

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 avril 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Monod et Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me François Roux,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1956, de nationalité portugaise, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de nettoyeuse, notamment auprès du S.\_\_\_\_\_ à Lausanne depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996. Le 18 décembre 2003, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 8 mars 2004 adressé à l'OAI, la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH et spécialiste en rhumatologie à Lausanne, a posé les diagnostics ayant répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif, de fibromyalgie depuis 2002 et de rachialgies chroniques. Elle a retenu une incapacité de travail de 50 % depuis février 2003, de 100 % depuis juin 2003 et de 80 % depuis le 16 février 2004. Dans l'annexe au rapport médical du 5 mars 2004, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a retenu que l'activité habituelle de l'assurée n'était plus exigible et qu'on ne pouvait pas exiger de la part de celle-ci d'exercer une autre activité.

L'OAI a requis l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, médecine générale à Renens et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 12 mars 2004, ce praticien a posé les diagnostics ayant répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2, de trouble somatoforme indifférencié F45.1, de cervico-scapulalgie bilatérale sur tendomyogélose en cascade, de fibromyalgie et de céphalées tensionnelles. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % du 10 février au 13 mars 2003, de 50 % du 14 mars au 4 juin 2003, de 100 % du 5 juin 2003 au 15 février 2004 et de 20 (recte: 80) % depuis le 16 février 2004, relevant que l'intéressée ne pouvait travailler à un taux au-delà de 50 %. Il a indiqué que sa patiente avait repris une activité à 20 % depuis le 16 février 2004.

L'OAI s'est par ailleurs adressé à la Dresse N.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant à Lausanne. Le 16 mai 2004, cette dernière a posé les

diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de trouble de la personnalité non spécifique, avec traits narcissiques et dépendants. Elle a retenu une incapacité de travail de 50 % et a indiqué que l'assurée avait repris depuis février 2004 une activité à raison de 2 heures par jour en qualité de femme de ménage.

Dans un rapport du 10 novembre 2004 requis par l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail de 70 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2004 pour une longue période. Il a relevé que sa patiente ne pouvait effectuer qu'un travail à temps partiel (pas au-delà de 30-50 %) dans une activité adaptée (travail relativement léger). Compte tenu de l'importance des troubles psychiatriques associés aux problèmes ostéoarticulaires, il a estimé peu probable que l'assurée pût effectuer n'importe quel travail et a requis une évaluation dans un centre ORIPH (Organisation romande pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées; actuellement: ORIF), pour juger des compétences et des limitations physiques et psychiques de celle-ci.

Dans un rapport du 7 décembre 2004, également requis par l'OAI, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a constaté une évolution lentement favorable depuis mars 2004. Elle a relevé qu'on ne pouvait exiger de l'assurée de travailler à plus de 30 % en tant que nettoyeuse dans un hôpital. L'OAI s'est par ailleurs adressé à la Dresse N.\_\_\_\_\_, qui a, dans un rapport du 7 janvier 2005, indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était plutôt aggravé sur le plan dépressif, indiquant que cette dernière pouvait exercer une activité adaptée à 50 %.

Sur demande du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été convoquée pour un examen psychiatrique, effectué le 6 février 2006 par le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR. Dans son rapport du 13 avril 2006, ce praticien n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (évolution dépressive réactionnelle) F41.2 et de traits de

personnalité anxieuse (évitante) et dépendante F60.6. Il n'a pas constaté de limitations fonctionnelles psychiatriques et a retenu une capacité de travail exigible de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée depuis le 8 septembre 2004. Il a en outre retenu ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"[...] Du point de vue psychiatrique, je constate que les plaintes principales de l'assurée sont des douleurs subjectivement vécues d'intensité maximale, se localisant partout dans l'organisme, sans que je puisse observer à l'occasion de l'examen psychiatrique, pénible pour l'assurée, qui a duré une heure et vingt-cinq minutes, le moindre signe d'attitude algique.

Du point de [vue] psychiatrique, je constate que les critères pour un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'OMS, critère diagnostique pour la recherche, sont rencontrés: "douleurs persistantes (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours, intenses, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliqués entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constituent en permanence la préoccupation essentielle de l'assurée). Nous observons en plus qu'il y a une souffrance psychique issue d'un vécu surinvesti de ses douleurs et d'un conflit avec son employeur qui tourne autour du travail qu'on voulait lui attribuer et qui ne serait pas compatible avec sa maladie. Nous constatons un état anxio-dépressif avec les symptômes énumérés sous "anamnèse psychiatrique récente" et "status psychiatrique" qui, au moment de l'examen, ne rencontrent pas les critères d'un épisode dépressif majeur (dans le sens d'une maladie psychiatrique proprement dite), selon la CIM-10. Quant à une possible amélioration de l'état de l'assurée depuis deux ans, les indications des médecins traitants sont contradictoires, et l'assurée elle-même parle d'une "nette péjoration", mais une discussion approfondie avec l'assurée nous montre que c'est plutôt le sentiment d'injustice qu'elle croit avoir subi de la part de l'employeur, et non pas les symptômes dépressifs en soi, qui se seraient péjorés. Si nous comparons le status psychiatrique mentionné par la Dresse N.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, dans son rapport du 16 mai 2004, avec nos observations, nous constatons plutôt une amélioration. En particulier, le symptôme important d'anhédonie (l'absence de la capacité d'éprouver le plaisir pour des activités qui faisaient habituellement plaisir) est mentionné par la Dresse N.\_\_\_\_\_, mais à l'occasion de notre investigation, nous n'avons pas pu confirmer ce symptôme (voir: anamnèse psychiatrique récente). Egalement, nous n'avons pas pu objectiver la fatigabilité accrue.

Nous constatons la présence d'un état anxio-dépressif réactionnel, qui s'inscrit dans le contexte du syndrome douloureux somatoforme, l'accompagne, est un élément intégral de ce dernier, et qui ne peut être considéré comme une maladie psychiatrique indépendante du syndrome douloureux somatoforme. Il n'y a donc pas de comorbidité

psychiatrique. Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique jusqu'en 2003, et nous n'avons pas d'indication que la structure de la personnalité de l'assurée ait présenté des traits anormaux avant le début de la maladie. L'assurée a conservé les relations personnelles et amicales, avant tout avec sa parenté, ce qui parle en faveur d'une personnalité intacte. Elle arrive à subordonner sa souffrance psychique éprouvée sous les exigences de son besoin vital de conserver le réseau social. Par contre, nous devons constater que c'est depuis plus de deux ans, que les divers essais de traitement n'ont pas pu mitiger la souffrance subjective et il y a donc le danger d'une chronification.

Il y a plusieurs éléments où le tableau est compliqué par plusieurs facteurs qui sortent du champ médical proprement dit, et qui mettent en doute la gravité objective de la souffrance psychique subjective, transmise verbalement. Ainsi, par exemple, la contradiction éclatante entre l'intensité des douleurs pendant l'examen d'un côté, et le comportement non algique et physiquement tout à fait à l'aise, pendant l'examen psychiatrique d'une heure et vingt-cinq minutes. Les caractéristiques de ses douleurs sont assez vagues. Le plus souvent elles sont "partout". Vu cette imprécision, et le manque d'authenticité de l'assurée, les plaintes portant sur les douleurs n'arrivent pas à évoquer la compassion chez l'investigateur.

L'assurée décrit "sa maladie" comme une atteinte invalidante, ce qui contredit le fait que l'assurée arrive à continuer une vie quotidienne, il est vrai : d'intensité diminuée, mais tout à fait réelle et de maintenir un réseau social sain et intact.

Tout ceci dit, nous n'arrivons pas à reconnaître des limites fonctionnelles psychiatriques qui justifieraient une incapacité de travail de longue durée. La personnalité de l'assurée est suffisamment intacte pour que l'on puisse lui demander de faire l'effort pour surmonter ses douleurs.

[...]

Comme la Dresse L.\_\_\_\_\_, dans son deuxième rapport du 8 septembre 2004, constate que l'état s'est amélioré, et comme nous-mêmes constatons une amélioration sur le plan psychiatrique, par rapport à l'état décrit par la Dresse N.\_\_\_\_\_ psychiatre dans son premier rapport le 16 mai 2004, nous supposons qu'à partir du 8 septembre 2004, l'incapacité de travail soit de 0%. C'est depuis le même jour que la capacité de travail exigible est de 100%".

Sur proposition du SMR, l'assurée a par la suite été soumise à un examen rhumatologique, effectué le 7 juin 2006 par le Dr C.\_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation FMH au SMR. Dans son rapport du 19 juillet 2006, ce praticien n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis cervical et du rachis lombaire en adéquation avec l'âge de l'assurée et de

douleurs chroniques diffuses anamnétiques, sans substrat organique. Il n'a pas constaté de limitations fonctionnelles et a retenu une capacité de travail exigible de 100 % dans l'activité habituelle de l'assurée, depuis février 2003. Il a en outre exposé ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Assurée d'origine portugaise âgée actuellement de 50 ans, sans formation particulière, ayant toujours exercé l'activité de femme de ménage. Depuis février 2003, cette assurée a présenté des incapacités de travail à taux variables en raison d'un syndrome algique chronique associé à un état dépressif anamnestique. Les diagnostics retenus par son médecin traitant sont aussi bien une fibromyalgie qu'un syndrome somatoforme douloureux indifférencié associé à un état dépressif sévère avec troubles somatiques, cervico-brachialgies, tendomyogélose en cascade et céphalées tensionnelles. Actuellement, l'assurée présente une incapacité de travail complète depuis août 2005 en raison de douleurs diffuses associées à un état de fatigue généralisé. L'examen clinique réalisé ce jour met en évidence essentiellement tous les signes de non organicité selon Waddell dans un contexte de douleurs diffuses exprimées de façon verbale essentiellement lors de toute tentative de mobilisation ou d'effleurement. Les seules limitations au niveau des amplitudes articulaires constatées sont celles mises en oeuvre par une attitude oppositionnelle de type volontaire. Sur le plan neurologique, aucun déficit n'a été objectivé. L'examen de médecine générale ne met pas en évidence d'atteinte à la santé particulière hormis une tendance à une surcharge pondérale avec un BMI à 27. Les examens complémentaires radiologiques mis à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs et statiques mineurs du rachis cervical et lombaire en adéquation avec l'âge de l'assurée.

En conclusion: les éléments objectifs du status clinique et les données des examens complémentaires ne peuvent pas apporter d'explication d'ordre médical à la symptomatologie alléguée par l'assurée. Mme H. \_\_\_\_\_ allègue des douleurs diffuses, constantes, évaluées à une intensité de 10/10 de façon permanente malgré un traitement antalgique sous forme de Zaldir®, de physiothérapie, de prise en charge d'ordre psychiatrique et la prise d'un traitement antidépresseur. Cette symptomatologie est décrite comme constante dans le temps depuis fin 2002, sans aucune évolution. L'examen clinique réalisé ce jour n'a pas permis de mettre en évidence d'atteinte à la santé d'ordre somatique pouvant expliquer l'étendue des symptômes allégués.

En l'absence d'atteinte objective sur le plan somatique, aucun diagnostic à caractère invalidant n'a été retenu. Nous avons retenu le diagnostic de syndrome algique chronique sans substrat organique. Les plaintes de l'assurée sont à notre avis en dehors du champ médical, la constellation aussi bien sur le plan clinique que sur le plan anamnestique est au-delà d'une fibromyalgie classique ou d'un syndrome douloureux somatoforme habituel.

[...]

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base de notre examen clinique de ce jour, nous n'avons pas mis en évidence d'atteinte à la santé d'ordre somatique à caractère invalidant. Cette assurée présente un syndrome algique chronique indifférencié, ne répondant pas aux critères diagnostics de fibromyalgie. Les critères diagnostics pour retenir le syndrome somatoforme indifférencié ne sont pas remplis non plus. De ce fait, nous considérons que les plaintes de l'assurée sortent du champ médical".

Dans un rapport d'examen du 8 août 2006, les Drs M. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, du SMR, ont retenu une incapacité de travail limitée dans le temps pour un trouble dépressif rapporté par les médecins traitants qui n'était pas retrouvée lors de l'examen psychiatrique au SMR et ont indiqué que l'assurée avait présenté une amélioration de son état de santé, fixée au 8 septembre 2004.

**B.** Dans un projet de décision du 15 août 2006, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 10 février 2004 au 30 novembre 2004. L'intéressée a contesté ce préavis et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ainsi qu'une évaluation dans un centre ORIPH afin de déterminer ses propres compétences et limitations.

L'assurée a déposé un rapport du 14 janvier 2005 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjointe au département universitaire de psychiatrie pour adultes du canton de Vaud, qui a retenu les diagnostics principaux d'état dépressif moyen et de trouble de la personnalité non spécifique, ainsi que les diagnostics de co-morbidité de céphalées tensionnelles et de fibromyalgie. Cette praticienne a ajouté ce qui suit dans la partie discussion de son rapport:

"Mme H. \_\_\_\_\_ présente actuellement un état dépressif surajouté à sa fibromyalgie. En effet, elle ne peut que difficilement faire face aux pertes subies et développe des troubles thymiques sous forme des symptômes mentionnés ci-dessus. Ceux-ci contribuent à diminuer sa capacité de travail occasionnée par les douleurs. On ne peut tout à fait exclure qu'une composante de trouble de la personnalité ne participe à ses difficultés à gérer ses difficultés actuelles et alimente, d'une certaine manière, les conflits qu'elle pourrait rencontrer à son travail, de même qu'un sentiment d'injustice.

Ainsi, à notre avis, cette patiente présente comme diagnostic psychiatrique: un épisode dépressif d'intensité moyenne et un

trouble de la personnalité non spécifié. Sa capacité de travail est actuellement préteritée d'une part par ses douleurs et d'autre part par les troubles psychiques qu'elle présente et dans un avenir à court ou moyen terme, un retour à une activité supérieure à celle exercée actuellement ne nous paraît pas envisageable".

L'assurée a également déposé un rapport du 6 octobre 2006 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, qui a confirmé le diagnostic de fibromyalgie, remis en cause l'appréciation du SMR s'agissant de l'importance des douleurs, relevé que les lombalgies pouvaient limiter la capacité de travail, notamment de nettoyeuse, et que le dossier radiographique n'était pas très récent.

Dans un avis médical du 3 décembre 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'amélioration de l'état de santé de l'assurée n'avait pas eu lieu le 8 septembre 2004 mais que c'était depuis le 16 février 2004, soit lorsqu'elle avait repris une activité, qu'elle présentait une exigibilité de 100 % dans l'activité habituelle.

Dans un nouveau projet de décision du 25 août 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2004 au 31 mai 2004. Par décision du 21 novembre 2008, l'OAI a confirmé ce préavis et versé à l'assuré des prestations du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2004.

**C.** Par acte du 15 janvier 2009 de son mandataire, H.\_\_\_\_\_ fait recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2004. Sur la base de l'avis des Drs K.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, elle se prévaut d'un diagnostic de fibromyalgie ainsi que d'une capacité de travail résiduelle de 20 % à 30 % et s'écarte de l'appréciation du SMR dans son rapport du 7 juin 2006, dont elle nie en substance la valeur probante. A titre subsidiaire, faisant valoir les lacunes des rapports établis par le SMR s'agissant du caractère invalidant ou non de la fibromyalgie, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

A l'appui de son recours, l'assurée dépose un rapport du 2 octobre 2008 du Dr K.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique, de trouble somatoforme indifférencié, de fibromyalgie, de céphalées tensionnelles et de colopathie fonctionnelle et proposant l'établissement d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. Elle dépose également un rapport du 10 novembre 2008 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, qui se réfère à une incapacité de travail de 50 % pour des raisons psychiques et fait part de son étonnement quant aux conclusions retenues par l'OAI, ainsi qu'un rapport du 10 octobre 2008 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, qui se réfère à une aggravation globale de l'état de santé de l'assurée et conteste la capacité de celle-ci à reprendre une activité de nettoyeuse.

Dans un avis médical du 14 mai 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR soutient que les pièces médicales déposées par l'assurée à l'appui de son recours ne sont pas nature à remettre en cause l'appréciation du SMR. Il relève que l'instruction médicale est complète et se réfère au rapport SMR du 8 août 2006.

**D.** Dans sa réponse du 19 mai 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Sur la base des examens psychiatrique et rhumatologique diligentés par le SMR, dont il n'y aurait pas lieu de s'écarter, il soutient que l'assurée présente une pleine capacité de travail - dans son activité habituelle et dans une activité adaptée - et s'écarte de l'appréciation des Drs K.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_.

Sans formuler de remarques complémentaires, l'assurée maintient sa position par courrier du 29 juin 2009.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 2 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, la décision du 21 novembre 2008 a été notifiée au mandataire de l'assurée le 1<sup>er</sup> décembre 2008, de sorte que le recours a été déposé en temps utile le 15 janvier 2009. Pour le surplus déposé selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 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. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et les références citées).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts, spécialistes et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a et les arrêts précités) qui permettent de leur reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_204/2007 du 16 avril 2008 consid. 2.3).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**c)** Selon la jurisprudence rendue en application de l'art. 41 aLAI, toujours valable sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343), la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références citées). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2; TF 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

**d)** Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. 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 50). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1).

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux, Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, 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. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et les arrêt cités; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

**3.** En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, cette prestation lui étant accordée par l'OAI pour la période du 1<sup>er</sup> février 2004 au 31 mai 2004, alors que l'intéressée réclame une rente à compter du 1<sup>er</sup> février 2004 sans limitation dans le temps. Il faut donc examiner l'état de santé de l'assurée et en particulier déterminer s'il y a eu amélioration de celui-ci au point de justifier la suppression de son droit à la rente à partir du 1<sup>er</sup> juin 2004.

**a)** Sur le plan somatique, l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique le 7 juin 2006, à la suite duquel le Dr C. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis cervical et du rachis lombaire en adéquation avec l'âge de l'assurée et de douleurs chroniques diffuses anamnétiques, sans substrat organique; il n'a pas retenu d'incapacité de travail (rapport du 19.07.2006, p. 6 et 7). Il a motivé son avis en raison de l'absence de déficit neurologique et d'atteinte à la santé particulière hormis une tendance à une surcharge pondérale à la suite de l'examen de médecine générale ainsi qu'en raison de la présence de troubles dégénératifs et statiques mineurs du rachis cervical et lombaire en adéquation avec l'âge de l'assurée, après des examens complémentaires radiologiques. Le Dr C. \_\_\_\_\_ en a conclu que les éléments objectifs du status clinique et les données des examens complémentaires ne pouvaient pas apporter d'explication d'ordre médical à la symptomatologie alléguée par l'assurée, malgré l'allégation par l'intéressée de douleurs intenses nonobstant un traitement antalgique, relevant que l'examen clinique réalisé ce jour n'avait pas permis de mettre en évidence d'atteinte à la santé d'ordre somatique pouvant expliquer l'étendue des symptômes allégués. Ce médecin a ajouté que les plaintes de l'assurée étaient selon lui en dehors du champ médical, la constellation aussi bien sur le plan clinique que sur le plan anamnestique étant au-delà d'une fibromyalgie classique ou d'un syndrome douloureux somatoforme habituel (rapport du 19.07.2006, p. 6).

Les constatations et diagnostics retenus par le Dr C. \_\_\_\_\_ sont corroborés par les rapports du SMR, à savoir celui des Drs M. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ (rapports du 08.08.2006) et ceux du Dr F. \_\_\_\_\_ (rapports des 03.12.2007 et 14.05.2009). Lorsque la recourante fait valoir que le rapport SMR du 7 juin 2006 - à savoir celui du Dr T. \_\_\_\_\_ - n'a pas abordé la vie quotidienne et l'anamnèse psychosociale et psychiatrique de l'assurée, en soutenant qu'il lui manque un élément essentiel, il faut dire que ce praticien ne s'est prononcé que sur la problématique somatique de

l'intéressée et que ces questions ont été abordées par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son examen psychiatrique.

Les avis des Drs L. \_\_\_\_\_ (rapport des 08.03.2004, 06.10.2006 et 10.10.2008) et K. \_\_\_\_\_ (rapport des 12.03.2004 et 02.10.2008), peu étayés et motivés au regard de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, ne sauraient être déterminants en tant qu'ils s'écartent de l'appréciation de cet expert. On ajoutera que l'avis de ces praticiens doit être considéré avec les réserves d'usage dans la mesure où il émane des médecins traitants de l'assurée et également au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise.

Si la Dresse L. \_\_\_\_\_ (rapport du 06.10.2006) a relevé que les lombalgies pouvaient limiter la capacité de travail, notamment de nettoyeuse, indiquant sur ce point que le dossier n'avait pas été objectivé par une imagerie récente - étant donné que les radiographies de la colonne lombaires dataient de 1996 et que le dossier radiographique n'était pas très récent -, on ne saurait dire que cette assertion remet en cause l'avis dûment étayé du Dr C. \_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que cette praticienne n'a pas clairement constaté d'aggravation importante de l'état de santé de sa patiente, se bornant à indiquer que celle-ci fonctionnait moins bien, tant pour des raisons somatiques que psychiques, de sorte qu'un complément d'investigation médicale n'est pas indiqué. Dans son rapport du 14 mai 2009, où il a notamment pris position par rapport à l'avis de la Dresse L. \_\_\_\_\_, le Dr F. \_\_\_\_\_ a du reste expressément reconnu que l'instruction médicale était complète (rapport SMR du 03.12.2007), ajoutant que les données ressortant du rapport SMR du 8 août 2006 restaient valables. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, celui-ci se base dans son rapport du 2 octobre 2008 en partie sur des critères extra-médicaux (comme l'a relevé le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son rapport SMR du 14.05.2009) et son avis peut difficilement se concevoir autrement que comme une critique, en l'occurrence peu convaincante, de l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assurée.

Au demeurant, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fondé son avis sur la base d'une anamnèse détaillée (notamment personnelle, professionnelle et par système), un status général et ostéoarticulaire, la prise en compte du dossier radiologique et les plaintes de l'assurée; il a ensuite motivé son appréciation sur la base d'une appréciation médicale claire ainsi que d'explications circonstanciées, convaincantes et dûment motivées, avant de retenir des conclusions claires et précises, de sorte qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à son rapport d'examen rhumatologique. On retiendra donc que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan somatique.

**b)** Sur le plan psychique, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique le 6 février 2006, à la suite duquel le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (évolution dépressive réactionnelle) F41.2 et de traits de personnalité anxieuse (évitante) et dépendante F60.6; il a retenu une capacité de travail exigible de 100 % depuis le 8 septembre 2004 (rapport du 13.04.2006, p. 4 et 6).

Ce praticien a constaté (rapport du 13.04.2006, p. 5) une souffrance psychique issue d'un vécu surinvesti des douleurs de l'assurée et d'un conflit avec son employeur, de même qu'un état anxio-dépressif qui, au moment de l'examen, ne remplissait pas les critères d'un épisode dépressif majeur (dans le sens d'une maladie psychiatrique proprement dite), selon la CIM-10. Il a également nié la présence d'une détérioration de l'état de santé psychique de l'assurée, contrairement à l'avis de la Dresse N.\_\_\_\_\_, relevant que les symptômes dépressifs ne s'étaient pas péjorés et que les symptômes d'anhédonie et de fatigabilité accrue n'avaient pas pu être objectivés. Enfin, il a constaté la présence d'un état anxio-dépressif réactionnel, qui s'inscrivait dans le contexte du syndrome douloureux somatoforme, l'accompagnait, constituait un élément intégral de ce dernier, et qui ne pouvait être considéré comme une maladie psychiatrique indépendante du syndrome douloureux somatoforme (cette problématique, en relation avec la fibromyalgie, sera examinée ci-après). On relèvera que les conclusions et diagnostic du rapport d'examen

psychiatrique du 6 février 2006 ont été reprises par les médecins du SMR, soit par les Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ (rapport du 08.08.2006) ainsi que par le Dr F.\_\_\_\_\_ (rapports des 03.12.2007 et 14.05.2009).

La Dresse N.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, et de trouble de la personnalité non spécifique, avec traits narcissiques et dépendants, ainsi qu'une incapacité de travail de 50 % (rapports des 16.05.2004, 07.01.2005 et 10.11.2008) et a constaté, en particulier, une diminution de l'élan vital, une perte d'espoir, des idées noires, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, une perte de plaisir, une diminution de la concentration, des accès de pleurs, une thymie triste et des idées de dévalorisation (rapport du 16.05.2004). L'avis de la Dresse N.\_\_\_\_\_, en tant que psychiatre, ne saurait toutefois remettre en cause la validité des constatations et diagnostics du Dr T.\_\_\_\_\_, dont le rapport - fouillé et détaillé - procède d'une analyse plus complète que celle de cette praticienne. Ce médecin a du reste exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de sa consoeur. Le rapport du 10 novembre 2007 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, établi postérieurement à celui du Dr T.\_\_\_\_\_, ne comporte pas d'élément médical nouveau, ainsi que l'a relevé le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport SMR du 14 mai 2009. Au demeurant, en tant que psychiatre traitant de l'assurée et au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, l'avis de la Dresse N.\_\_\_\_\_ doit être apprécié avec les réserves d'usage.

Le rapport du 14 janvier 2005 de la Dresse B.\_\_\_\_\_ est également trop peu consistant, insuffisamment étayé et fouillé, pour remettre en cause l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_. Si cette praticienne, en tant que spécialiste en psychiatrie, a retenu les diagnostics principaux d'état dépressif moyen et de trouble de la personnalité non spécifique, elle ne s'est pas prononcée très clairement au sujet de la capacité de travail de l'assurée, se bornant à indiquer qu'un retour à une activité supérieure à celle exercée actuellement ne lui paraissait pas envisageable. On relèvera en outre que la Dresse B.\_\_\_\_\_, ainsi qu'elle l'expose au début de son

rapport, n'a été mandatée par le service du personnel du S.\_\_\_\_\_ que pour évaluer la capacité de travail de l'assurée en tant que femme de ménage, et non s'agissant d'une activité adaptée. Le fait que la Dresse B.\_\_\_\_\_ se soit apparemment prononcée en tant que médecin spécialiste du travail, et non en tant que thérapeute, au sujet de l'assurée ne permet pas en soi de lui accorder un avis déterminant au point de remettre en cause les conclusions des médecins du SMR. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué en détail pourquoi il s'écartait de l'avis de cette praticienne (rapport SMR du 03.12.2007).

Cela étant, on peut néanmoins se demander si l'assurée présente un trouble de la personnalité non spécifique (retenu par les Dresses N.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_), un trouble thymique indépendant et le cas échéant quelle est l'importance du trouble dépressif, en l'occurrence retenu par la Dresse N.\_\_\_\_\_. On relèvera toutefois que le Dr T.\_\_\_\_\_ a mis en évidence les mêmes symptômes que ceux constatés par ces praticiennes et qu'il a retenu, au terme d'une motivation approfondie et convaincante, les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte d'une part, et de traits de personnalité anxieuse et dépendante d'autre part (rapport du 13.04.2006). Dans ces conditions, les Dresses N.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ n'apportent pas d'éléments objectifs suffisamment pertinents permettant de douter de l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_. En outre, selon la pratique médicale, on peut affirmer *prima facie* que le diagnostic de trouble de la personnalité suppose en principe l'apparition de symptômes au début de l'âge adulte, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, l'assurée n'ayant pas d'antécédents psychiatriques jusqu'en juin 2003 (rapport SMR du Dr T.\_\_\_\_\_).

Au vu notamment du rapport d'examen psychiatrique du Dr T.\_\_\_\_\_, les avis des Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, qui ne sont pas psychiatres, ne sauraient être déterminants pour apprécier l'état de santé de l'assurée et sa capacité de travail sur le plan psychique. Par ailleurs, dans son rapport du 2 octobre 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_ se base en partie sur des critères extra-médicaux, comme l'a relevé le Dr F.\_\_\_\_\_ (avis médical SMR du 14.05.2009), et son avis peut difficilement se concevoir

autrement que comme une critique - en l'occurrence peu convaincante - de l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assurée. Quand bien même le Dr K.\_\_\_\_\_ s'est basé sur un test de Beck pour retenir une dépression sévère, il s'agit d'une auto-évaluation par l'assurée de ses propres troubles, forcément subjective, alors que le recours au critère de classifications internationales de la CIM-10 - utilisé en l'occurrence par le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son examen psychiatrique - se base sur des données exclusivement cliniques, ainsi que l'a retenu le Dr F.\_\_\_\_\_ (rapport du 14.05.2009), ce qui est plus objectif et donc plus convaincant.

Si l'on peut être interpellé par la discordance entre les avis des médecins du SMR et ceux des médecins traitants de l'assurée, il n'en demeure pas moins que la cause doit être tranchée à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de valeur probante et compte tenu de la valeur accordée usuellement à l'avis du médecin traitant. On ajoutera enfin que la présence constante depuis des années d'un suivi clinique auprès des mêmes thérapeutes, parallèlement à une médication antidépressive importante, indique certes que l'assurée souffre d'affections psychiques mais ne saurait justifier que l'on s'écarte de l'avis des médecins du SMR et qu'on reconnaisse que l'intéressée n'est pas capable d'exercer une activité professionnelle.

Enfin, le rapport d'examen psychiatrique du 6 février 2006 se base sur une anamnèse (notamment familiale, personnelle, professionnelle et psychosociale) détaillée, un status psychiatrique, la prise en compte des plaintes de l'assurée, une appréciation du cas fouillée, une appréciation médicale claire et des conclusions dûment motivées et convaincantes, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue, sous réserve de la date à partir de laquelle l'assurée a recouvré une capacité de travail entière.

Si les Drs L.\_\_\_\_\_ (rapport du 10.10.2008) et K.\_\_\_\_\_ (rapport du 02.10.2008) ont évoqué un climat quelque peu conflictuel entre l'assurée et l'expert, on relèvera que la mission de l'expert, au

contraire notamment du psychiatre traitant, n'est pas d'écouter un assuré (le cas échéant de façon empathique) afin de procéder à une analyse, mais de déterminer son état de santé du point de vue psychique et d'évaluer son incapacité de travail. Du reste, lorsque le Dr T. \_\_\_\_\_ relève que les caractéristiques des douleurs sont assez vagues, exprimant un manque de compassion à l'égard de l'assurée, on ne voit pas en quoi ce spécialiste manquerait d'objectivité ou s'exprimerait en des termes dépréciatifs. Il est bien plus possible que le Dr T. \_\_\_\_\_ se soit sur ce point prononcé à l'aune des critères jurisprudentiels permettant de nier un caractère invalidant aux troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2), parmi lesquels figure notamment l'existence de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert.

**c)** Il reste à déterminer la présence ou non d'une invalidité en raison d'une éventuelle fibromyalgie ou d'un éventuel trouble somatoforme douloureux. Au vu des rapports figurant au dossier, il semble que l'assurée présente le diagnostic de fibromyalgie, retenus par les Drs L. \_\_\_\_\_ (rapport du 08.03.2004), K. \_\_\_\_\_ (rapports des 12.03.2004 et 02.10.2008), N. \_\_\_\_\_ (rapport du 16.05.2004) et B. \_\_\_\_\_ (rapport du 14.01.2005), respectivement celui de trouble somatoforme indifférencié (rapports précités du Dr K. \_\_\_\_\_). Ces diagnostics n'étant toutefois pas retenus par les Drs T. \_\_\_\_\_ (rapport du 13.04.2006) et C. \_\_\_\_\_ (rapport du 19.07.2006), on peut donc se demander s'ils doivent être admis au degré de la vraisemblance prépondérante; la question n'a toutefois pas à être tranchée, pour les raisons qui suivent.

Dans son rapport du 13 avril 2006 (p. 5), faisant suite à l'examen psychiatrique de l'assurée effectué le 6 février 2006, le Dr T. \_\_\_\_\_ a constaté un état anxio-dépressif, ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur (dans le sens d'une maladie psychiatrique proprement dite) selon la CIM-10, et a nié la présence de comorbidité psychiatrique. Il a ensuite écarté le symptôme d'anhédonie et la fatigabilité accrue, a relevé l'absence d'antécédent psychiatrique jusqu'en 2003 et a affirmé ne pas avoir d'indications que la structure de la personnalité de l'assurée eût présenté des traits anormaux avant le début

de la maladie. En outre, il a indiqué que l'assurée avait conservé les relations personnelles et amicales, avant tout avec sa parenté, ce qui parlait en faveur d'une personnalité intacte, indiquant que l'intéressée arrivait à subordonner sa souffrance psychique éprouvée sous les exigences de son besoin vital de conserver le réseau social. Il a également mis en exergue une contradiction éclatante entre l'intensité des douleurs pendant l'examen d'un côté, et le comportement non algique et physiquement tout à fait à l'aise, pendant l'examen psychiatrique d'une heure et vingt-cinq minutes et a relevé que le manque de précision quant à l'origine des douleurs ainsi que le manque d'authenticité de l'assurée ne suffisaient pas à évoquer de la compassion chez l'investigateur.

Ces constatations ne sont pas valablement contredites par les autres psychiatres qui ont examinés l'assurée, soit la Dresse N. \_\_\_\_\_ - bien que cette praticienne ait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de trouble de la personnalité non spécifique avec traits narcissiques et dépendants et qu'elle ait retenu notamment une diminution de l'élan vital, une perte d'espoir, des idées noires, une perte de plaisir et une thymie triste (rapports des 16.05.2004 et 07.01.2005) - ni par les constatations de la Dresse B. \_\_\_\_\_ (rapport du 14.01.2005), ni encore par l'avis des Drs L. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_. On ajoutera que l'avis de ces praticiens doit être considéré avec les réserves d'usage dans la mesure où il émane des médecins traitants de l'assurée et également au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise. On relèvera par ailleurs que le Dr T. \_\_\_\_\_ a écarté la présence d'un trouble de la personnalité (consid. 3b ci-dessus).

On retiendra donc que les diagnostics de fibromyalgie, respectivement de trouble somatoforme indifférencié, dans la mesure où il devaient être admis au degré de vraisemblance prépondérante, ne revêtent pas de caractère invalidant en sens de la jurisprudence récente en la matière (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2); le fait que le Dr T. \_\_\_\_\_ ait évoqué le danger d'une chronification, en raison de l'échec des divers

traitements en vue de diminuer la souffrance subjective (rapport du 13.04.2006, p. 5, 3<sup>ème</sup> § in fine) ne saurait être déterminant à cet égard.

**4.** Il reste à déterminer l'incapacité de travail de l'assurée, afin de déterminer son droit à la rente. Selon le Dr K.\_\_\_\_\_ (rapport des 12.03.2004 et 10.11.2004), dont l'avis sur ce point a été repris par les Drs T.\_\_\_\_\_ (rapport du 08.09.2006, p. 6) et C.\_\_\_\_\_ (rapport du 19.07.2006) ainsi que par les Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ (rapport SMR du 08.08.2006), l'assurée présente une incapacité de travail de 100 % depuis le 10 février 2003.

S'agissant d'une éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assurée, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patient avait repris le travail à un taux de 20 % le 16 février 2004 (rapport du 12.03.2004, p. 2) et la Dresse N.\_\_\_\_\_ a signalé une reprise depuis février 2004 d'une activité à raison de 2h par jour comme femme de ménage (rapport du 16.05.2004, p. 4). La Dresse L.\_\_\_\_\_ a pour sa part indiqué une évolution lentement favorable depuis mars 2004, se référant à la reprise progressive d'une activité (rapport du 07.12.2004). Quant au Dr F.\_\_\_\_\_ (avis médical SMR du 03.12.2007), il a indiqué que l'assurée avait présenté une amélioration de son état de santé depuis le 16 février 2004, soit lorsqu'elle avait repris une activité professionnelle, et a retenu une exigibilité de 100 % dans l'activité habituelle dès cette date.

Il s'ensuit que la recourante a droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> février 2004, en application du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), jusqu'au 31 mai 2004, compte tenu d'une amélioration de son état de santé ayant durée trois mois depuis février 2004 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

**5.** Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément

d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comme le requiert la recourante.

**6.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (montant correspondant à celui de l'avance effectuée). Dans ces conditions, la recourante n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision du 21 novembre 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 francs (deux-cent cinquante francs) sont mis à la charge de H.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me François Roux, avocat à Lausanne (pour H. \_\_\_\_\_)
- 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 :