

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juin 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Berthoud et Monod, assesseurs
Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

E. _____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA

E n f a i t :

A. Le 13 mars 2006, E. _____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1969 a déposé une demande de prestations AI. Elle exerçait à la date de la demande l'activité de femme de ménage [...].

a) Le 25 juillet 2005, les médecins N. _____ et F. _____ du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA), faisant notamment suite à une hospitalisation de l'assurée le 4 juillet 2005, posent les diagnostics de probable trouble somatoforme douloureux persistant (DD trouble somatisation [F 45.1]) et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 82.11). Ils relèvent en outre ce qui suit:

"Nous avons vu Mme E. _____ à trois reprises au cours de son hospitalisation, qui a par ailleurs permis d'exclure formellement une origine somatique à ses douleurs. Au cours de son séjour, la patiente a semblé se péjorer sur le plan psychique et présentait lors de notre 3^e entrevue un syndrome dépressif clair et assez sévère (tristesse persistante, perte d'espoir, anhédonie, perte de l'élan vital, troubles sévères du sommeil et de l'attention, inappétence), avec un MADRS qu'on peut estimer à 23/60. Pour ce qui est de ses douleurs, leur caractère diffus, atypique et touchant plusieurs systèmes, laisse suspecter un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. On peut également évoquer le diagnostic différentiel avec un trouble somatisation, vu la présence d'autres symptômes associés (céphalées avec dysesthésies, troubles sexuels et troubles gastro-intestinaux). Il faut toutefois relever qu'à l'heure actuelle, les critères de durée ne sont pas encore formellement remplis pour poser ces diagnostics. Il manque également la présence d'un facteur de stress psychosocial clair. En effet, l'anamnèse restait négative sur ce plan et on ne met pas en évidence de stress particulier dans l'entourage de Mme E. _____, que nous avons également vue en présence de son mari, là encore sans mettre en évidence de difficulté particulière.

Nous avons proposé à Mme E. _____ de la revoir après sa sortie, à deux ou trois reprises, dans l'idée de suivre la symptomatologie dépressive et l'efficacité du traitement antidépresseur que vous avez instauré (Fluoxétine 50 mg/jour), en espérant que ces consultations permettront peut-être de révéler un élément de stress dans son entourage qui pourrait expliquer l'apparition de ce tableau douloureux assez bruyant."

Dans un rapport du 13 mai 2005, le Dr C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, mentionne notamment:

"Depuis environ 5 ans, elle signale des douleurs de la globalité du membre inférieur gauche jusqu'aux orteils, symptômes quasi-

permanents, diurnes comme nocturnes, victime d'exacerbation annuelle environ 2 épisodes par année justifiant l'instauration d'un traitement conservateur alliant des antalgiques et de la physiothérapie autorisant une reprise de son activité professionnelle environ 2 ou 3 semaines plus tard.

Depuis le début de cette année, la symptomatologie s'est compliquée d'une douleur lombaire inférieure, en ceinture, prenant les crêtes iliaques et la musculature fessière, algies du membre inférieur gauche, elles aussi compliquées de paresthésies ressenties comme des fourmillements sur les mêmes territoires et la sensation que le gros orteil de son pied gauche est comme mort, l'aggravation de ses symptômes étant à l'origine d'un arrêt de travail à 100% de son activité professionnelle dès le 19 avril 2005.

Les mesures conservatrices physiothérapeutiques et la prise de médicaments (3 sortes dont elle ne se remémore pas les noms) sont restés inefficaces avec des douleurs quasi-permanentes, diurnes comme nocturnes, intéressant la charnière lombo-sacrée, se prolongeant à la globalité du membre inférieur gauche, algies accompagnées de paresthésies ressenties comme des fourmillements occasionnels et la sensation de gros orteil du pied gauche comme mort.

[...]

Les radiographies de la colonne lombaire face et profil pratiquées le 19 avril 2005 sont rassurantes, révélant un bon alignement du mur postérieur des espaces inter-vertébraux conservés. L'articulation sacro-iliaque droite reste douteuse, principalement sous la forme d'une sclérose des deux versants, raison pour laquelle, j'ai pratiqué un bassin avec incidence selon Barsony pour une meilleure visualisation de ces dernières, examen qui ne me permet pas de trancher totalement non plus, raison pour laquelle j'ai fait pratiquer une IRM des articulations sacro-iliaques permettant d'écarter un processus dégénératif ou inflammatoire de ces dernières, le bilan sanguin, n'a pas montré de syndrome inflammatoire, moi-même ayant complété ce dernier par un HLAB27 qui s'est révélé négatif.

Néanmoins l'IRM a permis de visualiser une discopathie L5-S1 avec protrusion foraminale gauche, discopathie à l'origine vraisemblable de la lombosciatalgie irritative non-déficitaire présentée par Mme E. _____ et du syndrome lombo-vertébral surajouté."

Le 22 juin 2005, le Dr C. _____ a confirmé son précédent rapport et précise que ces troubles s'inscrivent dans un contexte d'épuisement physique et d'un état dépressif sous-jacent chez une patiente en larmes durant tout l'entretien du 22 juin 2005, justifiant comme proposé dans son dernier courrier, une hospitalisation en milieu stationnaire dans le service de rhumatologie du CHUV dans l'attente de leurs propositions thérapeutiques.

Dans un rapport du 15 août 2005, le Pr T._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, pose comme diagnostic principal une fibromyalgie versus troubles somatoformes et comme diagnostics secondaires et comorbidités une discopathie L5-S1 avec protrusion foraminale G, un status post-opératoire d'un hallux valgus à G. et un état dépressif réactionnel. Il indique en outre ce qui suit:

"Madame E._____ est hospitalisée afin d'investiguer un état douloureux chronique et généralisé, évoluant depuis plusieurs mois. Cette douleur se présente principalement au niveau des deux MS, prédominant à D, associée à des lombosciatalgies G chroniques. Le status ne révèle pas de déficit moteur ni sensitif et la trophicité musculaire est tout à fait dans la norme ainsi que les ROT. La palpation des MS et des MI se révèle douloureuse ddc. Les clichés radiologiques des cervicales afin d'exclure une pathologie à ce niveau-là ne montrent seulement que de discrets troubles dégénératifs. Le bilan biologique est tout à fait dans la norme, y compris le dosage de la VS à 8 mm/h ainsi que les CK et la TSH. Nous avons complété le bilan par un ENMG pour exclure une neuropathie telle qu'un Parsonage-Turner. Au vu de la symptomatologie mal systématisée qui ne correspond pas à une localisation anatomique et de la non réponse de cette dernière à un traitement antalgique ainsi que d'un status et un bilan biologique dans la norme, nous évoquons une fibromyalgie même si le tableau ne ressemble pas à une fibromyalgie classique ou un trouble somatoforme douloureux. L'avis de nos confrères psychiatres confirme cette piste et ils proposent un suivi régulier à leur consultation.

Sous traitement de physiothérapie (aqua cura) ainsi que l'introduction d'un antidépresseur (Fluctine 20 mg), et du Valium avant le coucher, la patiente passe de meilleures nuits et la symptomatologie semble s'améliorer."

Le 6 septembre 2005, le Dr L._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en allergologie et immunologie clinique, diagnostique un probable trouble somatoforme douloureux persistant, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et un status après syndrome lombo-vertébral avec sciatalgie G.

Le 22 octobre 2005, la Dresse R._____, spécialiste FMH en médecin générale, mentionne que:

"La patiente sus-nommée a fait un long séjour au CHUV pour une crise de fibromyalgie et état dépressif réactionnel.

La tentative de reprise de travail au moins partielle s'est soldée par un échec. Actuellement, elle présente des douleurs très handicapantes l'empêchant d'effectuer n'importe quelle activité, même dans le cadre de travaux ménagers courants. Son sommeil

est très précaire. Je tâche actuellement de résoudre le problème en cherchant un traitement antalgique et anti-dépressif adéquat. Malgré tout, je pense que le pronostic est très sombre. Il faudrait se donner un délai probablement jusqu'à la fin de l'année quant à la déclarer inapte au travail de manière définitive.

Je vais tenter la reprise de travail (avec des restrictions) dès que possible, mais sûrement avec un pourcentage de travail partiel."

Dans une lettre du 6 mars 2006 adressée à l'employeur de l'assurée, le Dr G. _____ de Z. _____ écrit notamment ce qui suit:

"L'état de santé actuel de Mme E. _____ ne lui permet aucune capacité de travail dans son activité de nettoyeuse, même avec les allègements qui sont déjà prévus à la place de travail. Dans ces conditions, en tenant compte des problèmes de santé de cette collaboratrice, je dois la déclarer inapte en tant que nettoyeuse pour des raisons de santé.

En ce qui concerne le fait de savoir s'il existe encore une capacité de travail exigible chez Mme E. _____ dans le futur, le Dr X. _____, qui a également envoyé une copie de son rapport à la Dresse R. _____, pense qu'à moyen, voire long terme peut-être, suivant la réponse de Mme E. _____ aux différents traitements qui seront entrepris, qu'une reprise du travail dans un poste de travail adapté serait envisageable par paliers successifs dans le futur. Je pense personnellement que celle employée devrait être orientée vers une activité professionnelle moins pénible que celle de nettoyeuse, même si vous avez pris soin de la ménager dans son activité professionnelle [...].

Lors de la recherche d'un nouveau poste de travail, comme je vous l'ai dit, certainement pas à court terme, mais à moyen, voire à long terme, il conviendrait surtout de respecter les restrictions suivantes:

- Pas d'activité physiquement pénible.
- Pas de port de charges supérieures à 5 kg, exceptionnellement jusqu'à 10 kg.
- Possibilité d'alterner les positions assises et debout durant l'exercice de son activité professionnelle.
- Pas d'activité nécessitant des mouvements trop répétitifs.

Si une telle activité pouvait être confiée à cette collaboratrice, une reprise de travail devrait être possible dans le futur, après une prise en charge médicale plus soutenue, ainsi que le conseille le Dr X. _____ au médecin traitant."

Il a joint à ce courrier une lettre du 24 février 2006 que lui a adressée le Dr X. _____, spécialiste FMH en médecine interne, dont il résulte notamment ce qui suit:

"Force est de constater qu'il existe un état douloureux chronique associé à une nette instabilité de l'humeur.

A noter quelques éléments pouvant jouer un rôle dans cette évolution, à savoir: perte du père à un âge très jeune, éducation par

une grand-mère l'arrosant de générosité, interruption de la scolarité à 17 ans pour mariage, absence de formation professionnelle.

L'évolution actuelle se fait vers une retraite dans la passivité. Par ailleurs, Madame E. _____ a tout de même affiché une attitude très démonstrative, se laissant très volontiers aider pour enlever quelques habits comme les bottes. Mais lorsqu'on la laisse faire elle-même, elle y arrive aussi, mais en gémissant un peu plus. Après 1h1/2 d'entretien, grimace pour indiquer que la position assise prolongée lui provoquait des douleurs.

Une approche psychiatrique n'est pas envisagée par Madame E. _____, argumentant que lors du consilium psychiatrique, ceci n'avait pas été jugé nécessaire. Il avait été tout de même dit dans ce consilium qu'un suivi attentif pouvait être utile afin de surveiller la survenance d'éléments de stress.

Dans l'état actuel, une capacité de travail ne me paraît pas donnée dans l'activité de nettoyeuse, même avec des allègements.

En revanche, il serait certainement utile de modifier l'arsenal thérapeutique: un accompagnement psychiatrique pourrait certainement être utile. La question d'une modification du traitement médicamenteux antidépresseur peut certainement se discuter, la dose actuelle étant plutôt faible, il convient de travailler sur la prise de confiance en soi chez Madame E. _____. Dans ce sens, je lui ai expliqué que les douleurs chroniques ne risquent pas de porter atteinte à sa santé au long cours et qu'il était important de maintenir une activité physique même en ayant des douleurs. Je lui ai également expliqué qu'on pouvait même travailler avec des douleurs.

Une fois ces modifications thérapeutiques entreprises, il pourrait être possible qu'une activité adaptée puisse être exercée. Il est évident qu'il faudrait commencer par des paliers extrêmement progressifs."

Le 20 avril 2006, la recourante a écrit qu'en bonne santé elle travaillerait à 70%.

b) Par décision du 28 juin 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rejeté la demande de rente, estimant que l'état de santé de l'assurée l'autorisait tant à exercer son activité habituelle de nettoyeuse qu'à assumer ses tâches ménagères et éducatives.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), dans un avis médical du 4 juillet 2008, mentionne ce qui suit:

"En reprenant attentivement les pièces du dossier, on constate qu'en mai-juin 2005, le Dr C._____, rhumatologue, avait vu l'assurée pour des lombosciatalgies gauches sur discopathie L5-S1 avec protrusion discale foraminale gauche, qui ont été à l'origine de l'arrêt de travail. Le Dr X._____ a vu l'assurée en février 2006 à la demande du Z._____ de [...] et admet que l'assurée ne peut pas poursuivre une activité de nettoyeuse; le Z._____ (Dr G._____) retient comme limitations fonctionnelles:

pas de port de charges de plus de 10 kg

pas d'activité physiquement pénible

alternance des positions assise et debout

"l'activité habituelle de nettoyeuse n'est pas adaptée."

Dans un rapport du 23 juillet 2007, les Drs M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Q._____ du Service de psychiatrie de l'adulte où l'assurée a été hospitalisée du 21 mai au 8 juin 2007 indiquent notamment ce qui suit:

"DISCUSSION ET EVOLUTION

Il s'agit de la première hospitalisation en milieu psychiatrique de cette patiente âgée de 38 ans, connue de la Dresse H._____ pour une fibromyalgie et un état dépressif tous deux apparus il y a 2 ans. La patiente est hospitalisée à la demande de son médecin en raison d'une péjoration de son humeur, ne lui permettant plus d'assumer son activité quotidienne. La patiente bénéficie d'entretiens médico-infirmiers réguliers qui lui permettent de verbaliser son sentiment de désespoir et de culpabilité, notamment envers ses enfants qu'elle estime négliger en raison de son état d'abattement et de ses douleurs chroniques qui lui imposent du repos. Elle verbalise également une relation conflictuelle avec son époux. En effet, celui-ci lui reproche une inactivité et ne parviendrait pas à comprendre ses plaintes. Nous proposons à la patiente de rencontrer son mari dans le cadre d'un entretien de réseau, afin d'évoquer sa maladie. Au cours de cet entretien, Mme parviendra à lui reprocher le manque de communication au niveau du couple et le sentiment de ne pas être entendue dans sa souffrance. Le mari s'engage à accompagner la patiente de façon occasionnelle à ses rendez-vous chez son médecin traitant, afin de mieux comprendre la maladie de sa femme. Dans le but d'améliorer la qualité de son sommeil, nous substituons son traitement de Surmontil par un traitement de Remeron et de Stilnox. La patiente bénéficie également de physiothérapie.

L'évolution clinique se montre favorable tant sur le plan thymique que sur l'intensité de ses douleurs. La patiente quitte l'hôpital le 8 juin 2007 et poursuivra son traitement en hôpital de jour où elle pourra bénéficier de thérapies de groupe de type cognitivo-comportementales telles que "apprivoiser la dépression" et "restructuration cognitive".

Mme E._____ s'engage à reprendre contact avec la Dresse H._____ afin de poursuivre son suivi psychiatrique ambulatoire à sa consultation.

DIAGNOSTIC(S) (ICD-10)

- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 33.11)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)
- Difficultés avec le conjoint (Z 630)".

Dans un rapport du 3 février 2008, le Pr P._____, spécialiste FMH en anesthésiologie [...] observe que les points typiques pour la fibromyalgie sont tous positifs.

Dans un rapport du 26 avril 2008, la Dresse H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics suivants:

- "• Troubles liés à la puerpéralité, F 53.9 probables en 1990 et 1999
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F 33.11 connu depuis mars 2007
- Syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4 connu depuis mars 2007
- Départ du foyer pendant l'enfance Z 61.1 connu depuis mars 2007
- Changements dans les relations familiales pendant l'enfance Z 61.2 connu depuis mars 2007
- Surveillance inadéquate de la part des parents Z 62.0 connu depuis mars 2007
- Autres difficultés liées à l'éducation Z 62.8 connu depuis mars 2007
- Absence d'un des membres de la famille Z 63.3 connu depuis mars 2007
- Disparition et décès d'un membre de la famille Z 63.4 connu depuis mars 2007
- Difficultés avec le conjoint Z 630 connu depuis mars 2007".

En outre, elle estime l'incapacité de travail à 50% depuis le 8 juin 2007 pour une durée indéterminée. Elle expose notamment ce qui suit:

"7. Constatations objectives

Madame E._____ présente une pâleur du visage, une inquiétude dans le regard, est repliée sur elle-même, parle peu et son discours, accompagné de pleurs fréquents, peut être qualifié de pauvre son vocabulaire manque péniblement de mots. Elle est collaborante, orientée dans tous les modes sans signes de la lignée psychotique. Elle fait son âge et sa tenue vestimentaire est correcte. Son visage exprime chroniquement la souffrance, et les pleurs ne cessent pas à travers toutes les consultations, touchant souvent l'intensité du désarroi.

Elle exprime souvent des idées noires, parfois d'une intensité suicidaire, mais sans préciser formellement l'acte qu'elle aurait l'intention de commettre, étant retenue par le fait qu'elle a deux enfants. D'autre part, sa grande souffrance de ne pas avoir de parents l'a marquée profondément. Néanmoins, elle est consciente qu'elle ne pourrait pas laisser ses filles sans leur mère, chose subie comme insupportable par elle-même. Durant les consultations, la malade accuse sans cesse des douleurs dans le dos, à la nuque et au niveau de la colonne lombaire, irradiant dans les jambes et dans la tête, ceci allant même jusqu'aux oreilles. Ces douleurs ne sont pas systématisées et elles seraient apparues environ à l'âge de 21 ans, en évoluant par la péjoration des symptômes. Elle-même, ses filles et son mari, ne peuvent plus supporter sa souffrance et attendent d'elle qu'elle se ressaisisse. Les filles étant très attachées à leur mère commencent à présenter des problèmes scolaires. Elles ne voudraient plus la quitter pour aller à l'école, afin de ne pas laisser seule leur mère souffrante, de peur de la retrouver morte. Le mari, dépassé par l'intensité et la chronicité des symptômes, ne parle presque plus avec sa femme et la relation est devenue conflictuelle et sans relations intimes.

Madame E. _____, marquée par une tristesse de fond importante, reste ouverte à l'échange uniquement par l'intermédiaire des douleurs et de la souffrance psychique, qu'elle évoque sans arrêt comme le seul moyen de vivre et de communiquer.

Par ailleurs, c'est un état de détresse que la patiente présente et, selon les réactions de l'entourage et de sa famille, cet état devrait être présent dans la vie de tous les jours.

L'assurée présente des troubles attentionnels, un déficit mnésique ainsi qu'un dysfonctionnement exécutif modéré, plaidant pour des troubles cognitifs modérés, accompagnant le syndrome douloureux somatoforme persistant, vraisemblablement déterminé par le trouble dépressif et entretenu en cercle vicieux entre l'une et l'autre de ces pathologies.

D'autre part, j'ai constaté à travers les consultations la présence d'une humeur dépressive qui l'empêche d'avoir une vie quotidienne habituelle, la retenant la plupart du temps au lit par l'intensité des douleurs, tableau qui semble présent quasi constamment.

Toujours selon l'anamnèse effectuée, nous pouvons constater la diminution du plaisir et des intérêts pour des activités généralement agréables, ne seraient-ce que les sorties de son appartement, afin de se promener ou de faire des courses.

Les activités de divertissement telles que promenades, télévision ou repas entre amis la fatiguent et engendrent souvent chez l'assurée des maux de tête, parfois violents.

Rien ne motive la patiente, elle fait à manger de façon très irrégulière, généralement par la stimulation de sa famille. Les autres activités ménagères, ainsi que de conciergerie d'un petit immeuble avec une seule cage d'escalier assumé par le couple, sont assurées en fait par son mari.

Selon les plaintes de fatigue chronique énoncées par l'assurée, on peut déduire la réduction de l'énergie, celle-ci s'étant concrétisée par le nombre réduit d'activités physiques et psychiques effectuées par la malade. Comme conséquence, la patiente présente des

sentiments excessifs de culpabilité, n'arrivant pas à oeuvrer pour apporter l'argent nécessaire au ménage, le salaire du mari ne leur permettant pas de vivre selon elle dignement. Même à la veille de Pâques, elle était triste une fois de plus et inquiète par le manque d'argent pour les Fêtes, en affirmant tout simplement "On aura une Pâques pauvre". Cette affirmation vient de surcroît, de par sa souffrance, elle voit ses filles endurer pour elle, et par conséquent leurs résultats scolaires sont en baisse, augmentant une fois de plus sa culpabilité sans pouvoir se ressaisir.

En outre, l'aptitude à penser est diminuée et le focus de ses pensées est centré sur ses douleurs chroniques envahissant sa vie et son psychisme, tout en la handicapant.

Etant donné ses souffrances chroniques et son incapacité à effectuer les principales tâches ménagères, la patiente doit constamment être aidée par les siens, ceci ayant entraîné la réprimande de son entourage ainsi que de son mari, et secondairement une perte de confiance en elle et de l'estime d'elle-même.

Nous remarquons également une diminution de l'activité psychomotrice, caractérisée par un ralentissement du fonctionnement dans la vie quotidienne et pour les activités les plus banales.

Par ailleurs, l'assurée a signalé lors de chaque entretien des troubles du sommeil, qui se traduisent par une difficulté d'endormissement ainsi que par des réveils répétés durant les nuits. Compte tenu de ses troubles, lors de l'hospitalisation à l'Hôpital [...] en 2007, la patiente a reçu une médication sédatrice et hypnotique le soir, qui consistait en une association de Remeron et Stilnox.

Vu les troubles du sommeil ainsi que les douleurs durant les nuits, l'assurée a de la peine à commencer les journées. De plus, l'état dépressif manifeste particulièrement son intensité en début de matinée, la patiente retournant alors au lit après le départ des filles à l'école.

Vu son abandon par sa mère, son père étant décédé, elle a été élevée par sa grand-mère, personne pauvre qui était obligée de travailler durement pour survivre, la patiente l'accompagnant quotidiennement dans ses différents travaux agricoles et ménagers chez des tiers. La petite fille a énormément souffert par l'absence de ses parents. Sa souffrance pourrait être la manifestation de son énorme douleur et de sa carence affective par des symptômes physiques qui ne peuvent pas être objectivés. En raison du syndrome douloureux chronique d'origine indéterminée, elle présente une fatigue chronique, des céphalées, des troubles du sommeil et un manque de motivation pour toute chose ainsi que de désir pour toute activité agréable.

D'autre part, on peut souligner la résistance des douleurs et de l'état dépressif à tous les traitements médicamenteux et à la physiothérapie introduits jusqu'à présent. A ce sujet, on mentionne qu'elle a été traitée en 2005 avec Fluctine, Valium, Stilnox, Brufen, Co-Dafalgan et Nexium, médication prescrite à la sortie du CHUV sans améliorer les symptômes. Depuis mars 2007, la soussignée a remplacé la Fluctine par le Cymbalta, le Stilnox étant continué, ainsi que le Remeron prescrit par le médecin généraliste le soir, afin d'avoir une association plus efficace, vu les troubles du sommeil. Cette médication a été maintenue par l'Hôpital [...] en 2007.

Actuellement sous une médication de Cymbalta B le matin, Surmontil 50 mg le soir et Stilnox CR 12,5 mg le soir, la malade ne se trouve pas améliorée physiquement, psychologiquement, et les troubles du sommeil persistent. Par ailleurs, la soussignée a eu beaucoup de peine à stopper le Remeron du soir, la patiente ayant peur de ne pas dormir, et préférant prendre et le Surmontil, et le Remeron, ce qui n'a pas été admis. Vu l'inefficacité de l'association Remeron Stilnox, le premier a été remplacé par le Surmontil en augmentation progressive, afin d'obtenir une meilleure anxiolyse ainsi qu'une possible meilleure association antidépressive. Les antidépresseurs tricycliques restent pour l'instant ceux qui couvrent au mieux les troubles somatiques douloureux. Vu la résistance à tous les traitements, y compris balnéothérapeutique effectué à la clinique [...], la soussignée a envisagé cette année la prise en charge par A._____, afin de compléter la panoplie thérapeutique et en introduisant également une psychologue avec des entretiens alternatifs avec les miens, plus l'introduction de la relaxation en tant que méthode thérapeutique.

Il est possible que le facteur de stress constitué par la douleur d'avoir été abandonnée et de travailler durement aux côtés de sa grand-mère pour faire la lessive à des tiers à la rivière des heures et des jours entiers, ou dans les champs afin d'avoir de quoi manger, a marqué à vie l'assurée au point qu'aujourd'hui elle soit une boule de souffrance inguérissable malgré tous les efforts médicaux et paramédicaux.

De plus, on peut voir le blocage de la petite fille en doublant la première année primaire. Le fait d'être scolarisée seulement cinq ans n'a pas donné à la patiente les outils pour pouvoir exprimer sa souffrance autrement que par les douleurs diffuses, non systématisées, permanentes et résistantes à tout. Le fait d'être prise dans les bras par le psychiatre l'a faite pleurer en sanglot en posant la question "Pourquoi ma mère ne m'a jamais prise dans ses bras?". A ce sujet, on rappelle que, selon les dires de la patiente, sa maman l'a laissée aux soins de sa grand-mère étant bébé et elle est revenue une seule fois la voir à douze ans avec son demi-frère le plus âgé. Lors de cette visite, elle a appris, présenté comme fait divers, que son père était décédé depuis plusieurs années lors de la guerre au Mozambique. La patiente a affirmé qu'elle ne recevait jamais une lettre ou un téléphone de sa mère, et qu'après cette visite à douze ans, elle ne l'a plus revue qu'à dix-sept ans, alors qu'elle allait la retrouver à [...] avec son futur mari, pour avoir le consentement de se marier. Lors de cette visite qui a duré une heure et demi à deux heures, la mère aurait été froide et distante. Ces choses énoncées plaident pour un abandon. Selon la patiente, sa mère n'a jamais envoyé d'argent, ni pour elle, ni pour la grand-mère.

Selon l'intensité de l'état dépressif ainsi que sa durée d'environ 6 mois après l'accouchement de sa fille W._____ en 1990, on peut se poser la question si la patiente n'a pas subi une dépression sévère post partum. Il en est de même pour l'accouchement de sa fille V._____ le 24 mai 1999, alors que sa mère décédée allait être enterrée ce jour même.

Autant de souffrance emmagasinée durant autant d'années s'expriment probablement par son trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi que par le syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce dernier se

manifeste en permanence jour et nuit, attestant son existence par l'hospitalisation au CHUV en 2005 et à l'Hôpital [...] en 2007. D'autre part, il est accompagné d'un sentiment de détresse et de douleur dans tout le corps, sans être le résultat d'un processus physique. Lors de son hospitalisation au CHUV, tous les examens cardiovasculaire, pulmonaire, digestif, uro-génital, investigation sanguine étaient normaux, sauf l'existence de discrets troubles dégénératifs. Cette institution a diagnostiqué par ailleurs une discopathie L5-S1 avec protrusion foraminale G, ainsi qu'une fibromyalgie versus troubles somatoformes. Ces troubles représentent de plus la préoccupation essentielle de cette malade.

Nous pourrions aussi interpréter sa douleur intense intérieure exprimée par le syndrome douloureux somatoforme comme des troubles de conversion. En terme d'hystérie, la soussignée n'a pas trouvé d'autres symptômes qui plaideraient pour ce trouble mental. Le trouble somatoforme ainsi que les troubles dépressifs sont appréciés comme une organisation névrotique de la personnalité.

Vu ce qui précède, et vu la chronicisation des troubles, leur intensité ainsi que leur résistance à tous les traitements pratiqués, la soussignée propose la reconnaissance d'une incapacité de travail à 50% en essayant toujours, peut-être trop optimiste, de mobiliser pour le 50% les ressources qui pourraient encore exister afin d'entraîner une spirale positive en la stimulant vers la vie plutôt que d'accepter la récession au lit."

Dans un avis du 20 mai 2008, le Dr D. _____ relève notamment qu'un suivi psychiatrique chez la Dresse H. _____ débute en mars 2007 et qu'en raison d'une accentuation de la dépression en mai 2007, l'assurée est hospitalisée à [...] 15 jours dont elle sort avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et syndrome somatoforme douloureux persistant. Il ajoute que depuis lors, son état est stable, que le suivi psychiatrique continue - une à deux séances par mois et traitement médicamenteux - et qu'il n'y a pas de faits nouveaux.

Par décision sur opposition du 10 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il considère notamment ce qui suit:

"Examen fait des renseignements contenus dans les pièces au dossier, en relation avec les critères propres à la fibromyalgie, nous relevons que votre épisode dépressif n'atteint pas une intensité telle qu'il puisse être assimilé à une comorbidité psychiatrique. D'autre part, force est de reconnaître que vous ne présentez pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie puisque vous conservez des contacts avec des amis ainsi qu'avec les enseignants de vos enfants, que quelques alternatives thérapeutiques subsistent et qu'elles sont au demeurant susceptibles d'influer favorablement sur votre situation. Il s'ensuit

qu'il ne peut être attribué un caractère invalidant à la fibromyalgie que vous présentez.

S'agissant de la problématique somatique, le SMR a précisé en date du 4 juillet 2008 que les lombosciatalgies gauches sur discopathie L5-S1 mises en évidence par le Dr C. _____ au cours de son examen du 13 mai 2005 ne vous permettent plus de poursuivre votre activité habituelle de nettoyeuse. En revanche, votre état de santé vous autorise l'exercice d'une activité ne requérant pas de port de charges de plus de 10 kg d'activité physiquement pénible et d'alternance des positions assise et debout.

Au vu des considérations qui précèdent, force est de reconnaître qu'en raison de votre problématique lombaire, vous n'êtes plus en mesure d'exercer votre activité habituelle de nettoyeuse depuis mai 2005. En revanche, vous conservez la capacité d'exercer une activité professionnelle respectant vos limitations fonctionnelles, à plein temps."

Après comparaison des revenus, l'OAI, même dans l'hypothèse la plus favorable à l'assurée, savoir d'une incapacité de travail totale dans l'activité de ménagère, obtient au maximum un taux d'invalidité de 38,69%, dont 8,69% pour la part professionnelle.

B. Par acte du 12 septembre 2008, E. _____ a recouru contre cette décision en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière et subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a requis une expertise pluridisciplinaire, neurologique, rhumatologique et psychiatrique.

L'OAI a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique, la recourante a produit:

- une lettre du 30 août 2008 du Dr L. _____ adressée à la Dresse H. _____ dont il résulte notamment ce qui suit:

"Après une étude approfondie du dossier de la patiente citée en marge, je peux vous confirmer que Madame E. _____ a présenté en 2000 notamment un état anxio-dépressif des troubles du sommeil importants nécessitant la prise de tranquillisants et de somnifères."

- Une lettre de A. _____ SA datée du 5 novembre 2008 et adressée à la Dresse H. _____ dont il résulte notamment ce qui suit:

"Pour faire suite à votre demande, nous vous faisons parvenir ci-dessous, les conclusions de Mme S._____, psychologue FSP et M. Y._____, infirmier référent.

Mme E._____ est entrée dans notre institution de réhabilitation psychiatrique à Lausanne en date du 3 mars 2008.

Malgré un suivi thérapeutique régulier que se soit au moyen d'entretiens individuels orientés en thérapie cognitivo-comportementale ou de modules thérapeutiques de groupe (gestion des émotions), nous ne pouvons constater que de très pauvres résultats quant à l'évolution de Mme E._____ au sein de notre structure.

Elle souffre d'un état dépressif chronique, d'une fibromyalgie et d'une estime de soi défailante et très carencée suite à son vécu traumatisant (enfance: maltraitance familiale, abus sexuels à répétition, maltraitance conjugale et dépression post-partum).

Mme E._____ exprime une grande perturbation et présente des difficultés importantes au niveau de la gestion de ses émotions ainsi qu'un sentiment de compétence personnel quasiment inexistant.

Elle apparaît envahie d'une tristesse inconsolable, qui ne lui permet que difficilement d'investir un processus thérapeutique. En effet, elle mentionne souvent qu'il ne lui est guère aisé de demander de l'aide, ne s'en sentant pas digne d'en recevoir. En outre, vivant actuellement dans un environnement agressif et constitué essentiellement de renforcements négatifs par son mari, Mme E._____ n'est parvenue à aucun moment de sa thérapie à entrevoir un quelconque espoir quant à son avenir et s'isole de plus en plus dans sa tristesse, sa culpabilité et son désespoir.

De plus, les problèmes financiers du couple sont source de conflits quotidiens. Elle présente également des troubles fréquents du sommeil et de l'appétit.

Finalement, Mme E._____ souffre d'idées suicidaires, mais n'exprime pas la possibilité d'un passage à l'acte, en raison de ses deux filles.

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons qu'appuyer le besoin de soutien psychiatrique régulier pour Mme E._____, qui lui permette d'assurer une présence pour ses enfants."

- un rapport du 20 novembre 2008 de la Dresse R._____ selon lequel l'état physique et psychique de la recourante est stationnaire avec somatisation très évidente. Ce médecin estime qu'une occupation à temps partiel serait souhaitable, même si l'on peut s'attendre à un absentéisme assez fréquent.

L'OAI a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement.

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), 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]).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente. Il est recevable en la forme.

2. La question à examiner est celle du taux d'invalidité de la recourante.

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.

Conformément à 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.

3. Sur le plan somatique, l'OAI a considéré, dans sa décision de 2006 que la recourante pouvait travailler à 100% dans toute activité. Dans la décision sur opposition, il retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de la recourante en se fondant sur l'avis du Dr D._____, lequel se fonde sur les rapports médicaux des Drs X._____, G._____ et C._____. Dans son rapport de mars 2006, le Dr G._____ mentionnait qu'une fois les modifications thérapeutiques préconisées entreprises, il pourrait être possible qu'une activité adaptée puisse être exercée et qu'il était évident qu'il faudrait commencer par des paliers extrêmement progressifs. De même le Dr X._____ estimait que la recherche d'un nouveau poste de travail dans une activité adaptée ne pourrait certainement pas avoir lieu à court terme, mais à moyen, voire à long terme. Depuis mars 2006 jusqu'à la décision attaquée, il n'y a eu aucun rapport médical d'un spécialiste concernant les problèmes somatiques de la recourante, de sorte qu'il n'est pas possible de statuer en l'état du dossier.

4. a) S'agissant des atteintes à la santé de la recourante sur le plan psychiatrique, les différents praticiens consultés ont tous diagnostiqué une fibromyalgie et des troubles somatoformes douloureux. Or, selon la jurisprudence, de tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (Pratique VSI 2000 p. 160, consid. 4b.)

En l'espèce, aucune expertise psychiatrique n'a été ordonnée.

b) Selon la jurisprudence (ATF 130 V 352), le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité mais 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 ces 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, 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. Plus ces critères se

manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Le Tribunal fédéral a en outre précisé s'agissant de la comorbidité psychiatrique que selon la doctrine médicale sur laquelle il s'appuie, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (TFA I 870/02 du 21 avril 2004). En outre, 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).

Dans le cas présent, les rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas suffisants pour permettre de savoir si les troubles dont est atteinte la recourante peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible ou non au sens de la jurisprudence précitée. Il apparaît en conséquence, que l'OAI ne pouvait statuer en l'état du dossier, mais aurait dû ordonner une expertise psychiatrique.

5. a) Le dossier est ainsi lacunaire tant en ce qui concerne les affections somatiques que psychiatriques alléguées par la recourante. En conséquence, la Cour ne peut statuer en l'état du dossier. Le recours doit dès lors être admis et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il fasse effectuer une expertise pluridisciplinaire par un centre d'expertises extérieur au SMR, et, suivant les conclusions des experts, fasse, le cas échéant, effectuer également une enquête ménagère puis rende une nouvelle décision.

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. 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). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Obtenant gain de cause, aucun frais de justice ne sera mis à la charge de la recourante (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante a droit de la part de l'OAI à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 55 LPA-VD; 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à E. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour E. _____),
- 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: