

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2011

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

F. _____, à Morges, recourante, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst.; art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée), née en 1966, travaillait depuis juillet 1994 en qualité d'opératrice en salle pour l'entreprise N._____ SA à Morges. En date du 20 juillet 2001, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

L'OAI s'est adressé au Dr Y._____, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne et médecin traitant de l'assurée. Le 12 septembre 2001, ce praticien a posé les diagnostics de lombalgies chroniques et de sciatalgies bilatérales, puis retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité d'ouvrière en microélectronique. Il a également produit un rapport du 1^{er} novembre 1999 du centre d'imagerie diagnostique de Lausanne attestant d'un CT-Scan lombaire, mettant en évidence une protrusion discale médiane modérée en L5-S1.

Le 25 septembre 2002, la Dresse M._____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu des lombalgies chroniques et une incapacité de travail comme ouvrière d'usine en microtechnique de 100% depuis août 1999. Préconisant des mesures ergonomiques et la poursuite du traitement médical, elle a retenu que la capacité de travail pouvait être de 70 à 80%. Le 7 octobre 2003, suite à un examen clinique, elle a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et a signalé une altération de l'état psychique.

L'assurée a été soumise à un examen clinique bidisciplinaire au Service médical régional AI (ci-après: le SMR) par les Drs G._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et E._____, spécialisée en psychiatrie. Le 8 juillet 2004, ils ont diagnostiqué des lombosciatalgies G chroniques persistantes, avec discrètes séquelles de maladie de Scheuermann et hernie discale L5-S1 médiane, arrêtant une capacité de travail de 100%. Ils ont notamment relevé que l'activité d'ouvrière d'usine

qu'exerçait l'assurée était adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique.

Par décision du 20 juillet 2004, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente, se référant à l'examen bidisciplinaire précité. L'assurée a formé opposition, puis déposé une lettre du 6 septembre 2004 du Dr Y._____, retenant un trouble somatoforme douloureux avec un état dépressif qui rendait difficile l'évaluation d'une activité professionnelle.

L'OAI a maintenu sa position par décision sur opposition du 25 mai 2005, se référant à l'examen bidisciplinaire du SMR et s'écartant de l'avis des Drs M._____ et Y._____. Par jugement du 26 avril 2006, le Tribunal des assurances a rejeté un recours formé par l'assurée le 22 juin 2005, considérant en particulier que le rapport d'examen SMR du 8 juillet 2004 avait valeur probante. Le 13 septembre 2006, l'assurée a recouru au Tribunal fédéral des assurances, concluant à l'octroi d'une rente et subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Par arrêt du 29 octobre 2007, le Tribunal fédéral a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a retenu que le rapport d'examen SMR du 8 juillet 2004, cosigné par la Dresse E._____, ne pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante en raison d'une irrégularité d'ordre formel et que le dossier ne comprenait par ailleurs pas l'avis d'un psychiatre FMH, de sorte que l'instruction devait être complétée sous forme d'une expertise psychiatrique ou le cas échéant pluridisciplinaire.

Sur proposition du SMR, l'assurée a été soumise à une expertise bidisciplinaire au bureau romand d'expertises médicales (ci-après: le BREM) par les Drs L._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, et B._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans leur rapport du 4 décembre 2008, ces médecins ont posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 sans myélopathie avec radiculopathie S1 déficitaire au plan du réflexe sans signe irritatif actuel et de maladie de Scheuermann modérée. D'un point de vue somatique et psychique, ils ont

retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son ancienne activité, sans diminution de rendement. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Notre anamnèse confirme la notion de lombalgies, puis de lombosciatalgies depuis plus d'une dizaine d'années, voire depuis l'enfance, aggravées en 1999. Elle annonce une nouvelle aggravation depuis le baptême de sa fille au Portugal en 2006. Elle a eu divers traitements en 2006-2007. Ni les médicaments, ni la physiothérapie, ni les infiltrations spécialisées au centre d'antalgie de Morges ne l'ont améliorée, d'aucune manière, sauf peut-être le Lyrica®, qui atténue quelque peu l'intensité de la douleur.

Elle relate un état douloureux permanent, irréductible, intense de manière monotone, avec peu de modulation au cours des 24 heures, au fil des saisons. La région scapulaire est la plus intensément douloureuse. Notre examen clinique actuel est superposable à celui du Dr G. _____ mis à part une hyporéflexie achilléenne gauche. Le Dr W. _____ consulté en 2006 confirmait une aréflexie achilléenne mais sans déficit sensitivomoteur, ce qui se confirmait pas un EMG normal de L4 à S1. Si l'on admet que les lombalgies ont une composante discale lors de l'examen neurochirurgical au CHUV en 2007, on ne retient pas d'indication opératoire vu qu'il n'y a pas de syndrome radiculaire même irritatif évident. L'IRM lombaire réalisée à cette occasion confirme le diagnostic de hernie discale médiane L5-S1 mais sans compression radiculaire. Cette IRM reste comparable aux images antérieures de CT-scan de 2006, mais elle est un peu plus marquée que sur les images de 1999. Nous avons mis en évidence des lésions de Modic à cet étage sur l'IRM, connues pour avoir une certaine corrélation avec la clinique de lombalgies, traduisant des phénomènes congestifs.

Toutefois, tout comme le Dr G. _____, il ne m'est pas possible de retenir un important syndrome lombovertébral actuellement. Si certains examens cliniques des confrères consultés par la patiente relatent une importante distance doigts-sol à l'antépulsion du tronc, seul le Dr G. _____ a également fait une comparaison avec la distance doigts-orteils qui est bien meilleure et qui traduit une discordance. Il n'est pas plausible d'avoir en position debout une distance doigts sol de l'ordre d'un demi-mètre et de pouvoir, assise jambes tendues sur le lit d'examen, toucher quasiment ses orteils. Nous avons retrouvé les mêmes indices qu'à l'examen du SMR ainsi que les discordances.

Alors qu'elle décrit des douleurs rebelles, permanentes entre 8/10 et 10/10 selon les régions du corps, nous constatons que Mme F. _____ relate une vie quotidienne normale. Or, des douleurs si intenses peuvent être normalement supportées sur quelques heures et l'on donnera comme exemple les douleurs observées en urgence telles que celles d'une colique néphrétique, d'une luxation d'un membre, les douleurs de l'accouchement. En chronique en phase d'échappement d'une maladie cancéreuse métastatique, certains patients en fin de dose de traitement antalgique peuvent chiffrer leur douleur à pareille hauteur sur l'EVA. Il n'est en revanche guère possible de se mobiliser normalement, de supporter ces douleurs à

pareille intensité plusieurs années, des signes externes de souffrance suscitant des soins rapides et appropriés sont visibles. Ce n'est pas du tout le cas de l'examen de Mme F._____ qui adopte une gestuelle normale, qui, en dehors de moments des tests dynamiques du status où elle se sent observée a une mobilité de l'appareil locomoteur fluide et harmonieuse. Ceci fait aussi partie d'éléments de discordance cités pas Waddell dans le comportement d'invalidé (réf. 5).

Il s'agit d'un trouble musculo-squelettique de l'appareil locomoteur chez une patiente sédentaire, en proie à certains soucis d'ordre familial importants actuellement, traduisant une perturbation du seuil à la douleur. Cette perturbation donne sans doute une explication à la non-réponse thérapeutique des divers traitements de sa discopathie lombaire.

Chez ces patients, il est important d'encourager une activité physique régulière qui améliore le conditionnement global et module le seuil à la douleur (réf. 1). Même en cas de lombalgie discale, l'évolution à terme des sujets se mobilisant normalement tant en maintenant une activité professionnelle que sportive est meilleure (réf. 2). Même dans le contexte d'un appareil locomoteur vieillissant, avec des atteintes dégénératives, l'évolution est meilleure chez les gens qui restent actifs (réf. 3).

Le problème biomécanique rachidien reste présent (réf. 4) associant la hernie discale, le trouble statique et la maladie de Scheuermann. Le Dr G._____ a donné d'importantes limitations fonctionnelles tenant compte de la hernie discale et de ses risques. Vu la radiculopathie séquellaire d'un problème discal plus irritatif entre 2006 et 2007, qui se traduit par l'hyporéflexie achilléenne actuelle et vu les lésions de Modic observées à l'IRM de 2007, nous maintenons ces limitations très restrictives qui prennent en compte les risques d'une hernie discale pouvant se luxer, ne permettant que le port de charges légères répétitives inférieures à 7 kg, tout en estimant que l'activité antérieure était adaptée, comme le suggère le descriptif du poste de travail également adopté par le rhumatologue traitant. La Dresse M._____ jugeait sa patiente apte à travailler à 70-80% au moins dans ce poste. Nous nous écartons quelque peu de l'exigibilité donnée par notre collègue, car elle prenait en compte les problèmes sociaux associés. Nous nous rattachons à l'exigibilité établie en 2004 au SMR au plan somatique, à savoir une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure et dans toute autre activité adaptée.

L'état général de Mme F._____ reste bon avec un poids stable. Son status de médecine interne est normal. Elle présente des douleurs bilatérales et étendues en dessus et en dessous de la taille (qui constituent le critère 1 de l'American College of Rheumatology) pour le diagnostic de fibromyalgie. Nous retrouvons des points d'insertion en nombre suffisant (constituant le critère 2) pour évoquer un diagnostic associé de fibromyalgie, déjà évoqué par la Dresse M._____ il y a plusieurs années. Actuellement, l'expertisée se plaint surtout de ses douleurs diffuses. Les douleurs scapulaires sont au premier plan. Il nous apparaît que c'est avant tout le syndrome fibromyalgique qui donne l'évolution défavorable subjective actuelle,

qui influence négativement la résistance thérapeutique au plan lombaire.

Diagnostic psychiatrique

Il n'y a pas de manifestations psychiques atteignant le seuil clinique. Il existe de longue date des troubles du sommeil traités par des benzodiazépines, troubles en partie imputables aux symptômes douloureux. L'insomnie chronique entraîne une certaine fatigue matinale. Pour le reste, il n'y a pas de signes d'appel en faveur d'un trouble dépressif, anxieux, psychotique ou autre. En conclusion, pas de psychopathologie mise en évidence ayant valeur de maladie.

Capacité de travail

Sur le plan psychique, il n'y a pas d'atteinte de la capacité de travail.

[...]

Critère A : il n'y a pas de comorbidité psychiatrique importante et durable.

Critère B:

1. atteintes somatiques: elles existent et peuvent être qualifiées de «moyennes» quant à leur sévérité; voir le volet rhumatologique de la présente expertise.

2. perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie: l'expertisée est normalement insérée dans son milieu familial et social habituel; elle a de bonnes relations avec son entourage proche et a un réseau social; le seul point où l'intégration est limitée est le plan professionnel, puisque l'expertisée ne travaille plus depuis 2001.

3. état psychique «cristallisé»: dans la mesure où il n'existe pas de psychopathologie significative, on ne peut pas affirmer que l'état psychique est figé, dépourvu de toute capacité évolutive.

4. persistance des plaintes douloureuses sans rémission depuis plusieurs années en dépit des traitements «lege artis»; selon les données du dossier, ce critère est présent.

Perspective thérapeutique

En l'absence d'atteinte psychiatrique significative, il n'y a pas d'indication, actuellement, à un traitement psychiatrique. La situation devrait être revue si l'état psychique du mari devait rester durablement altéré et que cela entraîne des répercussions sévères sur les relations familiales et l'état psychique de l'expertisée.

[Limitations fonctionnelles]

Au plan physique

Permettre l'alternance de position assise/debout 1x/heure, l'évitement de charges régulières supérieures à 7 kg, occasionnelles

de 15 kg, l'évitement de porte-à-faux, de travail statique prolongé, et le travail sur des engins vibrants.

Au plan psychique et mental
Pas de limitations.

Au plan social
Idem".

Dans un avis médical SMR du 13 janvier 2009, les Drs C._____ et Q._____ se sont ralliés aux conclusions des experts du BREM.

Par préavis du 16 janvier 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI. Se référant à l'expertise du BREM et aux pièces médicales du dossier, il a considéré que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité.

Le 31 mars 2009, l'assurée a fait part de ses objections, réclamant un complément d'instruction auprès des Drs Y._____ et M._____, faisant notamment observer que le BREM avait constaté des atteintes plus graves que celles retenues par le SMR dans son examen du 8 juillet 2004.

A la demande de l'OAI, dans un rapport du 7 mai 2009, le Dr Y._____ a signalé une aggravation depuis 2006, essentiellement des douleurs lombaires et des sciatalgies gauches, retenu que les symptômes évoquaient également une fibromyalgie et constaté une péjoration de l'état dépressif. Il a retenu une capacité de travail nulle, compte tenu du status douloureux chronique et des troubles de la concentration générés par les médicaments. Au titre des limitations fonctionnelles, il a mentionné toutes les positions générant des douleurs, une diminution de la concentration et un état dépressif persistant.

Dans un avis médical SMR du 18 juin 2009, les Drs C._____ et Q._____ ont indiqué que le rapport précité du Dr Y._____

n'apportait aucun élément médical nouveau et ne permettait pas de douter des conclusions des médecins du BREM.

Par décision du 14 octobre 2009, l'OAI a refusé à l'assurée le droit aux prestations de l'AI, pour les mêmes motifs que ceux énoncés dans son préavis du 16 janvier 2009. Dans un courrier du même jour, l'OAI a expliqué à l'assurée qu'au regard des conclusions de l'expertise du BREM, le trouble somatoforme, respectivement la fibromyalgie, ne revêtaient pas de caractère invalidant, de sorte qu'une pleine capacité de travail était exigible.

B. Par acte de son mandataire du 19 novembre 2009, F. _____ recourt au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 14 octobre 2009 et à l'octroi d'une rente d'un montant à dire de justice, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour déterminer le taux d'incapacité de travail et le degré d'invalidité.

Se prévalant implicitement de son droit d'être entendue, elle fait valoir que la décision attaquée est insuffisamment motivée, dès lors qu'il n'est pas expliqué pourquoi l'OAI se fonde sur l'avis des médecins du SMR plutôt que sur celui des Drs Y. _____ et M. _____. Contrairement à l'avis des experts du BREM, elle soutient que la fibromyalgie a un effet sur sa capacité de travail, qu'il convient de déterminer. S'appuyant sur l'avis des Drs Y. _____ et M. _____, elle conteste l'avis desdits experts, qui ne l'ont rencontrée qu'à une seule reprise, et relève que son incapacité de travail, estimée à 50%, doit être déterminée. Se fondant sur l'avis du Dr Y. _____, tel que corroboré par les constatations de la Dresse M. _____, elle allègue souffrir d'un état dépressif dont l'influence sur sa capacité de travail resterait à déterminer par une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 19 mars 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève qu'il a été tenu compte, dans la décision du 14 octobre 2009, des limitations fonctionnelles liées aux affections dorsales, renvoie aux rapports des experts du BREM et des médecins du SMR, qualifiés de

probants, sans que des examens médicaux complémentaires ne se justifient.

Le 4 mai 2010, la recourante confirme sa position et ses arguments.

C. Un mandat d'expertise judiciaire a été confié au Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion. De son rapport, produit le 13 décembre 2010, on extrait ce qui suit:

"L'expertisée est une ressortissante espagnole de 44 ans, mariée et mère de deux enfants de 21 et 5 ans. Le contexte familial est difficile avec un époux bipolaire et tout ce que ce trouble signifie pour l'entourage.

Les antécédents n'ont rien de particulièrement traumatique chez une personne qui a travaillé vraisemblablement dur, beaucoup et dès son plus jeune âge, comme c'était alors la règle pour les jeunes des régions rurales de son pays.

L'assurée est venue en Suisse à l'âge de 19 ans. En dehors de ses tâches de mère de famille, elle a su s'insérer dans le monde du travail et a conservé un emploi stable pendant plusieurs années jusqu'au moment des faits qui nous préoccupent aujourd'hui.

Depuis la fin des années 90, la situation de l'expertisée s'est détériorée. Il y a eu ses propres problèmes de santé. Il y a eu ceux de son époux. Progressivement les choses ont évolué vers une certaine précarité économique. L'assurée semble néanmoins avoir fait face, a eu un deuxième enfant en 2005 et a continué à assumer son quotidien. En l'état, c'est bien sur ses épaules à elle que semble reposer la stabilité de la famille.

Sur le plan médical, le tableau clinique a toujours été celui de douleurs de l'appareil locomoteur qui ont certes de minces bases organiques. Celles-ci ont néanmoins toujours été insuffisantes pour expliquer tant l'intensité que la chronicité du comportement douloureux de Mme F._____.

En l'état, il n'y a pas d'argument pour une aggravation objective de l'état de santé somatique ni d'affection biomédicale intercurrente d'après ce qu'on trouve au dossier, ce que rapporte l'assurée et ce que confirme le médecin traitant.

La situation paraît actuellement stabilisée. L'assurée reçoit un traitement médical minimal. Elle n'a pas de suivi psychiatrique. Il n'y a pas eu d'épisode psychique aigu pendant toutes ces dernières années y compris dans les périodes à risque élevé de la fausse couche de 2001 et du post partum de la cadette en 2005.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné ne retient pas de trouble psychiatrique atteignant le seuil diagnostique des ouvrages de référence, à l'instar de ce qui a toujours été noté par les spécialistes en psychiatrie qui sont intervenus dans ce dossier.

La recherche d'une pathologie dépressive n'est pas contributive, l'abaissement de l'humeur occasionnellement constaté étant adéquatement en rapport avec une situation existentielle délétère. Il n'y a pas davantage de trouble anxieux spécifique. On peut écarter le trouble panique, l'évitement phobique et un trouble obsessionnel/compulsif, en particulier.

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'est pas davantage contributive. Il n'y a rien pour une affection cérébro-organique. Il n'y a pas d'arguments pour un problème avec les conduites alimentaires et les substances psycho-actives. Il n'y a aucun élément pour une pathologie psychotique.

On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence. L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Une telle situation peut poser la question d'un trouble somatoforme et du syndrome douloureux somatoforme persistant, en particulier. Si on a bien la situation de douleurs n'ayant pas de bases organiques suffisant à l'expliquer, Mme F. _____ ne se comporte pas en douloureuse chronique. Elle n'a jamais montré ses douleurs lors des deux entretiens avec le soussigné. Elle est restée constamment assise, sans recherche de positions antalgiques. Il n'y a pas eu de grimaces ni de soupirs. Il n'y a pas eu de présentation démonstrative. Enfin le soussigné n'a pas observé la détresse constante et importante requise pour retenir le syndrome douloureux somatoforme persistant, même si on note une certaine souffrance.

Appréciation assécurologique

Sur le plan psychiatrique, il n'y a certainement pas lieu d'incapacité de travail, ce qui rejoint par ailleurs les évaluations neutres du SMR et du BREM qui figurent déjà dans ce dossier.

Dans la mesure où la collègue rhumatologue du BREM a retenu une fibromyalgie dans le rapport médical du 04.12.2008, le soussigné doit tout de même formuler les remarques suivantes.

En premier lieu, on doit écarter la comorbidité psychiatrique grave et chronique, dans la mesure où il n'y a pas lieu de retenir de trouble psychique dans ce cas.

On ne peut pas davantage retenir de perte d'intégration sociale. L'assurée a de bonnes capacités relationnelles. Elle les a largement

démontrées lors des deux consultations chez le soussigné. Elle dit avoir de nombreux amis. Elle rapporte deux confidentes. Elle garde de bons contacts dans sa famille. Elle ne se sent pas isolée. Elle est formelle sur ce point.

Pour le reste, on pourrait admettre ici le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assurée durent depuis de nombreuses années, même si le soussigné est convaincu qu'on est ici bien plus face à un comportement de malade qu'à une maladie stricto sensu.

On peut aussi admettre la résistance aux traitements dans les règles de l'art, l'expertisée bénéficiant des soins adéquats, compte tenu du tableau clinique qu'elle présente et de ce qu'il est possible de proposer dans un tel cas, sachant qu'on est [...] ici bien plus face à un comportement de malade qu'à une maladie stricto sensu.

On ne peut par contre pas noter l'état psychique cristallisé, sachant déjà qu'on ne retient déjà pas de troubles psychiatriques. L'assurée garde une certaine plasticité. Elle sait s'adapter aux difficultés existentielles et tout récemment à l'altération de l'état de santé de son époux. Elle est apte à faire les démarches en conséquence. Elle a aussi eu un enfant en 2005. Elle paraît s'occuper tout à fait adéquatement de sa fille. On n'a pas ici le tableau clinique immédiatement reconnaissable de certains fibromyalgiques et douloureux somatoformes chroniques chez qui on sait que rien ne va changer quoi qu'il se passe.

En tenant compte de toutes ces observations, il n'est certainement pas justifié de conférer au tableau fibromyalgique de l'expertisée le caractère exceptionnel qui ne permettrait pas d'exiger d'elle qu'elle reprenne son activité professionnelle en plein, en tenant compte des limitations physiques qui lui ont été reconnues.

Depuis l'expertise L. _____ / B. _____ il n'y a aucun argument permettant d'affirmer que l'état somatique de Mme F. _____ se soit modifié de façon significative. La prise en soins est restée identique. Un récent examen radiologique n'a pas montré de changements, aux dires même de l'assurée. Le médecin traitant ne rapporte pas davantage de faits nouveaux.

En l'état, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens, sachant que l'assurée ne se montre pas motivée à rejoindre le marché ordinaire du travail. Tout au plus pourrait-on lui offrir une aide au placement, dans la mesure où elle y aurait droit et où elle se montrerait déterminée en ce sens.

Cette évaluation asséurologique rejoint celle des Dr G. _____ / E. _____ et L. _____ / B. _____ figurant au dossier. Elle s'écarte de celle des médecins traitants, à savoir de celle des Dr Y. _____ et M. _____. Ce cas de figure n'a rien d'exceptionnel dans un tel dossier.

Une explication à cette divergence d'appréciation de la capacité de travail est le fait que l'expert doit statuer de façon objective en référence au principe général de justice distributive visant l'égalité

de traitement entre tous les assurés. Le médecin traitant exerce son activité dans le cadre d'un mandat de traitement. Il peut se prévaloir d'un principe de bienfaisance et vouloir préserver la relation thérapeutique en évitant de se mettre en conflit avec son patient sur le point délicat de l'incapacité de travail. Il n'est dès lors pas inhabituel que le médecin traitant atteste des incapacités de travail plus élevées voire bien plus élevées que celle de l'examineur médical neutre, comme c'est le cas ici".

Dans son expertise, le Dr P._____ a également répondu aux questions du mandataire de l'assurée, respectivement motivé son choix de s'écarter de l'avis du Dr Y._____ au sujet des diagnostics et de la capacité de travail, pour se rallier à celui du Dr B._____.

Par actes respectivement produits les 20 et 24 janvier 2011, les parties se sont déterminées au sujet de l'expertise et ont maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable

dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Se prévalant implicitement du respect de son droit d'être entendue, la recourante soutient que la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée. Cette question doit être examinée à titre préalable, compte tenu de la nature formelle de ce grief.

a) La jurisprudence déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101]) le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que le juge ou l'administration mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. L'autorité n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties; elle peut au contraire se limiter aux points essentiels pour la décision à rendre (ATF 133 III 439 consid. 3.3; TF 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 3.1; TF 9C_468/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.1 et les références citées).

b) En l'espèce, on observe que le droit d'être entendu de la recourante a été respecté dans le cadre de la procédure de préavis, par notification du projet de décision. On observe également que, dans la décision finale, l'intimé mentionne avoir pris acte des objections formulées par l'intéressée, mais ne pas pouvoir se ranger aux arguments avancés, notamment sur le plan médical. Certes, la décision en tant que telle peut paraître sommairement motivée, en particulier compte tenu du fait qu'elle ne s'écarte pas de la motivation avancée dans le cadre du projet de décision. Il faut néanmoins constater qu'à cette décision était jointe une lettre de motivation rendant compte de la problématique juridique topique des troubles somatoformes douloureux, respectivement des éléments propres à exclure le caractère invalidant de ceux-ci au regard du rapport

d'expertise du BREM, auquel l'intimé entendait, fort de l'avis subséquent du SMR, conférer valeur probante.

Ainsi, en présence d'avis médicaux divergents versés au dossier et portés à la connaissance de chaque partie, les objections énoncées et développées par les médecins traitants de l'assurée n'avaient pas à être systématiquement abordées et réfutées, le renvoi explicite aux conclusions des experts du BREM, respectivement aux avis de synthèse du SMR versés au dossier, paraissant suffisants pour écarter le grief d'un défaut de motivation assimilable à une violation du droit d'être entendu. Les motifs retenus par l'intimé n'ont au demeurant pas échappés à l'intéressée, représentée par un mandataire professionnel, dès lors qu'elle a pu isoler et prendre position, dans le cadre de son recours, sur les éléments de fait et de droit déterminants pour l'issue du litige. Il convient donc d'entrer en matière sur le fond.

3. En l'espèce, est litigieux le déni du droit à une rente d'invalidité, la recourante se prévalant d'une incapacité de travail, qu'une expertise médicale serait à même d'évaluer.

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^{er} 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, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart

de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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; TFA 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, 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 du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la

personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) En l'espèce, sur le plan somatique, le Dr Y._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques et de sciatalgies bilatérales, arrêtant une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'ouvrière en microélectronique (rapport du 12 septembre 2001). Des lombalgies chroniques ont aussi été signalées par la Dresse M._____, qui a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée (rapports des 25 septembre 2002 et 7 octobre 2003). L'examen clinique au SMR a conduit le Dr G._____ a retenir des lombosciatalgies G chroniques persistantes, avec discrètes séquelles de maladie de Scheuermann et hernie discale L5-S1 médiane, la capacité de travail résiduelle étant selon lui de 100% (rapport du 8 juillet 2004).

Le 4 décembre 2008, les experts du BREM ont posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 sans myelopathie avec radiculopathie S1 déficitaire au plan du réflexe sans signe irritatif actuel et de maladie de

Scheuermann modérée, la capacité de travail étant entière dans l'ancienne activité sans diminution de rendement. Dans leur appréciation du cas, ils ont confirmé la présence de lombalgies, puis de lombosciatalgies depuis plus d'une dizaine d'années. Sur la base d'une IRM lombaire, ils ont retenu une hernie discale médiane L5-S1 mais sans compression radiculaire. Ils ont écarté la présence d'un important syndrome lombovertébral et ont retenu celle d'un trouble musculo-squelettique de l'appareil locomoteur chez une patiente sédentaire. Les limitations fonctionnelles physiques ont été décrites comme suit: permettre l'alternance de position assise/debout 1x/heure, l'évitement de charges régulières supérieures à 7 kg, occasionnelles de 15 kg, l'évitement de porte-à-faux, de travail statique prolongé, et le travail sur des engins vibrants.

Dans un rapport du 7 mai 2009, le Dr Y._____ a signalé une aggravation depuis 2006, essentiellement des douleurs lombaires et des sciatalgies gauches. Il a indiqué une capacité de travail nulle, compte tenu du status douloureux chronique et des troubles de concentration résultant des médicaments. Comme limitations fonctionnelles, il s'est référé à toutes les positions générant des douleurs, à une diminution de la concentration et à un état dépressif persistant.

b) Avec les experts du BREM, on retiendra que la recourante présente les diagnostics de hernie discale L5-S1 sans myelopathie avec radiculopathie S1 déficitaire au plan du réflexe sans signe irritatif actuel et de maladie de Scheuermann modérée. Ces diagnostics, qui ne sont pas contestés, sont également ceux posés par les Drs Y._____ et M._____, à l'appui des pièces radiologiques. S'agissant de la capacité de travail, on ne s'écartera pas non plus de l'expertise du BREM (concluant à une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité de l'assurée), sous la plume de la Dresse L._____, dès lors que cette spécialiste en rhumatologie et en médecine interne a procédé à un examen complet de l'assurée, en tenant compte des pièces médicales au dossier ainsi que des constats objectifs et motivés de ses confrères. L'avis de la Dresse L._____ est du reste corroboré par celui du Dr G._____, qui a également retenu une pleine

capacité de travail (rapport SMR du 8 juillet 2004), ainsi que par les Drs C._____ et Q._____ (avis médicaux SMR des 13 janvier et 18 juin 2009).

On s'écartera donc des conclusions contraires, au sujet de la capacité de travail, des Drs Y._____ et M._____, qui n'ont pas mis en évidence d'élément médical objectif qui n'aurait pas été pris en compte par la Dresse L._____, et dont les avis, somme toute moins motivés, demeurent ceux de médecins traitants, qu'il convient d'apprécier avec les réserves retenues par la jurisprudence rappelée ci-dessus. Quant à la détérioration de l'état de santé dont fait mention le Dr Y._____ dans son rapport du 7 mai 2009, postérieur à l'expertise du BREM, il ne s'agit que d'une aggravation des douleurs lombaires et des sciatalgies, soit d'un élément de nature subjective qui ne saurait faire échec aux constatations de la Dresse L._____. Du reste, l'assurée a déclaré à l'expert psychiatre qu'un récent examen radiologique n'avait pas montré de changement par rapport à la situation prévalant lors de l'examen par cette praticienne (expertise du Dr P._____, p. 13).

c) Ainsi, l'expertise du BREM a-t-elle valeur probante, dès lors qu'elle se fonde sur une anamnèse étayée et des examens complets sur le plan rhumatologique, tient compte des plaintes de l'assurée, procède d'une étude de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier (notamment les résultats IRM et RX) et comporte une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions dûment motivées. Au grief de la recourante selon lequel les experts ne l'ont examinée qu'à une seule reprise, le 24 novembre 2008, on objectera que, selon la jurisprudence, une consultation, même de courte durée, n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6).

Dès lors, sur le plan somatique, on retiendra que l'assurée présente une capacité de travail exigible entière dans son ancienne activité, ce dont elle ne disconvient du reste pas dans la mesure où elle considère que son incapacité de travail résulte de son état psychique et de sa fibromyalgie.

5. a) S'agissant de la problématique psychiatrique, on observe qu'en date du 25 septembre 2002, la Dresse M._____ avait signalé une altération de l'état de santé psychique. Dans le rapport SMR du 8 juillet 2004, bien que dépourvu de valeur probante sur le plan psychique en raison de motifs d'ordre formel, la Dresse E._____ n'avait pas retenu de maladie psychiatrique invalidante. Dans une lettre du 6 septembre 2004, le Dr Y._____ a mentionné un état dépressif qui rendait difficile l'évaluation d'une activité professionnelle.

L'expertise bidisciplinaire du BREM, sous la plume du psychiatre B._____, n'a pas non plus retenu de diagnostic psychiatrique, ni d'incapacité de travail sur ce plan. En particulier, dans leur appréciation du cas, les experts ont indiqué qu'il n'y avait pas de manifestations psychiques atteignant le seuil clinique, qu'il existait de longue date des troubles du sommeil traités par des benzodiazépines, troubles en partie imputables aux symptômes douloureux, que l'insomnie chronique entraînait une certaine fatigue matinale et que pour le reste, il n'y avait pas de signes d'appel en faveur d'un trouble dépressif, anxieux, psychotique ni d'aucune psychopathologie. Dans un rapport du 7 mai 2009, se rapportant aux douleurs physiques exprimées par sa patiente, le Dr Y._____ a néanmoins signalé une péjoration de l'état dépressif, respectivement retenu un état dépressif persistant en tant que limitation fonctionnelle et une capacité de travail nulle. Ces avis divergents ont conduit à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans son rapport du 13 décembre 2010, l'expert P._____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique, l'appréciation du cas n'ayant pas relevé de suivi psychiatrique, ni d'épisode psychique aigu ces dernières années. Au terme de son évaluation, il n'a pas retenu de trouble psychiatrique atteignant le seuil diagnostique des ouvrages de référence, relevant l'absence d'une pathologie dépressive (l'abaissement de l'humeur étant adéquatement en rapport avec une situation existentielle délétère), de trouble anxieux spécifique, de trouble panique, d'évitement phobique, de trouble obsessionnel/compulsif ou d'autres pathologies

psychiatriques (telles qu'affection cérébro-organique, conduites alimentaires, substances psycho-actives, pathologie psychotique). Il a également infirmé la présence d'un trouble de la personnalité, au vu des ouvrages diagnostiques de référence, dès lors qu'un tel trouble n'avait pas été constaté au plus tard au début de l'âge adulte. Il a exclu toute incapacité de travail, pour s'écarter ainsi clairement de l'avis du Dr Y._____ et rejoindre celui du Dr B._____.

b) Cela étant, l'expertise judiciaire établie par le Dr P._____ se fonde sur une anamnèse détaillée (familiale et personnelle), la prise en compte des pièces médicales au dossier, un examen psychiatrique complet et les plaintes de l'assurée, avant de retenir, dans le cadre d'une appréciation médicale particulièrement claire et exempte de contradictions (notamment quant à la recherche des affections psychiques), des conclusions dûment étayées, de sorte qu'elle a pleine valeur probante.

Dès lors, on retiendra que la recourante ne présente pas, du point de vue psychique, d'atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Le fait qu'elle ne consulte pas de psychiatre ne peut du reste que conforter le constat qu'elle ne présente pas d'incapacité de travail en raison de troubles psychiques.

6. a) Subsiste la problématique de la fibromyalgie ou d'un éventuel trouble somatoforme, soulevée par la recourante.

Les experts du BREM, tout en retenant une pleine capacité de travail, ont évoqué un diagnostic associé de fibromyalgie et relevé que le syndrome fibromyalgique induisait l'évolution défavorable subjective actuelle, influençant ainsi négativement la résistance thérapeutique au plan lombaire. Ils n'ont cependant pas relevé de comorbidité psychiatrique importante et durable, ont constaté des atteintes somatiques qualifiées de moyennes quant à leur sévérité, n'ont pas mentionné de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie (au vu des relations familiales et du réseau social), n'ont pas retenu d'état psychique cristallisé

tout en observant une persistance des plaintes douloureuses sans rémission depuis plusieurs années en dépit des traitements "lege artis".

Dans un rapport du 7 mai 2009, le Dr Y._____ a quant à lui signalé une aggravation des douleurs lombaires et des sciatalgies gauches depuis 2006, estimant que pareils symptômes plaident pour une fibromyalgie.

Dans son expertise judiciaire, le Dr P._____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique, considérant que les douleurs de l'appareil locomoteur se trouvaient regroupées sous le vocable rhumatologique de fibromyalgie. Dans son appréciation du cas, sous l'angle de l'existence d'un trouble somatoforme, il a relevé la présence de douleurs n'ayant pas de bases organiques suffisant à l'expliquer, mais constaté que l'assurée, lors de l'examen clinique, ne se comportait pas en "douloureuse chronique" et qu'il n'y avait pas, malgré une certaine souffrance, de détresse constante et importante telle que requise pour fonder le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant la fibromyalgie, le Dr P._____ a écarté la présence de comorbidité psychiatrique grave et chronique, faute de trouble psychique. Il n'a pas retenu de perte d'intégration sociale (au vu des bonnes capacités relationnelles de l'assurée avec ses amis et sa famille), a admis un processus maladif de longue durée et la résistance aux traitements dans les règles de l'art (même s'il s'agissait d'un comportement de malade et non d'une maladie stricto sensu) mais n'a pas constaté d'état psychique cristallisé (en l'absence de troubles psychiatriques et compte tenu de capacités d'adaptation). Dès lors, l'expert judiciaire a conclu qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle reprenne son activité professionnelle à plein temps, s'écartant ici encore clairement de l'avis du Dr Y._____ pour rejoindre celui du Dr B._____.

b) Les explications et les conclusions de l'expert judiciaire, dûment motivées et incontestablement probantes, permettent de retenir que l'assurée ne présente pas de syndrome douloureux somatoforme persistant. S'agissant de la fibromyalgie (retenue sur le plan

rhumatologique par les experts du BREM), ce spécialiste se prononce de façon systématique et convaincante sur les critères en la matière retenus par la jurisprudence, de sorte que la présomption selon laquelle l'assurée peut surmonter ses douleurs pour exercer une activité professionnelle ne se trouve pas renversée. Les experts du BREM, après s'être prononcés sur ces mêmes critères, sont du reste parvenus aux mêmes conclusions. Ainsi, on ne retiendra aucune atteinte à la santé invalidante en raison de la fibromyalgie.

7. a) En conclusion, tant sur les plans somatique que psychique comme sous l'angle de la fibromyalgie, la capacité de travail de la requérante est entière dans son ancienne activité, sans diminution de rendement. C'est donc à juste titre que le droit aux prestations de l'AI lui a été nié, ce qui conduit au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

b) Le dossier étant suffisamment instruit sur le plan médical, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la requérante tendant à un complément d'expertise. A cet égard, en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, le tribunal, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il a procédé d'office, est convaincu que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais

de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 octobre 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 la recourante F._____.
- 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 Olivier Subilia, avocat à Lausanne (pour F._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :