en raison notamment de lombo-sciatalgie gauche chronique sur hernie discale paramédiane gauche L4-L5. Elle a relevé que l'état de santé de la recourante était susceptible d'amélioration suite à un traitement de 6 à 12 mois à partir du mois d'avril 2002. La Dresse V.\_\_\_\_\_ estime que la recourante pourrait reprendre une activité professionnelle au plus tôt au mois d'octobre 2002 et au plus tard au mois d'avril 2003, date à laquelle un nouvel examen devait, selon l'expert, réévaluer la capacité de travail raisonnablement exigible. Quant à l'appréciation effectuée le 6 juillet 2005 par les médecins du SMR, qui estiment que la capacité de travail serait entière dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2001, soit trois mois après l'accident du 13 juillet 2001, force est de constater qu'elle ne se base sur aucune motivation médicale sérieuse, les médecins du SMR n'étayant notamment pas les raisons pour lesquelles ils estiment que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré de manière si significative qu'il justifiait une capacité de travail complète. Dans ces circonstances, seules les conclusions de l'expertise de la Dresse V.\_\_\_\_\_ sont convaincantes. Il faut dès lors retenir que, sur le plan somatique, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité des mois de juillet 2001 à avril 2003. Aucun examen médical n'est au demeurant de nature à remettre sérieusement en question cette appréciation. Sur le plan psychique, le psychiatre du SMR a notamment motivé l'existence d'une capacité travail entière principalement par le fait que l'assurée se plaint de douleurs multiples et étendues et que cette atteinte ne correspond pas aux critères d'un trouble somatoforme douloureux selon la CIM-10, puisqu'elle n'est pas associée à un sentiment de détresse. Cependant, ce dernier constat est en totale contradiction avec celui des autres praticiens. A cet égard, dans les deux rapports du DUPA, les médecins se réfèrent à une classification internationale et le caractère invalidant du trouble

somatoforme douloureux demeure étayé. En revanche, en ce qui concerne le volet psychiatrique du rapport du SMR, force est de constater que l'anamnèse et le status ne sont pas développés.

Ainsi, les divergences entre le rapport médical des médecins du SMR et ceux établis par les médecins du DUPA, par le Dr Q.\_\_\_\_\_, par la Dresse V.\_\_\_\_\_ et par le Dr N.\_\_\_\_\_ sont de nature à remettre en question la valeur probante du rapport du SMR, également à partir du mois d'avril 2003. Quant aux appréciations des médecins traitants de l'assurée, ils sont insuffisants pour trancher le litige à partir de cette date.

**c)** En conclusion, en ce qui concerne la situation après le mois d'avril 2003, on doit constater que ni le rapport d'expertise du SMR ni ceux des médecins traitants ne permettent de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant des atteintes physiques et du trouble somatoforme douloureux présentés par la recourante. Un examen pluridisciplinaire est donc nécessaire afin d'établir la capacité de travail de la recourante depuis le mois d'avril 2003.

**5.** Quant au grief selon lequel le calcul du taux d'invalidité doit être refait sur la base de l'arrêt TF I 697/05 – parallélisme des revenus –, il faut effectivement relever que le revenu sans invalidité pris en compte par l'OAI était celui perçu par la recourante pendant le temps d'essai et qu'il aurait dû vraisemblablement être augmenté par la suite.

Il convient de souligner que l'arrêt mentionné par la recourante a été précisé par l'ATF 135 V 297 en ce sens que lorsque le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche, il est nettement inférieur à la moyenne pertinente et il peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer. Ce parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5%. Il appartiendra dès lors à l'OAI de refaire sur la base de la jurisprudence mentionnée (cf. consid. 3a/aa supra) le calcul du taux d'invalidité si une incapacité de travail devait être établie depuis le mois d'avril 2003. Dans

l'hypothèse où la recourante aurait retrouvé une capacité de travail entière dès le mois de mai 2003, l'OAI devra notamment tenir compte de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) pour rendre sa nouvelle décision.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours est fondé et qu'il convient de réformer la décision attaquée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 30 avril 2003 et que, pour la période qui suit le 30 avril 2003, la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme de la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (voir la disposition transitoire de l'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. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 2'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens.

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée du 12 juin 2008 est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 30 avril 2003, pour la période qui suit le 30 avril 2003, la décision est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme de la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- Service juridique d'Intégration Handicap (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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: