

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 octobre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Monod et Pittet, assesseurs
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

R. _____, à Prilly, recourante, représentée par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R._____, née en 1957, mariée et mère de trois enfants, originaire de Turquie, est arrivée en Suisse en 1982. Elle a travaillé respectivement en qualité de femme de ménage, à raison de deux heures par jour, pendant six mois en 1996; comme maman de jour, en 1997 et 1998; enfin, comme ouvrière de fabrication pour l'entreprise [...] SA, du 1^{er} octobre au 5 novembre 1999.

Le 27 novembre 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente. Dans un questionnaire complété le 10 janvier 2001, elle a indiqué que si sa santé le lui permettait, elle travaillerait comme couturière ou ouvrière (ou autre), à 100 %, et ce depuis 1984. Elle a ainsi été considérée comme active à 100 pour-cent.

b) Dans un rapport médical établi le 1^{er} février 2001, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine générale consulté par l'assurée depuis le mois d'octobre 2000, a posé les diagnostics suivants:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

Cervico-brachialgie évoluant par crises paroxystiques, existant depuis 23 ans
Protrusion discale C5-C7 en contact avec le sac dural et troubles dégénératifs cervicales
Lombalgies chroniques non spécifiques sur trouble de la statique lombaire
Etat dépressif associé à divers troubles somatoformes douloureux

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Obésité de classe II (BMI = 39)
Status après cure d'hernie ombilicale en 1995
Status après amygdalectomie existant depuis 1984
Status après appendicectomie en 1974
Status après accouchement par voie basse en 1992, 90 et 84
Lithiase vésiculaire découverte le 27.01.2000
Epigastralgie et reflux gastro-oesophagien chronique"

Selon ce médecin, les atteintes en cause occasionnaient chez l'intéressée une incapacité totale de travail depuis le 29 septembre 1999 et pour une durée indéterminée, son état de santé étant qualifié de stationnaire.

c) Le 24 août 2001, le Service de Rhumatologie, Médecine physique et Réhabilitation [...] a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office) notamment un rapport médical établi le 1^{er} novembre 2000 par le Dr K. _____ et la Dresse S. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante auprès de ce service, dont il résulte que l'assurée y avait séjourné du 9 au 27 octobre 2000, et avait été mise en arrêt de travail à 100 % du 9 octobre au 12 novembre 2000. Etaient retenus les diagnostics suivants:

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

- **Cervico-lombalgies chroniques non spécifiques.**
- **Trouble somatoforme douloureux débutant.**

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S) & COMORBIDITE(S) :

- **Obésité classe II (BMI = 39).**
- **Etat dépressif.**
- **Status après cure de hernie ombilicale en 1995.**
- **Status après amygdalectomie en 1984.**
- **Status après appendicectomie en 1974.**
- **Status après accouchement par voie basse en 1992, 1990**

et 1984."

d) Dans un nouveau rapport médical adressé à l'OAI le 28 janvier 2003, le Dr T. _____ a posé comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée le diagnostic de "*syndrome fibromyalgique mis en évidence en mars 2002, accompagnant des troubles orthopédiques cervicaux et lombaires préexistants*". Selon ce praticien, le pronostic était réservé, en raison de l'inefficacité de toutes les mesures entreprises tant au niveau pharmacologiques que de médecine physique; compte tenu de ces atteintes, l'assurée présentait une incapacité de travail prolongée, une diminution de rendement étant par ailleurs retenue dans la mesure où l'intéressée, qualifiée de "*complètement déconditionnée*", était incapable de travailler. Etaient

annexés à ce rapport du Dr T._____ notamment les pièces médicales suivantes:

- un rapport médical établi le 19 mars 2002 par le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel mentionnait en particulier que les signes de Waddell étaient "*de plus de 18*", ce qui permettait de poser le diagnostic de fibromyalgie;

- un rapport médical établi le 11 juin 2002 par le Dr L._____, spécialiste FMH en cardiologie, dans lequel étaient retenus les diagnostics de douleurs thoraciques d'allure extracardiaque, de tachycardie sinusale inappropriée, ainsi que d'obésité morbide;

- un rapport médical établi le 2 septembre 2002 par le Dr D._____ et par la Dresse P._____, respectivement médecin associé et médecin assistante du Service de rhumatologie, Médecine physique et Réhabilitation du [...], dont il résulte que l'assurée présentait des cervicalgies et des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs multi-étagés, dans un contexte d'obésité avec hyperlordose lombaire. Ces médecins relevaient qu'il existait certainement une composante fonctionnelle avec la présence de douze points de fibromyalgie, mais que les signes de Waddell étaient absents.

e) Dans un rapport médical adressé à l'office le 22 avril 2003, le Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée depuis le mois de janvier 2001, a retenu les diagnostics suivants:

"Diagnostic selon le DSM IV :

Axe I	épisode dépressif majeur de gravité légère trouble somatoforme indifférencié
Axe II	personnalité dépendante
Axe III	obésité morbide

Axe IV inadaptation socio-culturelle, problèmes linguistiques, émancipation de ses enfants, conflit conjugal latent"

Ce psychiatre ne se prononçait pas sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée (évoquant tout au plus une diminution de rendement de 30 % dans l'activité habituelle de "ménagère"), estimant qu'il était "*préférable que le cas soit définitivement évalué par un médecin extérieur, peut-être le SMR [Service médical régional AI], ou un expert psychiatre*".

L'OAI a dès lors décidé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique, réalisé le 3 novembre 2003 par la Dresse E. _____ du SMR (en présence de la Dresse G. _____, spécialiste en médecine interne). Il résulte du rapport y relatif, établi le 7 novembre 2003, en particulier ce qui suit:

"DIAGNOSTIC

- TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ F45.1.
- STRUCTURE DE PERSONNALITÉ DÉPENDANTE.

APPRECIATION DU CAS

Depuis plusieurs années, l'assurée souffre de cervicalgies chroniques augmentant lors des mouvements de la tête, et des lombalgies chroniques non spécifiques associées à des pseudo-sciatalgies. Dans le rapport médical du 5.12.2001, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en neurologie, pose le diagnostic de cervico-brachialgie gauche chronique. Selon lui, l'examen clinique montre un syndrome vertébral cervical mais aucun signe d'une atteinte radiculaire ou médullaire cervicale et, du point de vue neurologique il n'y a aucun traitement à proposer.

Le médecin-traitant, le Dr T. _____, dans le rapport du 28.01.2003, diagnostique un syndrome fibromyalgique mis en évidence en mars 2002 accompagnant les troubles orthopédiques cervicaux et lombaires préexistants et il atteste une incapacité de travail prolongée.

Sur le plan psychiatrique, le Dr M. _____, psychiatre à [...], dans le rapport du 22.04.2003, pose le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité légère, trouble somatoforme indifférencié, personnalité dépendante, obésité morbide, inadaptation socioculturelle, problème linguistique, émancipation de ses enfants, conflit conjugal latent, mais il ne se prononce pas sur la capacité de

travail. Par ailleurs, la prise en charge psychiatrique a été stoppée suite à une nette amélioration de l'état de l'assurée le 3.12.2001.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique ni de trouble de la personnalité morbide.

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité légère posé par le

Dr M. _____, sur la base de la prise en charge psychiatrique du 5.01.2001 au 3.12.2001, est en rémission complète.

Pendant l'examen clinique psychiatrique, nous avons objectivé une structure de personnalité dépendante, mais structure ne veut pas dire trouble de la personnalité. Par structure de personnalité on entend une organisation psycho-dynamique particulière faisant référence à la théorie psychanalytique. L'identification de ces structures de personnalité relèvent de tests psychologiques projectifs (Rorschach, TAT ["Thematic Apperception Test"]). Ces tests, qui laissent une grande part à la subjectivité de l'examineur et que certains considèrent aujourd'hui comme obsolètes, ont été essentiellement configurés pour poser l'indication à une éventuelle psychothérapie psychanalytique. Ils ne sont pas un outil diagnostique et encore moins un instrument de mesure valide de la capacité de travail. Il est certainement abusif de faire de ces tests projectifs, un argument déterminant pour une incapacité de travail sans le corollaire d'un diagnostic psychiatrique posé selon les critères rigoureux et objectifs des ouvrages de référence.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, en rapport avec une inadaptation socioculturelle, problème linguistique et conflit conjugal. Le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, repose sur des plaintes somatiques multiples et persistantes qui ne répond[ent] pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation. Dans le cadre de notre assuré[e], les plaintes ne présentent pas le caractère insistant et dramatique d'une somatisation, et nous n'avons pas noté d'altérations des relations interpersonnelles.

Du point de vue psychiatrique, l'examen n'a pas montré de maladie psychiatrique chronique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques et dès lors il n'a pas [été] retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100 %. L'examen psychiatrique clinique comporte tous les éléments d'un examen clinique psychiatrique habituel et il n'a pas permis de mettre en évidence une relation de causalité entre les constatations cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin-traitant, à notre avis pour des raisons somatiques."

f) L'OAI a mandaté le Dr D._____ pour une expertise rhumatologique. Dans son rapport du 28 janvier 2004, cet expert a notamment retenu ce qui suit:

"DIAGNOSTICS :

- Cervico-lombalgies chroniques non spécifiques
- Syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique
- Obésité morbide
- Status après multiples interventions chirurgicales

INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

Les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires objectives sont minimales.

Mme R._____ présente des plaintes ostéo-articulaires diffuses, pouvant répondre à la définition d'un syndrome fibromyalgique puisque l'on note la présence de douleurs des 4 quadrants depuis plus de 6 mois et associées à des points spécifiques décrits comme douloureux. La symptomatologie se focalise néanmoins sur le rachis et avant tout le rachis cervical chez une patiente qui se présente avec une collerette mousse et a, à l'examen clinique, une mobilité grossièrement altérée mais sans aucune corrélation avec une quelconque atteinte radiologique. De plus, la mobilité est à la limite de la norme par période, lorsque la patiente est moins attentive. De même, l'examen manuel de la nuque, même si la patiente le décrit comme douloureux, ne démontre aucune contracture particulière ou autre élément vraiment pathologique.

On observe donc une discordance importante entre d'une part un examen clinique et des examens paracliniques radiologiques banaux, présentant tout au plus des troubles dégénératifs tout à fait modérés et pouvant être considérés comme à la limite de la norme pour l'âge, et des plaintes subjectives intenses, violentes et imposant une limitation fonctionnelle majeure même dans les tâches ménagères quotidiennes d'autre part. Néanmoins, d'un point de vue objectif, je n'ai noté aucun signe clinique ou paraclinique pour une limitation fonctionnelle ostéo-articulaire objective. Je n'ai pas trouvé de limitation fonctionnelle évidente qui contre-indique l'ancienne activité professionnelle. Tout au plus, on peut envisager certaines difficultés en raison des plaintes cervicales de la patiente et la description de la position de travail qui peut, potentiellement favoriser des contractures paracervicales. Il n'y avait pas de contracture lors de mon examen, mais Mme R._____ n'exerce plus cette activité depuis longtemps. Il existe donc peut-être une contre-indication relative à cette activité, mais certainement pas une incapacité flagrante. De même, je pense que de nombreuses activités seraient adaptées aux limitations fonctionnelles puisqu'il n'y a pas d'atteinte ostéo-articulaire objective flagrante. Idéalement, il serait néanmoins souhaitable d'éviter les positions en flexion antérieure du tronc et en particulier de la tête qui pourraient favoriser une contracture paracervicale et l'aggravation des cervicalgies. On évitera aussi les activités nécessitant une élévation/abduction trop fréquente des bras chez une patiente se plaignant d'une symptomatologie de type

périarthrite scapulo-humérale avec, à l'examen clinique, une manoeuvre Neer décrite comme douloureuse et signant probablement une tendance au conflit sous-acromial.

En conclusion, je n'ai pas de limitation fonctionnelle ostéo-articulaire objective. Mme R._____ présente un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie et des cervico-brachialgies et des lombalgies chroniques non spécifiques à l'examen clinique alors que l'examen radiologique est à la limite de la norme compte tenu de l'âge. Les altérations grossières de la mobilité cervicale sont fluctuantes et ne correspondent à aucun trouble objectivable."

g) Dans un rapport d'examen du 29 avril 2004, le Dr X._____ du SMR, se fondant en particulier sur le rapport d'examen clinique psychiatrique du 7 novembre 2003 (cf. let. A.e *supra*) et sur le rapport d'expertise rhumatologique du 28 janvier 2004 (cf. let. A.f *supra*), a conclu que l'assurée ne présentait aucune maladie invalidante, ni sur le plan psychiatrique ni sur le plan somatique.

B. a) Par décision du 5 mai 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par R._____, au motif qu'il résultait des renseignements médicaux au dossier, notamment de l'expertise rhumatologique et de l'examen clinique psychiatrique, que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

b) Par l'intermédiaire de sa protection juridique, l'assurée a formé opposition contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rentière entière d'invalidité, subsidiairement à un complément d'instruction sur le plan médical. A l'appui de son opposition, elle a produit un certificat médical établi le 3 août 2004 par le Dr T._____, dont la teneur est la suivante:

"Le médecin soussigné certifie après avoir été délié du secret médical que Madame R._____ est très atteinte dans sa santé physique et psychique. En effet elle souffre depuis 25 ans de cervicobrachialgies bilatérales non-spécifiques initialement à caractère paroxystique suivi d'une installation chronique progressive actuelle. Par ailleurs lombalgies chroniques non-spécifiques évoluant depuis 1984 suite à son premier accouchement. Ces troubles orthopédiques s'inscrivent dans le contexte des lésions dégénératives modérées tant au niveau cervical que lombaire associées aux troubles de la statique lombaire. Troubles

d'adaptation avec réaction dépressive chronique et syndrome douloureux somatoforme généralisé versus fibromyalgie. A noter que les différentes thérapies psychopharmacologiques, antalgiques, de médecine physique et fonctionnelle n'ont pas depuis des années permis d'améliorer l'état de Madame R._____. Y compris les techniques d'infiltration de la médecine de la douleur. Toute cette problématique était associée à une obésité morbide importante. Nous avons fondé notre espoir sur l'intervention du by-pass gastrique qui malgré une perte pondérale satisfaisante, n'a malheureusement pas provoqué l'effet favorable escompté sur les différents problèmes orthopédiques de Madame R._____. Ses souffrances persistent. C'est la raison pour laquelle je tiens à préciser qu'il n'existe aucune simulation de la part de Madame R._____ qui a toujours collaboré sur le plan médical, à tous les niveaux avec une compliance remarquable face à tous les traitements et investigations proposés, même les plus invasifs. Certes, il existe des signes de non-organicité représentés par la présence des signes de Wadel positif. Il n'en demeure pas moins que Madame R._____ présente bien des troubles fonctionnels la rendant incapable d'effectuer ses tâches ménagères (aide de l'entourage). Par ailleurs besoins de moyen auxiliaire, par exemple usage d'une minerve pour pouvoir accomplir quelques actes de la vie quotidienne. Tout ça contrairement à ce qui a été déclaré dans l'expertise du 28 janvier 2004.

En outre, Madame R._____ n'a pas été confrontée à une évaluation de son aptitude au travail, telle dans un atelier professionnel seul capable de nous déterminer sur la capacité résiduelle professionnelle de Madame R._____ dans une autre activité, conformément aux restrictions."

c) Par décision sur opposition du 11 mars 2005, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 5 mai 2004, en exposant notamment ce qui suit:

"En l'occurrence, votre état de santé a fait l'objet d'une instruction médicale exhaustive, sous la forme notamment d'un examen psychiatrique effectué par notre Service médical régional (SMR) le 3 novembre 2003 et d'une expertise rhumatologique établie par le Dr D._____ le 28 janvier 2004. Nous sommes de plus en possession de nombreux rapports médicaux des spécialistes que vous avez consultés.

(...)

L'expertise du Dr D._____ fait principalement état de cervico-lombalgies chroniques non spécifiques et d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique. Il observe une discordance importante entre d'une part un examen clinique et des examens paracliniques radiologiques banaux et d'autre part des plaintes subjectives intenses et violentes. Il considère que les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires objectives sont minimales et qu'elles ne contre-indiquent pas votre ancienne activité professionnelle.

(...)

De notre point de vue, le rapport d'expertise du Dr D. _____ remplit les critères posés par la jurisprudence. Nous n'avons dès lors aucune raison de nous écarter de ses conclusions.

Il sied de plus de relever que le Dr D. _____ ne fait pas allusion à une simulation de votre part. Il relève en effet que vous souffrez de cervico-lombalgies qui ne peuvent pas être objectivées médicalement, et qu'on peut donc considérer que vous présentez un trouble douloureux chronique de type fibromyalgique. Les douleurs que vous ressentez n'ont donc à aucun moment été mises en doute.

Les rapports médicaux figurant au dossier et auxquels vous vous référiez dans votre opposition font d'ailleurs état des mêmes constatations. Ainsi, les rapports du [...] retiennent principalement des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques et un trouble somatoforme douloureux. Il est indiqué que les troubles dégénératifs au niveau de la colonne cervicale et les troubles statiques au niveau de la colonne lombaire mis en évidence n'expliquent pas à eux seuls les douleurs alléguées. Les autres spécialistes consultés (cardiologue, neurologue) n'ont par ailleurs pas trouvé d'autres atteintes significatives. Le certificat médical du Dr T. _____ du 3 août 2004 n'apporte finalement aucun élément nouveau.

Au vu de ce qui précède, nous considérons que vous ne présentez aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique.

S'agissant des troubles somatoformes douloureux (auxquels la fibromyalgie est assimilée), ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (...).

Suivant la jurisprudence du TFA [Tribunal fédéral des assurances], nous avons fait procéder à un examen psychiatrique, réalisé en l'espèce par le SMR. Or, cet examen n'a pas mis en évidence de maladie psychiatrique chronique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Il a de plus été constaté que le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité légère posé par le Dr M. _____ est en rémission complète. Le SMR n'a par conséquent pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Finalement, il y a lieu de relever que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (...). L'inadaptation socioculturelle, les difficultés linguistiques et le manque de formation évoqués dans certains rapports médicaux au dossier, en particulier ceux du Dr T. _____, ne peuvent dès lors pas être pris en considération dans l'évaluation de votre capacité de travail.

Par conséquent, nous considérons que, malgré le trouble somatoforme douloureux dont vous souffrez, il est raisonnablement exigible que vous repreniez une activité professionnelle à plein temps."

d) R._____ a formé recours contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (actuellement: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) par acte du 27 avril 2005, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière; elle concluait préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans le cadre d'un second échange d'écritures, l'intéressée a produit un courrier du 25 juillet 2005 de la Dresse J._____, attestant de sa prise en charge par le Centre de consultations psychothérapeutiques depuis le 6 novembre 2003, pour un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F23.2) qui la rendait incapable de travailler. Sur invitation du juge instructeur, l'OAI a chargé le SMR d'effectuer un nouvel examen psychiatrique de l'assurée. Cet examen a été effectué le 13 février 2006 par la Dresse E._____, laquelle a posé, dans son rapport du même jour, pour seul diagnostic psychiatrique celui de trouble somatoforme indifférencié d'intensité légère (F45.1), et retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, respectivement présentait, sur ce plan, une capacité de travail pleine et entière dans toute activité.

Dans le cadre de cette procédure, l'assurée a encore produit un certificat médical établi le 2 mai 2006 par la Dresse J._____, attestant un "*état psychique (...) stabilisé mais sans aucun changement notable*", ceci avec un soutien psychothérapeutique accompagné d'un traitement médicamenteux (antidépresseur).

Par jugement du 2 novembre 2006 (AI 85/05 - 191/2006), le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision sur opposition du 11 mars 2005.

e) Saisi d'un recours formé par l'intéressée contre ce jugement, le Tribunal fédéral l'a admis par arrêt du 26 septembre 2007 (I 47/07), renvoyant le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a considéré qu'il n'était pas possible de conclure à

l'absence d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique sur la seule base des rapports médicaux établis par la Dresse E. _____ - étant précisé que l'avis de la Dresse J. _____ avait été écarté par les juges cantonaux pour des motifs qui ne relevaient pas d'une constatation manifestement inexacte des faits -, en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin du SMR ne pouvait prétendre; la cause devait ainsi être renvoyée à l'office pour qu'il en complète l'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique, le cas échéant pluridisciplinaire, puis se prononce à nouveau (consid. 4.2).

f) Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, confiée au Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 15 avril 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F33.1), atteintes réputées sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Il en résulte notamment ce qui suit:

"Résumé du cas

L'assurée est une ressortissante turque de 51 ans, mariée, mère de trois grands enfants dont les cadettes vivent encore au domicile parental. On sait un conflit conjugal, le couple ayant récemment menacé de se séparer.

Les antécédents sont un milieu plutôt aisé, une enfance, une adolescence et une émigration en Suisse, qui semblent s'être passées sans problème majeur. Par la suite, l'assurée a travaillé de façon stable pendant un peu plus de dix ans avant de présenter les problèmes de santé actuels.

En ce moment, le tableau est essentiellement celui de plaintes somatiques qui ne sont pas expliquées par des bases organiques objectives. Il y a un état dépressif d'accompagnement qui n'a rien de préoccupant. Il y a enfin la présentation d'une personne théâtrale qui sait comment communiquer avec les médecins et connaît manifestement bien le milieu des soins. L'assurée conclut d'ailleurs l'entretien en disant au soussigné qu'il doit maintenant bien voir qu'elle est malade.

L'assurée est suivie par son médecin traitant et un médecin psychiatre. Elle consulte par ailleurs régulièrement [...] où elle dit elle-même être très connue de beaucoup de médecins. Elle a subi de nombreuses interventions chirurgicales.

Appréciation diagnostique

Un tel tableau doit bien évidemment faire évoquer des troubles factices, c'est-à-dire le trouble du comportement consistant à produire des symptômes en vue de jouer le rôle de malade. L'assurée est pourtant stable dans les soins et dans la relation avec ses médecins, ce qui parle contre cette affection. Il y a une souffrance manifeste. La présentation n'est pas non plus atypique. Bref, il paraît dès lors raisonnable d'écarter cette hypothèse.

Sur le plan diagnostique, il y a beaucoup d'arguments pour un trouble du chapitre des troubles somatoformes. Actuellement, la présentation est surtout celle de douleurs sans base organique probante. A part la perte d'énergie et une diminution de l'appétit recensées dans les symptômes dépressifs, on ne retrouve pas d'autres symptômes fonctionnels manifestes, hormis ce qui relève des plaintes douloureuses. Ils ne sont pas non plus mentionnés ailleurs dans le dossier. Il paraît dès lors justifié de retenir le *syndrome douloureux somatoforme persistant* plutôt que le trouble somatoforme indifférencié. Choisir l'une ou l'autre de ces entités n'a d'ailleurs pas grande importance tant pour les conséquences thérapeutiques et pronostiques que pour l'appréciation asséculo-logique. Le tableau clinique reste dans le chapitre des troubles somatoformes et au sein de deux entités cliniques très voisines.

On a par ailleurs les critères d'un épisode dépressif. Il y a la perte d'intérêt et la tristesse la plupart du temps, tous les jours et depuis plusieurs semaines, même si ces symptômes cardinaux de la dépression ne sont pas très prononcés. Il y a l'insomnie matinale. Il y a la perte d'énergie. Il y a une perte d'appétit. On a donc au moins cinq symptômes qui sont le minimum requis pour le diagnostic.

Nous avons vu que le trouble a été en rémission dans le passé. Il y a donc des intervalles libres et des rechutes. On peut par conséquent retenir la récurrence. Il n'y a aucune notion de phases maniaques ou hypomaniaques (élévation de l'humeur). Un trouble bipolaire doit être par conséquent exclu. L'état actuel donne cliniquement l'impression d'être léger, voire moyen. L'échelle de dépression de Hamilton (17 items) du 07.04.2008 cote à 17 ce qui met l'assurée à la limite inférieure de l'état actuel moyen (17 à 26). Par voie de conséquence, on doit maintenant retenir un *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen)*.

La recherche d'autres pathologies psychiatriques est restée vaine. Il y a des éléments de dépendance au vu d'une certaine passivité et d'une délégation de la plupart des responsabilités de vie aux autres. Il y a des éléments histrioniques marqués, chez une personne qui a quelque part constamment besoin d'être le centre de l'intérêt. Ces éléments peuvent expliquer sa quête d'attention et de soins médicaux que les seules préoccupations hypocondriaques n'expliquent probablement pas de façon exhaustive.

Cette personne paraît pourtant avoir bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent. Elle a pu rester stable sur le plan familial et professionnel pendant des années. Pour le soussigné, il n'est par

conséquent pas légitime de retenir un trouble de personnalité *stricto sensu*. Une telle pathologie doit, par définition, se manifester dès les débuts de l'âge adulte, si on se réfère à ce qu'exigent les ouvrages diagnostiques de référence et en particulier si on voulait lui conférer des qualités de gravité qui seraient incapacitantes.

En conclusion, on doit maintenant retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant avec la comorbidité d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen tout en sachant que l'assurée est très proche de l'état actuel léger).

Appréciation asséculoologique

Le syndrome douloureux somatoforme persistant procède, comme la fibromyalgie, d'une *classification syndromatologique*. L'idée qui sous-tend ce type de classifications consiste à catégoriser des ensembles de signes et symptômes qui sont délimités par une association cohérente, vérifiable et reproductible, quelle qu'en soit la cause. Il s'agit donc d'une démarche purement descriptive.

Cette démarche s'éloigne des classifications nosologiques du modèle biomédical *stricto sensu* où la maladie correspond à une cause, à des lésions démontrables, à une évolution et à une réponse thérapeutique qui demeurent toujours corrélées à l'état des lésions.

Ce préambule est fondamental, car il souligne le fait que certains syndromes (trouble somatoforme, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique) n'ont pas forcément valeur de maladie au sens biomédical du terme. Ils ont en fait un seul objectif de classification pour favoriser la communication entre soignants et la recherche scientifique dans le domaine qu'ils désignent. De façon délibérée ou non, la confusion entre syndrome et maladie se pratique fréquemment, surtout dans les situations de possible compensation.

Au vu de qui précède, le soussigné considère comme tout à fait justifié qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne légitime pas une incapacité de travail en soi. Il paraît raisonnable d'exiger que le tableau clinique procède d'un contexte psychosocial délétère et d'une comorbidité psychiatrique manifestement sévère pour envisager la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée.

Dans un tel contexte, il convient d'examiner un certain nombre de critères. La comorbidité psychiatrique est aujourd'hui celle d'un seul trouble dépressif majeur. Il se situe à la limite inférieure de l'état actuel moyen. Il ne peut dès lors pas être considéré comme une comorbidité psychiatrique grave. Le trouble varie d'ailleurs d'intensité. Il est passé par des périodes de rémission. La chose a laissé des traces au dossier.

Pour ma part, je ne suis pas convaincu que le trouble dépressif ait pu être sévère, comme cela est décrit dans un courrier du médecin psychiatre traitant. Les menaces de suicide collectif mentionnées ici ont une dimension relationnelle qui relève plus, de l'avis du soussigné, des traits histrioniques que de la dépression grave et inquiétante. Si les idées de mort avaient été de ce dernier registre, on peut raisonnablement penser que les médecins traitants et les

proches auraient voulu une hospitalisation en milieu psychiatrique, même sous un mode non volontaire. Cela n'a pas été le cas.

Par ailleurs, on ne peut pas parler ici d'affection corporelle chronique et en tout cas pas d'affection corporelle chronique ayant valeur invalidante. L'hypertension artérielle est asymptomatique. Les douleurs de l'appareil locomoteur et abdominales sont intégrées dans le concept du trouble somatoforme. Les cervico-lombalgies chroniques sont qualifiées de non spécifiques, ce qui les associe également au syndrome douloureux somatoforme persistant. Enfin, les conséquences de la chirurgie bariatrique sont ici positives. La patiente a perdu du poids. Elle n'a pas présenté, selon dossier, des complications incapacitantes de cette intervention. Les douleurs abdominales décrites n'ont jamais été inquiétantes et n'ont jamais déclenché des investigations et des traitements conséquents.

Pour ce qui relève du champ médical et de la dépression en particulier, on ne peut pas parler non plus de résistance au traitement selon les règles de l'art. L'assurée a répondu au traitement du Dr M. _____, d'après les informations contenues dans son rapport médical. Les médications psychotropes lui sont utiles. Puisqu'elle le continue, on peut aussi supposer qu'elle tire un bénéfice du suivi psychothérapeutique actuel. Elle ne donne pas non plus l'impression de quelqu'un d'irréremédiablement figé dans la maladie.

Pour le reste, il est vrai que l'expertisée s'est installée dans un comportement d'invalidé. C'est ce motif qui fait, de l'avis du soussigné, mentionner à tort ici un trouble de personnalité. On peut admettre une certaine "cristallisation de son état". La chose s'inscrit dans sa dynamique personnelle et dans le fonctionnement du système familial qui réagit de façon complémentaire aux sollicitations conscientes ou inconscientes de l'assuré.

Pour le solde, on ne peut pas parler ici d'une perte de l'intégration sociale. Il est vrai que l'expertisée a vu son réseau se restreindre avec son retrait du monde du travail. Elle garde pourtant les contacts avec sa famille nucléaire. Elle garde des liens avec sa famille d'origine. Elle a deux amies intimes. Elle a un réseau de soins conséquent. Bref, il est exclu d'admettre ici une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie.

Au vu de ce qui précède, il ne peut donc être retenu une quelconque incapacité de travail dans ce cas. Cette appréciation se dégage de l'impression clinique globale du soussigné. Elle est également la conséquence des diagnostics retenus. Elle est enfin manifeste, si sont appliqués les critères jurisprudentiels en termes de trouble somatoforme et d'incapacité de travail.

Par ailleurs, il faut souligner que l'assurée est manifestement une personne souffrante. Elle semble s'être campée dans une croyance d'avoir droit à une compensation. Si votre office décidait d'aller vers un refus de prestation, elle le vivrait certainement comme une injustice et il n'est pas exclu qu'elle aille vers d'autres procédures pour défendre ce qu'elle pense être ses droits.

Conclusions

En conclusion, l'assurée est une ressortissante turque émigrée de la première génération qui semble n'avoir pas présenté de problèmes majeurs jusqu'à la fin des années 90. On a évoqué les facteurs déclenchant de troubles psychiques qu'ont pu être la maladie de son mari puis l'émancipation de la fille aînée.

L'assurée s'est progressivement installée dans un comportement de plaintes somatiques multiples et de plaintes douloureuses, en particulier. Celles-ci n'ont pas trouvé leur base organique suffisant à expliquer tant leur durée que leur intensité.

Cette situation a fait retenir un trouble somatoforme (trouble somatoforme indifférencié, syndrome douloureux somatoforme persistant) ou la fibromyalgie qui, le plus souvent, est une entité nosologique tout à fait similaire.

Actuellement, il n'y a ni la comorbidité psychiatrique ni les critères cumulés permettant de retenir un trouble d'une telle gravité que la reprise de travail ne soit pas exigible. On ne peut donc retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Il est par contre vrai que l'assurée pourrait ne jamais reprendre d'activité professionnelle. La situation s'est maintenant chronifiée. Elle s'inscrit dans une dynamique familiale qui tend vraisemblablement à la maintenir. Elle peut relever de facteurs socioculturels liés à l'émigration chez cette patiente qui ne parle pas correctement français, après une vingtaine d'années passées en Suisse romande. Ces facteurs sociaux ont valeur d'explication. Ils sortent pourtant du champ médical *stricto sensu*.

En l'état, les mesures thérapeutiques paraissent adéquates tant en qualité qu'en quantité. Sur le plan professionnel, il n'y a rien à proposer."

g) Entre-temps, le 20 mars 2008, l'assurée a produit un courrier du Dr T. _____ du 29 janvier 2008, lequel relevait que son état de santé s'était "*considérablement dégradé*" depuis le 28 janvier 2003, date du dernier rapport transmis à l'OAI par ce médecin, et plus encore depuis le 28 janvier 2004, date du rapport d'expertise rhumatologique établi par le Dr D. _____. En particulier, la découverte d'une tumeur (schwannome de la queue de cheval) avait donné lieu à une intervention neurochirurgicale réalisée le 20 septembre 2007, sous la forme d'une hémilaminectomie L5-S1 droite pour exégèse macroscopiquement complète du schwannome, en position L4; l'évolution post-opératoire s'était rapidement caractérisée par des fortes douleurs lombaires persistantes, une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 30 novembre 2007 mettant finalement en

évidence une importante méningocèle, rendant une reprise chirurgicale récemment nécessaire. Etaient annexées différentes pièces médicales en lien avec les affections décrites.

C. **a)** Le 28 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente, au motif qu'il résultait de l'instruction du dossier qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Le 16 décembre 2008, l'assurée a produit un rapport médical établi le 8 décembre 2008 par le Dr T._____, lequel insistait sur le fait que sa situation n'avait cessé de se péjorer graduellement depuis de nombreuses années, plus particulièrement en mai 2007 avec une forte recrudescence des lombalgies - ayant conduit à la prise en charge chirurgicale du 20 septembre 2007; ce médecin relevait en outre les preuves irréfutables, aujourd'hui, d'une atteinte anatomique, largement démontrée par l'examen par IRM.

b) Suite à la proposition dans ce sens du Dr Q._____, médecin-chef adjoint du SMR, dans un avis du 9 janvier 2009, un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 28 janvier 2009 par le Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie du SMR. Dans son rapport du même jour, ce médecin a retenu en particulier ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- LOMBALGIES CHRONIQUES (M 51.39) :
 - o DISCOPATHIE L5-S1
 - o STATUS APRÈS EXÉRÈSE D'UN SCHWANNOME À LA HAUTEUR DE L4 LE 20.09.2007 COMPLIQUÉ PAR UNE PSEUDO-MÉNINGOCÈLE NÉCESSITANT UNE REPRISE CHIRURGICALE LE 10.12.2007
- CERVICALGIES CHRONIQUES (M 50.3) :
 - o DISCOPATHIE C5-C6
- SYNDROME ROTULIEN BILATÉRAL PRÉDOMINANT TRÈS NETTEMENT À D [droite] (M 22.4)

- sans répercussion sur la capacité de travail

- HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE
- DISCRET STATUS VARIQUEUX DES MI [membres inférieurs]
- STATUS APRÈS BY-PASS GASTRIQUE POUR OBÉSITÉ MORBIDE EN 2003
- SYNDROME DOULOUREUX OSTÉOARTICULAIRE DIFFUS ÉVOQUANT UNE FIBROMYALGIE.

APPRÉCIATION DU CAS

Mme R. _____ présente une anamnèse très fournie en termes de douleurs notamment musculo-squelettiques et abdominales.

En ce qui concerne la problématique musculo-squelettique, elle annonce des cervicalgies puis des lombalgies pratiquement depuis l'adolescence, avec une nette aggravation des douleurs lombaires, surtout depuis le début des années 2000. En 2007, mise en évidence fortuite d'un schwannome à la hauteur de L4, qui sera réséqué chirurgicalement le 20.09.2007, l'opération se compliquant d'une fuite de LCR [liquide céphalorachidien] conduisant à la formation d'une pseudo-méningocèle qui devra être fermée chirurgicalement en décembre 2007. Depuis lors, l'assurée annonce une situation néfaste, avec des douleurs lombaires insupportables, incompatibles à ses yeux avec quelque activité que ce soit, même ménagères légères. De plus, depuis l'intervention de décembre 2007 en particulier, l'assurée annonce une extension de ses douleurs à l'ensemble du rachis, remontant jusque vers la région inter-scapulaire et la région cervicale, l'obligeant, affirme-t-elle, à passer le plus clair de sa journée étendue sur son canapé. En plus, elle signale des douleurs importantes des genoux, prédominant à D, avec des épisodes répétés de dérochement de ce genou, au point qu'elle renonce à sortir seule tant en raison de la crainte d'une chute en relation avec un lâchage du genou D qu'en raison de ses douleurs lombaires. De plus, elle signale des douleurs musculo-squelettiques périphériques ubiquitaires permanentes.

En plus des douleurs musculo-squelettiques, l'assurée annonce des douleurs abdominales permanentes, avec des paroxysmes itératifs la contraignant, affirme-t-elle, à consulter très régulièrement les urgences [...] à ce propos.

Cliniquement, on est en présence d'une assurée en état général moyen, déconditionnée au plan physique, volubile, présentant ses plaintes avec beaucoup de détails, soulignant l'importance de ses douleurs par des gémissements et des changements perpétuels de position.

L'examen général est sans grande particularité, si l'on excepte un net relâchement de la sangle abdominale.

L'examen neurologique est sans grande particularité, hormis une discrète bande d'hypoesthésie dans le territoire correspondant à L5 à D. En revanche, il n'y a pas d'altération des réflexes, pas de déficit moteur ni de signe irritatif puisque l'épreuve de Lasègue peut être conduite sans aucun problème jusqu'à 90° ddc [des deux côtés].

Au plan rachidien, l'examen met en évidence des troubles de la statique vertébrale et une certaine limitation de mobilité au niveau lombaire et dans une moindre mesure au niveau cervical. Au niveau lombaire, on ne peut manquer d'être frappé par le fait que la DDS [distance doigt-sol] péniblement atteinte est de 50 cm, alors que la distance doigt-orteil mesurée au bord du lit d'examen est aisément de 20 cm, et que l'épreuve de Lasègue est négative. Il y a donc une auto-limitation de la mobilité du rachis lombaire, notamment l'antéflexion, par appréhension de la douleur vraisemblablement. Prise isolément, cette incohérence entre la DDS et la distance doigt-orteil ne peut pas être considérée comme un signe de non organicité significatif.

Quant à l'examen ostéoarticulaire périphérique, il est normal hormis en ce qui concerne les genoux, notamment le genou D; on y observe une très significative hypomyotrophie du vaste interne, une bascule vers l'extérieur de la rotule ainsi qu'un signe du rabot très nettement positif.

Les documents radiologiques pertinents à disposition ont été commentés ci-dessus. Il existe à l'évidence une atteinte lombaire significative sous forme d'une discopathie L5-S1 avec une réaction oedémateuse de type MODIC II, dans la région du plateau inférieur de L5 et du plateau supérieur de S1, ce qui indique une fragilité biomécanique du carrefour lombo-sacré. Au plan cervical, il existe une discopathie C5-C6 banale, non neuro-compressive. Au niveau des genoux, surtout à D, l'imagerie radiologique confirme le syndrome rotulien. Il y a donc une cohérence correcte entre les plaintes lombaires et cervicales ainsi que les plaintes au niveau du genou D. En revanche, les autres plaintes musculo-squelettiques sont subjectives exclusivement et entrent dans le cadre d'un tableau douloureux de type fibromyalgie.

Si la discopathie L5-S1 représente une atteinte évidente à la santé entraînant des limitations fonctionnelles, le status après exérèse d'un schwannome, même si cette intervention a été compliquée par une fuite de LCR qui a dû être reprise chirurgicalement, n'entraîne aucune limitation fonctionnelle puisqu'il s'agit d'un problème définitivement réglé.

En ce qui concerne les douleurs abdominales très importantes qu'annonce l'assurée, elles ne reposent pas sur un substrat pathologique inquiétant, si l'on en croit notamment le rapport qu'a adressé le 13.06.2008 le Dr H. _____, chirurgien qui avait opéré Mme R. _____ et qui est un spécialiste incontesté de la chirurgie bariatrique adressé au médecin traitant; dans ce rapport, le Dr H. _____ conclut sur la base des examens complets qui avaient été effectués à des « *troubles fonctionnels* ». A noter d'ailleurs que dans ce même rapport, le Dr H. _____ dit qu'il a incité l'assurée à augmenter son activité physique. Il s'agit d'une problématique qui inquiète l'assurée mais qui est d'ordre fonctionnel.

Dans son expertise du 28.01.2004, le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie, médecin associé dans le Service de rhumatologie [...], avait conclu à des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques et à un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique. Le Dr D. _____ avait fait pratiquer le 04.12.2003 des examens

radiologiques du rachis, qui avaient mis en évidence une discopathie C5-C6, une discrète arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1 « *sans vrais pincements discaux* ». De manière logique par rapport à ses observations objectives, il avait conclu à l'absence d'atteintes à la santé incapacitantes au plan musculo-squelettique.

L'évaluation actuelle est complétée par rapport aux documents dont disposait le Dr D. _____ par des clichés d'IRM lombaires. Ceux-ci sont commentés ci-dessus; on y constate donc la présence d'un schwannome à la hauteur de L4 qui a été réséqué avec succès et, de manière plus intéressante pour l'appréciation actuelle du cas, une discopathie L5-S1 significative non neuro-compressive. Ceci détermine des limitations fonctionnelles certes, mais n'est pas synonyme d'une incapacité complète à travailler.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 7 kg, pas de port régulier de charges d'un poids > 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant les MS [membres supérieurs] en force-endurance à plus de 45° de flexion et d'abduction des épaules; pas de travail imposant des genuflexions répétées ni de travail se faisant en position agenouillée ou impliquant le franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeaux. Nécessité lors de la position assise prolongée, de pouvoir étendre et/ou fléchir à volonté les genoux.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? D'après ce qu'elle affirme et d'après le dossier, l'assurée est sans activité professionnelle depuis 1999.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Depuis lors, l'assurée ne semble pas avoir eu d'activité professionnelle hormis éventuellement une activité comme maman de jour.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est limitée par les atteintes à la santé objectives incapacitantes mentionnées plus haut, lesquelles déterminent des limitations fonctionnelles strictes. Vu que l'expertise psychiatrique récente du Dr F. _____ a permis d'exclure une psychopathologie incapacitante, les plaintes fonctionnelles douloureuses musculo-squelettiques et abdominales ne possèdent pas de caractère incapacitant et ne sont par conséquent pas prises en considération. Les atteintes au niveau rachidien, notamment lombaires, et au niveau des genoux, notamment à D, sont évidentes et imposent des limitations fonctionnelles claires. Dans ce sens-là, il y a certainement une aggravation de la situation par rapport à ce qu'avait relevé le Dr D. _____ au terme de son examen minutieux de 2004. On ne peut donc plus suivre les conclusions de la dite expertise, qui considérait l'assurée comme capable de travailler sans limitation dans quelque activité que ce soit. Vu l'imprécision des données anamnestiques, il est impossible de fixer précisément à partir de quand les problèmes ostéoarticulaires objectifs recensés lors du présent examen sont à considérer comme interférant avec la capacité de travail exigible. Les IRM dont on dispose datent de 2007 et on peut donc légitimement admettre que c'est dès l'automne 2007 que les

limitations fonctionnelles retenues ci-dessus méritent d'être absolument prises en considération. En revanche, une activité professionnelle respectueuse des dites limitations est possible et exigible dès ce moment-là.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %."

c) Le 20 juillet 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a retenu que, selon les renseignements médicaux en sa possession, l'intéressée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et qui respectait les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'examen clinique rhumatologique du 28 janvier 2009 (cf. let. C.b *supra*). Cela étant, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsque l'assuré avait exercé différentes activités à des taux irréguliers et pour des durées limitées, il était admissible d'estimer le revenu sans invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, ce qui conduisait en l'espèce à retenir un revenu annuel brut moyen, sans atteinte à la santé, de 51'978 fr. 83 pour l'année 2008. L'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité devait également être estimé en se fondant sur les données de l'ESS, moyennant un abattement de 10 % justifié par les limitations fonctionnelles induites par ses atteintes, ce qui conduisait à retenir un revenu annuel d'invalidité de 46'780 fr. 94 en 2008. La comparaison des revenus avec et sans invalidité faisait ainsi apparaître un degré d'invalidité de 10 %, lequel n'ouvrait le droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement.

d) L'assurée a fait part de ses objections à ce projet de décision par courrier du 11 septembre 2009, estimant que, compte tenu de ses atteintes sur les plan somatique et psychique, elle avait droit à une rente entière.

Le 17 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 20 juillet 2009, accompagnée d'une lettre

explicative dans laquelle il exposait en substance que l'assurée n'amenait aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position.

D. **a)** R._____ a formé recours contre cette décision par acte du 22 octobre 2009 (posté le même jour), affirmant avoir reçu la décision du jeudi 17 septembre 2009 - adressée à son conseil - le 23 septembre 2009. Invité à produire l'enveloppe qui contenait la décision attaquée, le conseil de la recourante a indiqué le 12 novembre 2009 que cette enveloppe n'avait pas été conservée, la décision attaquée n'ayant pas été notifiée sous pli recommandé.

A l'appui de son recours, l'intéressée a soutenu qu'il était établi qu'elle souffrait d'atteintes à la santé physique et psychique diminuant de manière déterminante sa capacité de gain. En effet, à l'exception des médecins du SMR, l'intégralité des médecins consultés avaient évoqué l'existence d'une incapacité de travail voire d'une invalidité, certains d'entre eux l'estimant à 100 %; l'expertise médicale du SMR mise en œuvre par l'OAI présentait ainsi des conclusions opposées à tous les autres documents médicaux. A cet égard, il était relevé que le nombre de médecins ayant rencontré la recourante était important, et que ce médecins avaient des spécialités différentes. Devant une telle contradiction, l'OAI aurait dû instruire plus avant le dossier et mandater un expert indépendant, plutôt que de se contenter d'une expertise succincte du SMR. Cela était d'autant plus vrai, selon la recourante, qu'elle était actuellement suivie par la Dresse J._____, médecin psychiatre [...] à Lausanne, étant précisé que si l'intéressée avait cessé de se rendre à la consultation du Dr M._____, c'était uniquement parce qu'elle n'avait pas de rapports de confiance avec ce médecin, et en aucun cas au motif que sa situation de santé psychiatrique s'était améliorée.

La recourante relevait également que le rapport [...] du 1^{er} novembre 2000 (cf. let. A.c *supra*) avait relevé l'existence de gonalgies de caractère mécanique, entraînant des douleurs qui rendaient l'accroupissement impossible; le diagnostic principal retenu consistait dans des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques et un trouble

somatoforme douloureux débutant; l'examen ostéo-articulaire était défavorable, la palpation des apophyses épineuses était douloureuse, tout comme l'inclinaison latérale et extension; les signes de Waddell étaient positifs et les points de fibromyalgie douloureux. Quant au Dr N._____, il avait clairement posé le diagnostic de fibromyalgie (cf. let. A.d *supra*). Le Dr T._____, dans un rapport du 23 décembre 2002 (*recte*: 28 janvier 2003; cf. let. A.d *supra*), avait pour sa part indiqué que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus du tout exigible; il avait ajouté qu'il n'était pas possible d'améliorer la capacité de travail de la recourante aux postes qu'elle occupait jusqu'alors, et que l'on ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle exerçât une autre activité. Enfin, l'état de santé de l'intéressée ne s'était pas amélioré malgré une perte de poids conséquente; en effet, si son poids avait passé de 115 kg à 78 kg en une année, ses douleurs s'étaient exacerbées alors qu'elles auraient dû diminuer. Ainsi le Dr T._____ avait-il confirmé dans son rapport du 8 décembre 2008 (cf. let. C.a *supra*) que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré.

La recourante estimait ainsi que, compte tenu des multiples rapports médicaux attestant d'une incapacité de travail, il convenait de lui octroyer une rente entière de l'assurance-invalidité. Elle se déclarait toutefois disposée à se soumettre à une nouvelle expertise psychiatrique indépendante, afin que son état de santé sur le plan psychique puisse être évalué. Elle concluait dès lors, avec suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, sur le fond, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à l'annulation de cette décision, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire.

b) Dans sa réponse du 3 février 2010, l'OAI a rappelé que la recourante avait fait l'objet de deux examens cliniques psychiatriques au SMR, mais qu'en raison d'irrégularités formelles, il n'avait pas été possible de tirer des conclusions de ces examens, de sorte qu'une expertise externe avait été organisée auprès du Dr F._____. Ce spécialiste, se fondant sur l'ensemble de la

documentation médicale au dossier ainsi que sur son propre examen, avait confirmé les conclusions de l'expert du SMR, à savoir que le trouble somatoforme douloureux persistant n'était pas invalidant; selon l'OAI, l'appréciation diagnostique du Dr F._____ était très bien motivée, et l'expert expliquait de manière tout à fait convaincante les motifs pour lesquels il ne retenait aucune comorbidité psychiatrique importante; les autres critères permettant de définir le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux étaient également abondamment discutés.

S'agissant des autres médecins consultés par la recourante, l'OAI a relevé que le Dr M._____, qui la suivait en 2001, mentionnait déjà le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, associé à quelques symptômes de la lignée anxiodépressive. Ce spécialiste ne se prononçait pas sur la capacité de travail et indiquait que cette question devait être tranchée par un expert; or c'était justement ce qui avait été fait, à trois reprises. Quant au Dr T._____, médecin généraliste qui attestait une incapacité totale de travail depuis 1999, son avis ne saurait prévaloir sur les avis des différents experts, et donc spécialistes, qui avaient examiné la recourante. Enfin, si l'intéressée était suivie par la Dresse J._____, [...], l'expert F._____ avait pris en compte l'avis de ce médecin - dont on ne connaissait au demeurant pas la spécialité -, et clairement expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait de ses conclusions.

Sur le plan somatique, l'OAI a exposé que sa position se fondait principalement sur l'expertise du Dr D._____ du 28 janvier 2004 (cf. let. A.f *supra*), expertise qui avait été reconnue comme pleinement probante par le Tribunal des assurances du canton de Vaud (cf. let. B.d *supra*), ainsi que sur l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR le 28 janvier 2009 (cf. let. C.b *supra*) - lequel avait été mis en oeuvre afin de déterminer l'évolution de l'état de santé ainsi que la capacité de travail exigible suite à l'apparition d'un problème neurochirurgical. Ce dernier examen, qualifié de succinct par la recourante, faisait pourtant état d'une anamnèse particulièrement fouillée; les documents radiologiques étaient énumérés et commentés; le status ostéoarticulaire était précisément décrit et détaillé; les plaintes de la recourante étaient rappelées tout au

long de l'anamnèse; enfin, les conclusions de l'experts étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées.

Il en résultait que l'examen neurologique était sans particularité. L'examen rachidien mettait en évidence des troubles de la statique vertébrale, ce qui était confirmé par les constatations radiologiques (discopathie significative L5-S1, non neuro-compressive, et discopathie banale C5-C6, également non neuro-compressive). Par ailleurs, le status après exérèse d'un schwannome n'entraînait aucune limitation fonctionnelle, le problème étant définitivement réglé. L'examen ostéoarticulaire périphérique était également dans la norme, hormis s'agissant des genoux; là encore, les clichés radiologiques confirmaient la présence d'un syndrome rotulien. Les autres plaintes musculo-squelettiques n'étaient pas justifiées par des éléments objectifs, et s'intégraient dans le cadre du trouble somatoforme. En particulier, les douleurs abdominales étaient, selon le Dr H. _____ (chirurgien de la recourante), d'ordre fonctionnel; ce médecin l'avait d'ailleurs incitée à augmenter son activité physique.

Dès lors, par rapport à la situation existant lors de l'expertise du Dr D. _____ (aucune limitation fonctionnelle ostéoarticulaire objective), l'examineur du SMR attestait une aggravation notamment au niveau lombaire et des genoux. Ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles claires, mais n'empêchaient assurément pas la recourante de travailler dans une activité adaptée.

Si le Dr T. _____ attestait une incapacité totale de travail depuis 1999, ses constatations objectives concordaient, à travers le temps, avec celles du Dr D. _____ et de l'expert du SMR. Son avis, nettement moins étayé que ceux des deux experts, ne saurait dès lors être reconnu comme probant. Cela étant, aucun autre médecin ne s'était spécifiquement prononcé sur la capacité de travail exigible ainsi que sur les limitations fonctionnelles. Les différents rapports [...] versés au dossier faisaient essentiellement état d'attitudes thérapeutiques suite à des

interventions; on ne pouvait dès lors, comme le faisait la recourante, en tirer des conclusions sur sa capacité, respectivement son incapacité de travail. Il n'était par conséquent absolument pas correct d'affirmer que l'intégralité des médecins avaient évoqué l'existence d'une incapacité de travail et que l'examen du SMR présentait des conclusions opposées à tous les autres documents médicaux.

Dans la mesure où, tant du point de vue psychiatrique que somatique, le médecin traitant de la recourante ne faisait état d'aucun élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte dans le cadre des différentes expertises, il convenait, selon l'OAI, de retenir les conclusions respectives qui ressortaient des expertises, à savoir que depuis l'automne 2007, la capacité de travail de l'intéressée était entière dans une activité adaptée, et qu'auparavant, sa capacité de travail était entière dans toute activité. L'OAI proposait dès lors le rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 24 mars 2010, la recourante a déclaré maintenir intégralement les conclusions de son recours. Elle a produit un certificat médical établi le 10 décembre 2009 par le Dr B._____, médecin conseil du Service de l'emploi [...], lequel attestait que, "*pour des raisons médicales, Madame R._____, née le 9.6.1957, [était] dans l'incapacité de travailler dès le 17 novembre 2009 pour une durée indéterminée*", étant précisé que "[c]e certificat n'[était] valable que pour le Service de l'emploi".

d) Le 29 mars 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction médicale apparaissant complète, il n'était pas donné suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire; il a réservé l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 22 octobre 2009 par R. _____ contre la décision rendue le 17 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, décision que la recourante affirme n'avoir reçue que le 23 septembre 2009 (cf. let. D.a *supra*) de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47); la cause doit en conséquence être tranchée par la

cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2).

En l'espèce, est litigieuse la capacité de travail résiduelle de la recourante – celle-ci s'estimant totalement incapable de travailler, tandis que l'office intimé considère qu'elle présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par ses atteintes sur le plan somatique –, respectivement son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente.

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. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 (pour la période antérieure, cf. art. 28 al. 1 de l'ancienne LAI),

l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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. 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 et les références; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

c) 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, avant de 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 plutôt que 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 134 V 231, consid. 5.1; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, cons. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

d) Selon la jurisprudence, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 (TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1 et les références).

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; TF 9C_547/2008 précité, consid. 2.2). 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 précité, consid. 4.2.2; TF 9C_547/2008 précité, consid. 2.2). 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), la présence d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ou encore 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) (ATF 132 V 65 précité, consid. 4.2.2; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

4. En l'espèce, il convient d'apprécier la situation médicale de la recourante et les répercussions de ses atteintes à la santé sur sa capacité

de travail tant sur le plan somatique (cf. consid. 4a *infra*) que sur le plan psychiatrique (cf. consid. 4b *infra*).

a) Afin d'apprécier les atteintes à la santé dont souffre la recourante sur le plan somatique, l'OAI a d'abord mandaté le Dr D._____, médecin associé au Service de rhumatologie [...], pour une expertise médicale indépendante, qui a donné lieu à un rapport d'expertise du 28 janvier 2004 (cf. let. A.f *supra*). Après que l'assurée eut produit le rapport établi le 8 décembre 2008 par le Dr T._____, lequel faisait état d'une aggravation de l'état de santé sur le plan rachidien, avec notamment une hémilaminectomie L5-S1 pour exérèse d'un schwannome le 20 septembre 2007 (cf. let. C.a *supra*), l'OAI a fait effectuer un examen clinique rhumatologique au SMR par le Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a donné lieu à un rapport d'examen du 28 janvier 2009 (cf. let. C.b *supra*).

Le rapport d'examen du Dr V._____ contient une anamnèse particulièrement fouillée, dans laquelle les plaintes et données subjectives de l'assurée sont également exposées de manière circonstanciée (p. 2-4), une description précise et détaillée du status clinique ostéoarticulaire (p. 4-6), un examen commenté des documents radiologiques (p. 6), les diagnostics selon la CIM-10 (p. 7) et une appréciation du cas (p. 7-9) qui décrit la situation médicale et aboutit à des conclusions claires, convaincantes, exemptes de contradictions et dûment motivées. Ce rapport médical remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée (cf. consid. 3c *supra*). Le Dr V._____ expose de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles il retient, sur la base notamment de clichés d'IRM lombaires dont ne disposait pas le Dr D._____, une aggravation de la situation par rapport à ce qu'avait relevé ce dernier au terme de son examen réalisé en 2004, la capacité de travail de la recourante demeurant toutefois entière dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles énoncées sur le plan somatique. Toutes les constatations objectives

ressortant des rapports médicaux établis par les autres médecins qui ont examiné la recourante ont été dûment prises en compte par le Dr V._____. Celui-ci indique en particulier de manière motivée que le status après exérèse d'un schwannome le 20 septembre 2007, dont faisait état le Dr T._____ dans son rapport du 8 décembre 2008 (cf. let. C.a *supra*), n'entraîne aucune limitation fonctionnelle, le problème étant définitivement réglé. Quant aux constatations objectives contenues dans les rapports médicaux invoqués par la recourante (cf. let. D.a *supra*), soit en particulier dans le rapport des médecins du CHUV du 1^{er} novembre 2000 et dans celui du Dr N._____ du 19 mars 2002 (cf. let. A.d *supra*), sont mentionnés dans le rapport d'examen du Dr V._____ du 28 janvier 2009. Le diagnostic de troubles somaformes douloureux, respectivement de syndrome fibromyalgique, évoqué par les médecins du CHUV et par le Dr N._____, mais également par le Dr T._____ (cf. let. A.b, A.d, B.b, B.g et C.a *supra*) et par le Dr D._____ (cf. let. A.f *supra*), est également pris en compte par le Dr V._____, qui retient le diagnostic voisin de syndrome douloureux ostéoarticulaire diffus évoquant une fibromyalgie. Comme rappelé (cf. consid. 3d *supra*), le caractère invalidant d'un tel syndrome doit être examiné au regard des critères posés par la jurisprudence, sur la base d'une expertise psychiatrique (cf. consid. 4b *infra*). Cela étant, sur le plan strictement somatique, aucun élément ne justifie de s'écarter des conclusions du Dr V._____, en ce sens que, dans une activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par ce spécialiste, la capacité de travail de la recourante est pleine et entière.

b) Afin d'établir les atteintes à la santé dont souffre la recourante sur le plan psychique, respectivement les éventuelles répercussions de telles atteintes sur sa capacité de travail, l'OAI, après que le Tribunal fédéral lui a renvoyé le dossier pour qu'il complète l'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique ou pluridisciplinaire (cf. let. B.e *supra*), a mandaté à cet effet le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. let. B.f *supra*). Le rapport de cet expert, déposé le 15 avril 2008, contient une anamnèse, la description des plaintes de l'expertisée, la description de l'observation clinique, les résultats des tests psychologiques, les diagnostics et une

appréciation circonstanciée. Ce rapport, dans lequel sont retenus les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F33.1), satisfait en tous points aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c *supra*). Le Dr F._____ se fonde sur l'ensemble de la documentation médicale au dossier ainsi que sur son propre examen; l'appréciation diagnostique est très bien motivée et l'expert explique de manière tout à fait convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient aucune comorbidité psychiatrique importante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3d *supra*); les autres critères permettant selon la jurisprudence du Tribunal fédéral de définir le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 3d *supra*) sont également discutés de manière circonstanciée par l'expert, et conduisent clairement à nier un tel caractère invalidant en l'espèce.

S'agissant des autres médecins consultés par la recourante, le Dr M._____, qui suivait celle-ci en 2001, mentionnait déjà dans son rapport du 7 avril 2003 le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, associé à quelques symptômes de la lignée anxiodépressive; ce spécialiste ne se prononçait pas sur la capacité de travail, estimant que cette question devait être tranchée par un expert (cf. let. A.e *supra*). Or, c'est précisément ce qui a été fait par le Dr F._____ dans son rapport d'expertise du 15 avril 2008. Les conclusions de cette expertise confirment au demeurant celles des deux examens cliniques psychiatriques effectués antérieurement par la Dresse E._____ du SMR (cf. let. A.e et B.d *supra*), lesquels ne pouvaient à eux seuls se voir reconnaître de caractère probant non pas en raison de leur contenu, mais en raison d'irrégularités formelles - liées à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin ne pouvait prétendre (cf. let. B.e *supra*). Enfin, si la recourante est suivie depuis le 6 novembre 2003 par la Dresse J._____ [...] (cf. let. B.d *supra*), l'expert F._____ a pris en compte l'avis de cette dernière (avec laquelle il s'est entretenu téléphoniquement le 15 avril 2008), et a clairement exposé les motifs pour lesquelles il s'est écarté de ses conclusions. Dans ces conditions, il n'existe aucune raison de remettre en cause les conclusions claires,

convaincantes et soigneusement motivées de l'expert F._____ (cf. consid. 3c *supra*).

c) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente, tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr V._____. La Cour étant en mesure de statuer sur la base des avis médicaux au dossier, en particulier des rapports particulièrement complets des Drs V._____ (sur le plan somatique) et F._____ (sur le plan psychiatrique), de nouvelles mesures d'instruction, en particulier la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire telle que requise par la recourante (cf. let. D.a *supra*), se révèlent superflues.

Dès lors que la comparaison des revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI – lesquels ne sont pas critiqués – fait apparaître un degré d'invalidité de 10 % (cf. let. C.c *supra*), largement inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; cf. actuellement art. 28 al. 1 et 2 LAI), le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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'assurance-invalidité 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. 1bis LAI). En l'espèce,

compte tenu de la charge liée à la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 17 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de R._____.

- 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 Laurent Damond, à 1002 Lausanne (pour R._____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 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 fédérale 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 :