

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 avril 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Pittet et Zbinden
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourante

et

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

Art. 4 al. 1, 28 LAI; 7, 8, 16, 43 al. 1, 61 let. g LPGA; 52 LPA-VD

E n f a i t :

A. a) Q._____ (ci-après: l'assurée), née le 3 juin 1959, mariée et mère d'une fille, originaire du Portugal, a travaillé depuis le mois de septembre 2000 comme auxiliaire de ménage au Centre médico-social H._____, à Lausanne, à un taux d'activité de 50%.

Le 19 avril 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé "dépression, fibromyalgie". Elle a déclaré que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50% comme auxiliaire de ménage en CMS.

b) Dans un rapport médical du 11 juin 2007 adressé à l'OAI, la Dresse G._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif avec probable attaque de panique, rachialgies chroniques et fibromyalgie; elle a attesté une incapacité de travail de 100 %, avec quelques brèves interruptions et périodes d'incapacité de 50%, depuis le 26 avril 2006 (incapacité totale continue depuis le 21 septembre 2006).

Dans un rapport médical du 18 octobre 2006 adressé au Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne, en hématologie et en oncologie médicale, la Dresse G._____ avait exposé notamment ce qui suit :

"(...)

Appréciation :

Madame Q._____ présente des douleurs polyarticulaires, des cervicalgies, ainsi que des lombalgies récidivantes qui évoluent depuis quelques années et qui s'expliquent par des discopathies des C4 à C6, de L4 à L5 ceci dans le contexte de troubles de la statique et d'un déconditionnement de la musculature lombo-adominale. Une approche de type physiothérapie conventionnelle avec des exercices actifs se sont rapidement soldés par un échec, les douleurs n'ont fait

que s'aggraver sous ce traitement. Les douleurs polyarticulaires n'ont fait que s'aggraver au cours de ces derniers mois. Le bilan qui a été effectué, ainsi que le caractère des douleurs ne vont pas dans le sens d'un éventuel rhumatisme inflammatoire, métabolique ou endocrinien à l'origine des plaintes de la patiente. Madame Q. _____ était inquiète, car sa mère avait développé à l'âge de 40 ans, une polyarthrite rhumatoïde. Actuellement, je n'ai pas d'argument pour retenir un diagnostic de rhumatisme inflammatoire.

Les douleurs, parfois très intenses, évoluent en dent-de-scie, et très souvent en parallèle avec l'état psychique dans lequel se trouve la patiente. Madame Q. _____ est suivie régulièrement par Dr P. _____ pour un état dépressif, survenu dans les suites du décès de sa mère.

Je retiendrais chez cette patiente le diagnostic de douleurs de type somatisation, voire celui d'une fibromyalgie chez une patiente qui présente un état dépressif pour lequel elle est encore traitée, actuellement par de l'Efexor."

c) La F. _____, assureur d'indemnités perte de gain selon la LCA, qui a versé depuis le 25 septembre 2006 à l'assurée des prestations sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 100 %, a mandaté le Dr R. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, pour une expertise. Dans son rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 juin 2007, cet expert retient notamment ce qui suit :

"(...)

Éléments assécurologiques

Madame Q. _____ est en incapacité de travail totale depuis le 21 septembre 2006, jusqu'à ce jour, sans interruption. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI pour le Canton de Vaud au mois de mai 2007, en vue d'une rente entière.

Éléments biographiques et parcours professionnel

Madame Q. _____ est née dans un petit village rural près de Coimbra. Son père travaillait comme policier tandis que sa mère oeuvrait à domicile s'occupant de ses deux filles.

Sur le plan scolaire, la jeune fille effectuera 4 années d'école primaire puis 3 ans d'école secondaire. Elle n'aura pas l'occasion d'effectuer d'apprentissage.

Elle se mariera à l'âge de 20 ans et restera à domicile, ne trouvant pas de travail au Portugal. Ce n'est que plus tard que le couple Q. _____ émigrera en Suisse, à Lausanne. Dans un premier temps, l'assurée effectuera des heures de ménage, puis, elle oeuvrera en tant que vendeuse à l'U. _____ ainsi que dans un magasin de chaussures. Sa fille unique naîtra en 1988. C'est au mois de septembre de l'an 2000 que l'assurée sera engagée au Centre médico-social de H. _____, effectuant le ménage pour des

personnes âgées indépendantes. A noter que cette patiente n'a pas été licenciée pour l'heure de son poste de travail.

Evaluation psychologique

Lorsqu'elle évoque sa petite enfance, Madame Q. _____ affirme avoir vécu une jeunesse heureuse. Cependant, elle se met à pleurer lorsqu'elle évoque sa mère qui n'est plus là aujourd'hui pour la soutenir. Malgré la distance, ladite mère s'avérait comme son amie et sa confidente. A l'heure actuelle, Madame Q. _____ n'a pas d'amis, mais que des connaissances (sic).

Son père est décrit comme un homme bon, pourvoyant au maximum pour l'ensemble de sa famille. A ce sujet, la patiente affirme souffrir particulièrement, d'autant plus que ledit père a retrouvé une autre compagne, cette dernière n'arrivant pas assumer ce fait là.

A l'heure actuelle, Madame Q. _____ affirme être atteinte par des douleurs constantes, sans répit, mal calmées par la médication. D'un autre côté, cette dernière éprouve d'intenses difficultés pour avaler ses médicaments, ne pouvant pas absorber plusieurs gouttes d'eau de suite, vu son anneau gastrique.

Selon le Dr P. _____, psychiatre et psychothérapeute à Lausanne, auquel l'expert a téléphoné le jour de l'expertise, cette quadragénaire aurait aggravé son état dépressif suite au décès de sa mère survenu en 2004. De même, son endométriose vésicale et son hystérectomie associées à son anneau gastrique auraient retenties négativement sur sa féminité, d'autant plus que sa fille unique est en voie d'émancipation et s'apprête à quitter le domicile familial.

Lors de la présente expertise, Madame Q. _____ est apparue à l'examineur comme une femme triste, abattue et larmoyante tout au long de l'examen. Cette dernière affirme ne plus avoir de plaisir dans la vie et cette dernière cite une importante baisse de la libido.

Parallèlement, cette patiente éprouve une asthénie intense présente dès le matin. De plus, elle déclare se sentir vide et inutile sur cette terre (sic). Sans plusieurs somnifères le soir, elle affirme ne pas dormir. De plus, souvent elle est incapable de s'alimenter selon les jours. On relèvera chez elle des idées suicidaires, avec un souhait de mourir, l'assurée déclarant penser souvent à se jeter d'un pont ou à ingurgiter un mélange de médicaments. A noter que l'on relève chez elle un important ralentissement psychomoteur, se doublant d'une amimie.

De la sorte, l'expert, porteur de l'attestation de médecine psychosomatique et psychosociale (AMPP) confirme chez Madame Q. _____ le diagnostic posé en novembre 2006 par le Dr P. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Lausanne de trouble dépressif récurrent de degré sévère.

(...)

EXAMEN RHUMATOLOGIQUE

Les articulations périphériques sont parfaitement mobiles, sans limitations fonctionnelles. On ne note pas de signes inflammatoires ou de déformations arthrosiques à leur niveau.

La palpation étagée des points de Smythe, habituellement recensés dans la fibromyalgie présente un score de 17/18, avec un jump test

positif permettant d'attester, dans le cas présent, le diagnostic de syndrome fibromyalgique floride.

(...)

Diagnostics

- **Syndrome fibromyalgique floride avec un score de Smythe de 17/18.**
- **F33 trouble dépressif récurrent de degré sévère avec syndrome somatique.**
- **2001 cure d'endométriose vésicale.**
- **2002 : hystérectomie totale.**
- **2003 chirurgie de l'obésité avec pose d'un anneau gastrique.**
- **Hypertension artérielle systolo-diastolique à vérifier par le biais du médecin-traitant.**

Appréciation médicale

Madame Q. _____ est une femme de ménage de 48 ans qui s'est mise à présenter des douleurs musculo-squelettiques généralisées dès l'an 2000, faisant suite au décès de sa mère.

C'est la Dresse G. _____, sa rhumatologue qui posera le diagnostic de syndrome fibromyalgique.

Parallèlement, cette patiente présentera encore un trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère, tel que l'attestera son psychiatre, le Dr P. _____, psychiatre et psychothérapeute à Lausanne dans son certificat médical du 13 novembre 2006.

Lors de la présente expertise, Madame Q. _____ affirme éprouver des algies musculo-squelettiques diffuses, touchant la ceinture scapulaire, les coudes, les poignets, les hanches, les genoux et même les pieds. L'intensité desdites algies s'élève à 8 sur une échelle dolorimétrique analogique qui compte 10 graduations. Elle affirme ressentir ses algies telles des « coups de couteau » ou encore des « lancées ». A ses dires, ladite symptomatologie se double également d'une importante asthénie avec un sommeil de courte durée et non-réparateur. La prise de médicaments antalgiques ne la soulagerait que partiellement.

Sur le plan fonctionnel, cette patiente s'avère dans l'incapacité d'effectuer les travaux les plus lourds dans son ménage. C'est son mari et sa fille qui doivent l'aider à exécuter lesdites tâches.

Durant la journée, la plupart du temps, Madame Q. _____ reste couchée dans son lit, dans le noir, évitant de rentrer en contact avec les autres. Il apparaît encore que cette patiente quadragénaire est en incapacité de travail totale depuis le 21 septembre 2006 et qu'elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI pour le Canton de Vaud en vue d'une rente entière.

L'examen général a mis en évidence chez Madame Q. _____ une obésité de classe 1, malgré sa gastroplastie de juillet 2003, en raison d'une obésité morbide. Sa tension artérielle s'avérait élevée, mesurant 160/90 mmHg. Par contre, ses paramètres cardio-vasculaires étaient alignés et l'examen des grands parenchymes ne montrait pas d'anomalies significatives. Son périmètre abdominal mesurait 102 cm, supérieur au 88 cm admis pour femme, représentant chez elle un risque cardio-vasculaire très élevé. De plus, il existait un tablier graisseux avec un intertrigo sous-jacent.

L'expert relevait de plus une douleur à la palpation profonde de la fosse iliaque droite. L'examen neurologique mettait en évidence des nerfs crâniens intacts.

Au niveau des membres supérieurs, tant la force, le tonus, la coordination que les réflexes s'avéraient normaux. On relevait toutefois une hypoesthésie de l'avant-bras et de la main gauche, sans territoire métamérique précis, d'origine non-organique probable. De même, il existait une hypoesthésie de l'entier du membre inférieur droit, probablement de même nature.

L'examen rhumatologique mettait en évidence des articulations périphériques parfaitement mobiles, sans limitations fonctionnelles, dénuées de signes inflammatoires ou de déformations arthrosiques. Le recensement des points de Smythe objectivait un score de 17/18, avec un jump test positif, permettant d'affirmer l'hypothèse d'un syndrome fibromyalgique.

Quant à l'examen de son dos, au niveau cervical, on relevait des trapèzes et des spinaux cervicaux parfaitement relâchés, avec une discrète diminution de la rotation cervicale droite, l'antéflexion et les latéoflexions s'avérant d'amplitude normale. Par contre, la friction étagée des articulaires postérieures s'avéraient hyperalgiques. Sur le plan radiologique, son rachis cervical révélait une cervicarthrose débutante.

Au niveau dorso-lombaire, on pouvait constater une absence de troubles statiques dans le plan frontal. De profil, il existait une posture du tronc en renversement lombaire, avec une flèche lombaire augmentée à 6,5 cm. Les latéoflexions s'avéraient réduites à 14 cm à gauche contre 13 cm à droite pour une valeur normale de 16 cm. Par contre, les rotations s'avéraient dans les limites de la norme et les latéoflexions également. De plus, on ne relevait pas de sciatalgie irritative ou déficitaire, mais il existait une hypoesthésie de l'entier du membre inférieur droit, d'origine non-organique probable, selon l'expert. Tant en position érigée qu'en procubitus, il n'existait pas de syndrome vertébral lombaire douloureux. Ledit rachis mettait en évidence, sur le plan radiologique, une très discrète spondylose antérieure, sans pincement discaux intersomatiques. De plus, les articulations sacro-iliaques, bien que douloureuses à gauche ne montraient pas de signes inflammatoires ou de déformations arthrosiques à leur niveau. On relevait encore chez cette assurée un syndrome de déconditionnement physique, cette dernière étant incapable de s'asseoir à angle droit sans l'aide de ses mains pour l'auscultation pulmonaire. Parallèlement, elle ne pouvait pas décoller ses deux talons du plan horizontal pendant plus de 10 secondes d'affilée.

Sur le plan psychologique maintenant, Madame Q. _____ est apparue à l'examineur comme une femme triste et abattue, larmoyant tout au long du présent examen. Elle déclarait se sentir vidée et inutile ne dormant pas sans somnifères et incapable de manger selon les jours. Elle s'avérait également porteuse d'idées suicidaires, et l'on relevait chez elle un ralentissement psychomoteur avec une importante amimie. De la sorte, l'expert, porteur de l'attestation de médecine psychosomatique et psychosociale (AMPP) était à même de confirmer chez cette assurée le diagnostic posé par le Dr P. _____, médecin psychiatre de Lausanne de trouble dépressif récurrent de degré sévère avec syndrome somatique.

Conclusions assécurologiques

Au vu des éléments qui précèdent, et en raison de l'important syndrome dépressif dont est affectée cette patiente, l'examinateur est d'avis que la fibromyalgie de Madame Q._____ s'avère invalidante et que cette dernière ne pourra pas reprendre probablement une activité professionnelle quelconque.

De la sorte, l'expert soussigné propose que l'OAI pour le Canton de Vaud prenne en charge le plus rapidement possible Madame Q._____, pour que cette dernière puisse être indemnisée par une rente entière, vu ses importants troubles psychiques.

Réponses aux questions de la F._____, Organisation de Santé sise à Lausanne

(...)

3) Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, le traitement et le pronostic de l'affection actuelle?

Cette assurée a été traitée dans les règles de l'art, tant par sa rhumatologue, la Dresse G._____ de Lausanne que par son psychiatre, le Dr P._____, également à Lausanne.

4) Quelle est la capacité de travail dans l'emploi actuel d'auxiliaire de santé au taux de 50%?

Il est probablement définitivement nul.

5) Dans l'alternative où l'incapacité de travail serait tout ou partiellement due aux conditions de travail, en cas de résiliation des rapports de travail, dans quel laps de temps peut-on considérer qu'une capacité de travail partielle ou totale peut à nouveau être reconnue sur le marché du travail ?

Probablement jamais.

6) Dans l'alternative où nous serions en présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, vous aurez l'obligance, comme l'exige la jurisprudence du Tribunal Fédéral des Assurances (TFA), de répondre aux questions suivantes :

a) L'assurée présente-t-elle une comorbidité psychiatrique manifeste ?

Oui, Madame Q._____ présente un trouble dépressif récurrent de degré sévère colligé au niveau de la CIM 10 sous l'item F33. Ce trouble dépressif est présent depuis l'année 2004.

b) L'assurée présente-t-elle une affection corporelle chronique ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et sans rémission durable ?

Absolument. Cette patiente souffre d'un syndrome fibromyalgique depuis déjà plusieurs années.

c) L'assurée présente-t-elle une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?

Oui. Cette assurée vit recluse à domicile sans contacts sociaux ni amis.

d) L'assurée présente-t-elle un état psychique cristallisé ?

Absolument. Elle n'a pas répondu aux antidépresseurs ni à la psychothérapie de soutien du Dr P._____.

e) L'assurée présente-t-elle des échecs à des traitements conformes aux règles de l'art?

Prière de vous référer au point 3 du présent questionnaire.

(...)"

d) Dans un rapport du 23 octobre 2007 adressé à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), existant depuis 2000, et de modifications durables de la personnalité (F62.1), existant depuis 2005. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 21 septembre 2006 aussi bien dans l'activité habituelle d'auxiliaire soins à domicile que dans toute activité, en raison d'une invalidation par pathologie psychique et somatique complexe. Ce rapport retient notamment ce qui suit :

"(...)

Portugaise du Nord, vient en Suisse avec son mari en 1982. Elève une fille née en 1986. Parents au pays, ainsi qu'une soeur. Bonne adaptation en Suisse. En 2000 opération vésicale pour ablation d'un nodule endométriosique. 2001 hystérectomie totale pour endométriose et traitement hormonal. 2004 banding gastrique pour obésité et syndrome métabolique. Obésité depuis l'adolescence. Après opération perd 34 kgs en 15 mois. Décès de sa mère par infarctus en janvier 2005.

Se plaint de manque de forces, d'anhédonie, d'épuisement par insomnies, d'idées noires, de ruminations, de sentiments d'inutilité, de dévalorisation, de troubles de la concentration, de l'appétit, de photophobie, de céphalées, de pleurs incoercibles, d'irritabilité, de repli sur elle-même.

Patiente obèse, soignée au facies triste, dolente, se sent inutile, à la charge de son mari; revient inlassablement sur sa santé déficiente, les traitements lourds, les nombreuses opérations, se sent accablée par le sort, se sent inutile, réduite à la souffrance et l'inaction, incapable de contrôler ses pleurs, ses sautes d'humeur. Profondément dévalorisée, évite les contacts sociaux, les sorties.

Cette jeune mère de famille, bien adaptée en dépit de son obésité depuis une hystérectomie totale pour endométriose. Dévalorisation, troubles de l'humeur, troubles hormonaux. Elle travaille irrégulièrement depuis fin 2004.

L'émancipation de sa fille, le décès de sa mère viennent compliquer une adaptation très compromise par le deuil difficile de sa féminité. Le pronostic est sombre.

La psychothérapie de soutien, le traitement anti-dépresseur et anxiolytique apportent peu de soulagement à une symptomatologie complexe."

e) Dans un rapport médical du 18 décembre 2007 adressé à l'OAI, accompagné de 40 annexes - dont le rapport médical du 18 octobre 2006 de la Dresse G. _____ cité plus haut (cf. lettre A.b supra) -, le Dr X. _____, spécialiste FMH en médecine interne, en hématologie et en oncologie médicale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status post cerclage gastrique en 2002 pour obésité, état dépressif, polyarthrite, discopathies C4-C6 et L4-L5. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et que l'exigibilité dans une autre activité devrait être décidée suite à un examen pluridisciplinaire.

f) L'assurée a été convoquée au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, qui a été effectué le 6 mars 2008 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et par le Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et physiothérapie. Du rapport établi le 20 mars 2008 par ces spécialistes, il ressort notamment ce qui suit :

"(...)

DIAGNOSTICS

- **avec répercussion sur la capacité de travail**
 - **AUCUN SUR LE PLAN SOMATIQUE.**
 - **AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.**

- **sans répercussion sur la capacité de travail**
 - **FIBROMYALGIE M79.0.**
 - **RACHIALGIES SUR TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS EN ADÉQUATION AVEC L'ÂGE DE L'ASSURÉE M54.56.**
 - **STATUS APRÈS CERCLAGE OESOPHAGIEN POUR OBÉSITÉ MORBIDE AVEC PERTE PONDÉRALE DE 38 KG.**
 - **DYSTHYMIE À DÉBUT TARDIF F34.1.**

APPRÉCIATION DU CAS

Assurée d'origine portugaise, âgée de 49 ans, exerçant l'activité d'auxiliaire familiale au CMS à un taux de 50% depuis 2000, en incapacité de travail depuis septembre 2006 dans un contexte de dépression récurrente associée à une symptomatologie algique diffuse (fibromyalgie).

L'examen clinique SMR réalisé ce jour ne met en évidence aucune atteinte d'ordre somatique significative pouvant être responsable d'incapacités de travail de longue durée chez cette assurée. L'examen rhumatologique n'a pas mis en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires, hormis celle mise en avant par une attitude oppositionnelle et plaintive de l'assurée. L'examen sur le plan neurologique est parfaitement dans les limites de la norme physiologique avec absence de mise en évidence de phénomène déficitaire quelconque. L'examen de médecine générale met en évidence 18/18 points selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie, associés à tous les signes de non organicité selon Waddel (5/5 en faveur d'un processus non organique).

Les documents radiologiques mis à disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs mineurs au niveau du rachis cervical et du rachis lombaire, en adéquation avec l'âge de l'assurée et les antécédents de surcharge pondérale massive présentée par l'assurée.

En conclusion, aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée n'a été mise en évidence sur le plan somatique à la suite de l'examen clinique réalisé ce jour au SMR. Cette assurée présente aux yeux des examinateurs une pleine capacité de travail

sur le plan somatique dans ses activités antérieures (auxiliaire ménagère au CMS).

L'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée avant sa première opération pour une endométriose. Au début 2001, Madame Q. _____ va commencer à présenter une symptomatologie dépressive réactionnel à sa situation somatique. Son médecin traitant va introduire un traitement antidépresseur et, malgré les différents arrêts dus à d'autres interventions chirurgicales, une aggravation de l'intensité de la symptomatologie n'est pas constatée (hospitalisation en milieu psychiatrique, tentative de suicide). En juillet 2003, l'assurée va bénéficier d'anneaux gastriques, afin de pouvoir perdre du poids. Durant l'année 2004, l'assurée a de la peine à supporter les restrictions dues aux anneaux et à la fin de l'année a lieu le décès de sa mère. Dans le contexte du deuil, l'assurée va présenter une symptomatologie dépressive, motif pour lequel elle est adressée chez le Dr P. _____ qui va proposer une psychothérapie.

En décembre 2006, dans le contexte de ruminations existentielles liées au décès de sa mère, l'assurée va préparer un cocktail pour faire un passage à l'acte suicidaire. Toutefois, elle dit qu'une «présence» l'a empêchée de passer à l'acte. Dans ce contexte, son médecin traitant lui propose d'aller au Portugal et de faire un travail de deuil au cimetière auprès de la tombe de sa mère. Cette prescription va se répéter en janvier 2007, cette fois l'assurée est allée cinq jours. Cette dépression chronique de l'humeur, réactionnelle à sa situation somatique et au décès de sa mère, accompagnée d'une mauvaise image de soi, d'un sentiment d'inutilité, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables et de ruminations rentrent dans le contexte d'une dysthymie. Toutefois, Madame Q. _____ est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Elle peut préparer des repas, lire et faire des promenades avec des amis. Etant [donné] que la dysthymie commence quand l'assurée a 40 ans, elle est à début tardif. D'après la CIM-10, la dysthymie est une sévérité insuffisante pour justifier même un trouble dépressif d'intensité légère ou moyenne, motif pour lequel une répercussion sur la capacité de travail de longue durée n'est pas retenue. L'anamnèse professionnelle permet de confirmer ceci, l'assurée a eu une activité à 50% comme auxiliaire de ménage dans un centre médico-social, entre 2000 et 2006. Elle travaillait à 50%, étant donné qu'un contrat de plus de 60% n'était pas possible.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique ou anxieuse. L'assurée présente un sentiment de détresse lié à ses douleurs, accompagnées de ruminations existentielles, d'une mauvaise image de soi, d'un sentiment d'inutilité et d'une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Des troubles cognitifs (attention, concentration et mémoire) ne sont pas constatés.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, dont la fibromyalgie est un équivalent, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée. En ce qui concerne le cercle familial, voire même social, une perte d'intégration sociale n'est pas observée. Ainsi, les critères de sévérité de la jurisprudence ne sont pas constatés.

En ce qui concerne l'expertise pluridisciplinaire du Dr R. _____ (spécialiste FMH de médecine interne et porteur d'une attestation de médecine psychosomatique et psychosociale, attestation qui ne fait pas partie des conditions FMH pour le titre de psychiatre et psychothérapeute) du 13.06.2007, qui retient qu'il est vrai que les différents épisodes réactionnels dépressifs décrits par l'assurée pourraient être retenus dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent. Toutefois, depuis sa première opération, Madame Q. _____ présente une humeur dépressive chronique, fluctuante, réactionnelle à sa situation somatique, motif pour lequel nous retenons le diagnostic de dysthymie. A la page 12, l'expert dit: «Parallèlement, cette patiente présentait encore un trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère, tel qu'il sera attesté par son psychiatre, le Dr P. _____, psychiatre et psychothérapeute à Lausanne, dans un certificat médical du 13.11.2006.»

Cependant, dans son certificat médical du 23.10.2007, le Dr P. _____ retient comme diagnostic un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive et une modification durable de la personnalité. En page 2, il décrit une symptomatologie réactionnelle à ses difficultés somatiques et au décès de sa mère. A nouveau, ceci confirme le diagnostic de dysthymie retenu par l'examineur. Toutefois, le trouble de l'adaptation n'est pas d'une sévérité suffisante pour retenir une répercussion sur la capacité de travail de longue durée. Les deux difficultés principales mises en avant par le Dr P. _____, c'est-à-dire le deuil de sa féminité et de sa mère, à l'origine de la symptomatologie dépressive chronique, peuvent bénéficier d'une psychothérapie et dans ce sens, elles ne rentrent pas dans le contexte d'une maladie mentale.

(...)

En l'absence de mise en évidence d'atteinte à la santé à caractère incapacitant sur le plan somatique ou psychiatrique, nous estimons que cette assurée présente une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'auxiliaire de ménage au CMS. Les incapacités de travail attestées par le médecin traitant ne sont pas justifiées sur le plan médical.

Concernant la capacité de travail exigible, en l'absence de mise en évidence d'atteinte à la santé à caractère incapacitant, cette assurée présente une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'auxiliaire de ménage.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectives mis en évidence par l'examen clinique de ce jour, le dossier médical fourni et les documents radiologiques mis à disposition. La symptomatologie algique chronique (fibromyalgie) n'a pas été retenue pour l'évaluation de la capacité

de travail résiduelle. Une telle atteinte à la santé (fibromyalgie) ne peut être considérée comme invalidante qu'en présence de pathologie d'ordre psychiatrique à caractère invalidant préexistant, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signe de gravité selon la jurisprudence.

Sur le plan psychiatrique, elle [la capacité de travail exigible] est de 100%.

(...)"

B. a) Le 29 mai 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant la demande de prestations, en exposant en substance que l'assurée travaille depuis septembre 2000 à mi-temps comme auxiliaire de ménage, qu'elle a été examinée le 6 mars 2008 par un rhumatologue et un psychiatre au SMR et que ces spécialistes concluent à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle d'auxiliaire de ménage, sans limitation fonctionnelle sur le plan somatique ou psychiatrique.

b) L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par lettre recommandée postée le 19 juin 2008, en reprochant à l'OAI de ne pas avoir demandé de rapport au Dr N. _____ - spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assurée depuis le départ à la retraite du Dr P. _____ - et de ne pas lui avoir proposé une évaluation dans un centre pour déterminer sa capacité de travail.

b) Par décision du 10 décembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 29 mai 2008. Dans une lettre d'accompagnement également datée du 10 décembre 2008, il a précisé qu'il ressortait de l'examen clinique du SMR que l'atteinte à la santé constatée n'avait pas de caractère invalidant au sens de l'AI; cet examen clinique, qui se basait sur des examens complets et dont les conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées, ayant pleine valeur probante, il y avait lieu de retenir les conclusions des médecins du SMR.

C. a) L'assurée recourt contre cette décision par acte du 2 février 2009. Elle fait valoir en substance que l'expert mandaté par la F. _____ pour réaliser une expertise pluridisciplinaire, le Dr R. _____, a retenu dans son rapport du 13 juin 2007 une fibromyalgie invalidante. Cette expertise a été déclarée incohérente et contenant des contradictions par le médecin du SMR, sans autre explication, si bien qu'une nouvelle expertise a été demandée au SMR. Toutefois, selon la recourante, l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMR du 6 mars 2008 a fait fi des douleurs exprimées clairement par la recourante, ainsi que des avis antérieurs; il a été extrêmement mal vécu par la recourante, les examinateurs lui ayant posé des questions très mécaniquement, sans véritablement entendre la personne qui s'exprimait. Affirmant être très entravée par ses diverses pathologies dans sa vie quotidienne, qu'elle décrit par le menu, la recourante fait valoir qu'elle remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'il puisse être reconnu à la fibromyalgie dont elle souffre un caractère invalidant. Elle conclut ainsi principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, et plus subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 14 mai 2009, l'OAI expose que dans son recours, l'assurée allègue en substance que son état de santé ne lui permet pas de reprendre une quelconque activité professionnelle et conclut au versement d'une rente entière. L'OAI rappelle la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux, et notamment les critères qui permettent d'admettre exceptionnellement le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail. Or en l'espèce, l'assurée souffre d'une dysthymie à début tardif; un tel diagnostic ne constitue pas une comorbidité psychiatrique importante par son acuité et son importance. Quant aux autres critères, ils ne sont à l'évidence pas remplis; l'anamnèse

psycho-sociale établit clairement qu'il n'y a pas de perturbation de l'équilibre psycho-social dans toutes les manifestations de la vie publique puisque la recourante voit parfois ses amis pour faire une balade. La fibromyalgie dont souffre la recourante ne saurait dès lors être considérée comme invalidante au sens de l'art. 4 LAI. L'OAI propose donc le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) La recourante n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée de répliquer et de présenter ses réquisitions.

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 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).

En l'espèce, le recours, interjeté le lundi 2 février 2009 contre la décision du 10 décembre 2008, que la recourante indique avoir reçue le 16 décembre 2008 au plus tôt, l'a été en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année et du report du délai échéant un samedi au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 2, et 4 let. c LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), l'a été en temps utile auprès du tribunal compétent au regard du domicile de l'assurée et est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} 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). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

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

b) Est litigieuse en l'espèce la question si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante qui lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité.

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

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'assureur social – 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 56 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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

médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité,

son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

4. a) En l'espèce, l'OAI a nié l'existence d'une atteinte à la santé invalidante en se fondant sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique établi le 20 mars 2008 par les médecins du SMR, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et le Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et physiothérapie (cf. lettre A.f supra). S'ils ont retenu le diagnostic de fibromyalgie (M79.0), les examinateurs ont retenu sur le plan psychiatrique uniquement le diagnostic de dysthymie à début tardif (F34.1). Ils ont ainsi considéré

qu'une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'était pas constatée. Relevant qu'en ce qui concernait le cercle familial, voire même social, une perte d'intégration sociale n'était pas observée, ils ont estimé que les critères de sévérité posés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, dont la fibromyalgie était un équivalent, n'étaient pas remplis.

b) Face aux examinateurs du SMR qui retiennent sur le plan psychiatrique le diagnostic de dysthymie à début tardif (F34.1) et nient pour ce motif l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée, considérant ainsi que la recourante conserve une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'auxiliaire de ménage, les autres avis médicaux figurant au dossier concordent pour admettre, parallèlement au diagnostic de fibromyalgie, une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

c) Ainsi, dans son rapport médical du 11 juin 2007 adressé à l'OAI, la Dresse G._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif avec probable attaque de panique, rachialgies chroniques et fibromyalgie, et a attesté d'une incapacité de travail de 100% (cf. lettre A.b supra).

Le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, retient dans son rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 juin 2007 (cf. lettre A.c supra) une incapacité de travail de 100%. Il atteste le diagnostic de syndrome fibromyalgique floride et retient un trouble dépressif récurrent de degré sévère colligé au niveau de la CIM-10 sous l'item F33 en précisant que ce trouble dépressif est présent depuis l'année 2004. L'expertise du Dr R._____ est complète, cohérente, conforme à la pratique habituelle et ne présente pas de points contestables. L'expert R._____ discute des critères de la jurisprudence s'agissant du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux auxquels est assimilée la fibromyalgie et est catégorique sur la capacité de travail qu'il considère comme nulle. Les critères essentiels de l'épisode

dépressif sévère sont mentionnés. L'expert indique qu'il est porteur de l'attestation de médecine psychosomatique et psychosociale (AMPP) et qu'il confirme à ce titre le diagnostic de trouble dépressif récurrent de degré sévère posé en novembre 2006 par le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport médical du 18 décembre 2007 adressé à l'OAI (cf. lettre A.e supra), le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne, en hématologie et en oncologie médicale, a notamment confirmé le diagnostic d'état dépressif et a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible.

d) Dans son rapport du 23 octobre 2007 adressé à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a quant à lui posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), existant depuis 2000, et de modifications durables de la personnalité (F62.1), existant depuis 2005; il a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 21 septembre 2006 aussi bien dans l'activité habituelle d'auxiliaire soins à domicile que dans toute activité, en raison d'une invalidation par pathologie psychique et somatique complexe (cf. lettre A.d supra).

A la lecture de ce rapport, il apparaît que celui-ci comporte une incohérence dans le codage diagnostic, dans la mesure où le Dr P._____ retient comme diagnostic un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive, reliant la description clinique de troubles thymiques au décès de la mère de la recourante, décès survenu fin 2004. Or, selon la CIM-10, le diagnostic de trouble de l'adaptation ne peut être porté au-delà de 6 mois, éventuellement 2 ans en le nommant "réaction dépressive prolongée" (cf. CIM-10, éditions Masson, 1993, pp. 133 à 135); au-delà de deux ans, il convient de coder le diagnostic pour celui qui correspond au tableau clinique, c'est-à-dire dans ce cas dans la catégorie des épisodes dépressifs F32. Cela étant, cette incohérence de codage n'ôte pas sa valeur à la description clinique, qui fournit un ensemble de

signes permettant de comprendre cet état dépressif comme un épisode dépressif au moins moyen voire sévère, si l'on confronte les éléments de l'examen du Dr P._____ aux critères de la CIM-10 (CIM-10, éd. Masson 1993, p. 108-109, F32.1-F32.2).

e) Force est ainsi de constater que le dossier comprend pas moins de quatre rapports médicaux dans le dossier pour reconnaître la présence d'un état dépressif grave, ayant valeur de maladie, l'avis du Dr P._____, psychiatre traitant (cf. consid. 4d supra), correspondant à trois autres avis médicaux extérieurs, à savoir celui de la Dresse G._____, celui du Dr R._____ et celui du Dr X._____ (cf. consid. 4c supra). Ces avis médicaux concordants mettent sérieusement en doute les conclusions divergentes des examinateurs du SMR, d'autant que le rapport d'examen clinique du 20 mars 2008 comporte plusieurs contradictions, incohérences et insuffisances.

Ainsi, il apparaît contradictoire de retenir un diagnostic de dysthymie F34.1 (CIM-10, éd. Masson 1993, p. 115) tout en relevant au status des éléments cliniques permettant de considérer l'épisode dépressif comme sévère. En effet, la dysthymie correspond à un état dépressif chronique mais léger. Or les examinateurs du SMR relèvent un ensemble de symptômes, à savoir la présence d'un sentiment de détresse, d'une tristesse, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une fatigabilité (ceci à la description de la vie quotidienne, la recourante retournant se coucher vers 13h15), de troubles du sommeil sous la forme d'une hypersomnie et d'un état de régression généralisée; le tableau clinique est dominé par la perte d'estime de soi et des idées de dévalorisation; il y a eu des idées de suicide manifestes; l'attitude pessimiste face à l'avenir est relevée ("il y aura toujours des douleurs"). Si l'on se réfère au codage de la CIM-10, ces critères correspondent bien à un épisode dépressif sévère (F32.2).

Le rapport d'examen clinique du 20 mars 2008 contient par ailleurs d'autres incohérences. Ainsi, en page 8 de ce rapport, le fait que le Dr P._____ souligne l'aspect réactionnel de la pathologie ne permet pas de confirmer le diagnostic de dysthymie, contrairement à ce qu'affirment

les examinateurs du SMR, dès lors la dysthymie n'est pas considérée comme un pathologie réactionnelle mais comme une pathologie chronique (assimilée à la névrose dépressive). De même, toujours en page 8 de ce rapport, le fait qu'une pathologie puisse bénéficier d'une psychothérapie ne permet pas d'affirmer qu'elle ne saurait pour ce motif rentrer dans le contexte d'une maladie mentale.

Enfin, alors que la principale question litigieuse concerne l'intensité de l'état dépressif que présente la recourante, le status psychiatrique du rapport d'examen clinique du 20 mars 2008 concernant les troubles thymiques comporte 7 lignes et ne correspond pas à un examen exhaustif du spectre des symptômes thymiques; un point très important, l'examen de la présence d'un ralentissement physique, manque; les éléments cliniques apparaissent ailleurs, çà et là, dans le rapport mais ne sont pas synthétisés par les examinateurs, qui ne discutent pas les raisons de l'évolution chronique de la dysthymie qu'ils diagnostiquent.

f) Au vu de l'ensemble des éléments exposés ci-dessus, l'OAI ne pouvait pas se fonder sur le rapport d'examen clinique du 20 mars 2008 pour nier l'existence d'une atteinte à la santé invalidante et retenir que la recourante conservait une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'auxiliaire de ménage. Les divergences entre les conclusions de ce rapport et les autres avis médicaux au dossier, de même que les contradictions, incohérences et insuffisances de ce rapport relevées ci-dessus (cf. consid. 4e supra), devaient conduire l'OAI à mettre en œuvre une expertise indépendante afin de disposer d'éléments fiables et complets sur l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ainsi que sur la réalisation des autres critères déterminants selon la jurisprudence (cf. consid. 3c supra).

g) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction

complémentaire; un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire; il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 consid. 4a; TFA I 236/01 du 5 octobre 2001, consid. 2a; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4) – apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires. Au surplus, la recourante ayant déclaré que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50 % (cf. lettre A.a supa), l'OAI devra calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assurée est affectée dans l'exercice d'une activité lucrative et dans l'accomplissement des autres travaux habituels (cf. ATF 125 V 146; 130 V 393 consid. 3.3).

5. a) En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et 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 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, la recourante obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci

ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 12 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Q._____, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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).

La greffière :