

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 juillet 2011

---

Présidence de      Mme    PASCHE  
Juges     :      MM. Jomini et Métral  
Greffier :        M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Graf,  
avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 à 8 LPGA; art. 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1961, de nationalité portugaise, divorcée et mère d'un fils aujourd'hui majeur, est arrivée en Suisse en 1999 et a travaillé chez Q.\_\_\_\_\_ en qualité de vendeuse du 27 novembre 2000 au 31 octobre 2001.

Le 20 juin 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué qu'elle souffrait de fibromyalgie.

Dans un rapport médical du 2 août 2002 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et néphrologie et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie depuis avril 2000, de cervico-brachialgies gauches sur troubles statiques et protrusion discale médio-latérale gauche C5-C6 depuis janvier 2000 et d'état anxio-dépressif depuis mai 2000. Il a attesté des incapacités de travail suivantes: incapacités de travail totale du 6 février au 31 juillet 2000, du 6 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2001, du 10 juillet au 15 juillet 2001; incapacité de travail à 50% du 16 juillet au 1<sup>er</sup> octobre 2001; incapacité de travail totale du 2 juillet au 7 octobre 2001, et de 50% du 8 octobre 2001 à ce jour. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a réservé son pronostic sur le plan de la capacité de travail de l'assurée, au vu de la longue observation qu'il avait effectuée (il suit l'assurée depuis novembre 1997) et de l'évolution plutôt défavorable.

Dans un rapport médical du 6 août 2002 à l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de dorso-lombalgies chroniques sans trouble neurologique irritatif ou déficitaire, d'état anxio-dépressif et de polyarthrite sans signe inflammatoire. Il retenait que l'assurée était en incapacité de travail à 50% depuis mai 2001 et à 100% depuis juin 2002 dans une activité de vendeuse. Il ajoutait

que la situation actuelle de l'assurée requérait une prise en charge plus soutenue combinée avec une approche tant psychologique que physique, qu'elle avait été adressée au Service de psychologie de liaison et qu'elle disposait de traitements physiothérapeutiques ambulatoires visant à améliorer la détente.

Interpellée par l'OAI, l'assurée a indiqué le 3 février 2003 sur le formulaire 531 bis qu'elle n'aurait jamais cessé de travailler à 100% dans la vente si elle était en bonne santé.

Dans un rapport médical et son annexe du 28 février 2003, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif et de fibromyalgie chez une personne histrionique. Concernant la capacité de travail de l'assurée, le Dr K.\_\_\_\_\_ retenait qu'elle était pratiquement nulle depuis le mois de février 2000, en renvoyant pour les détails aux rapports des Drs N.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier adressé à l'OAI le 6 mars 2003, l'assurance B.\_\_\_\_\_ a indiqué les périodes durant lesquelles elle avait indemnisé l'assurée, à savoir à 100% du 29 juin au 15 juillet 2001, à 50% du 16 juillet au 1<sup>er</sup> octobre 2001, à 100% du 2 octobre au 9 octobre 2001, à 50% du 10 octobre au 11 juin 2002 et à 100% du 12 juin 2002 au 28 février 2003. L'assurance B.\_\_\_\_\_ a précisé que le droit aux prestations pour perte de gain de l'assurée prendrait fin le 29 mai 2003. Elle a en outre notamment fourni à l'OAI les documents suivants :

- Un courrier du Dr N.\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2002 adressé au médecin conseil de l'assurance B.\_\_\_\_\_ dans lequel il retenait les diagnostics de fibromyalgie, d'épisode dépressif moyen, de personnalité histrionique, de syndrome de Cacchi et Ricci, d'hypertension artérielle, de status après malaise avec perte de connaissance d'étiologie indéterminée, d'allergie grave au Valium, d'intolérance au Cosaar, Concor, Plendil, Atacand, Saroten et Norvasc. Il ajoutait que l'évolution de l'état de santé

de l'assurée avait été marquée par une hypertension artérielle mal stabilisée, une aphtose buccale persistante et des douleurs rhumatismales plutôt en augmentation. Concernant l'incapacité de travail, elle était de 100% du 6 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2001 et du 10 au 15 juillet 2001, de 50% du 16 juillet au 1<sup>er</sup> octobre 2001, de 100% du 2 au 7 octobre 2001 et de 50% du 8 octobre 2001 à ce jour. Le Dr N.\_\_\_\_\_ précisait qu'il lui paraissait impossible d'envisager une augmentation du temps de travail à plus de 50% à l'heure actuelle.

- \_\_\_\_\_ Un courrier du Dr N.\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2002 adressé au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin conseil à l'assurance B.\_\_\_\_\_, dans lequel il retenait les mêmes diagnostics que ceux de son courrier du 28 janvier 2002 ainsi que ceux de personnalité dystriopique et d'asthme polyatopique. L'incapacité de travail de l'assurée était de 100% du 15 avril au 28 avril 2002, de 50% dès le 29 avril 2002, et de 100% dès le 12 juin 2002 pour une période de 15 jours. Le Dr N.\_\_\_\_\_ indiquait que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était défavorable, avec des douleurs importantes qui l'avaient empêchée de poursuivre un stage débuté dans une boutique de chaussures et qu'elle présentait un état dépressif.

- \_\_\_\_\_ Une expertise médicale du 24 février 2003 effectuée par la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, mandatée par l'assurance B.\_\_\_\_\_, dont la teneur était notamment la suivante :

"4. Diagnostics

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Fibromyalgie.
- Trouble dépressif et anxieux.
- Cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs modérés avec dysbalance musculaire.
- Dorsolombalgies chroniques non spécifiques.

[...]

5. Appréciation du cas et pronostic

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

Au vu de l'ensemble de ces éléments Mme V. \_\_\_\_\_ est dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle de femme de chambre ou de vendeuse, activités trop contraignantes pour le rachis et qui nécessitent beaucoup de manutention mais aussi des stations debout prolongées.

Il n'y a pas de capacité résiduelle actuellement.

Incapacité de travail: 100% du 06.06.2001 au 15.07.2001, et de 50% dès le 17.07.2001 au 11.06.2002 puis incapacité de 100% à partir du 12.06.2002 et pour une durée prolongée.

### C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Non

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

Non."

Dans un avis du 28 octobre 2003, la Dresse U. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a relevé que, sur le plan somatique, les diagnostics différaient selon le médecin examinateur entre fibromyalgie, syndrome douloureux somatoforme, polyarthrite sans signes inflammatoires et cervico-dorso-lombalgies mais que tous les praticiens retenaient le diagnostic d'état anxio-dépressif. Faute d'indication sur le degré de sévérité de l'état anxio-dépressif, sur la médication actuelle de l'assurée ainsi que sur ses limitations fonctionnelles, la Dresse U. \_\_\_\_\_ proposait que les Drs K. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ soient interpellés à ces sujets.

Le 22 octobre 2003, le SMR a envoyé aux Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ un questionnaire sur l'état de santé de leur patiente.

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a répondu par courrier du 29 novembre 2003 que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était marquée par une petite amélioration, mais que les plaintes subjectives et le status restaient stationnaires.

Dans un courrier du 2 décembre 2003 au SMR, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué la médication actuelle de sa patiente (Fluctine 20, Beloc Zok 50, Stilnox, Spasmo-Canulase, Voltarène 50, Seretide, Aerius, Tilavist, Nasonex). Il mentionnait qu'elle suivait une psychothérapie chez le Dr K. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un traitement de physiothérapie préconisé par son rhumatologue qui la suivait toujours. Concernant les limitations fonctionnelles sur le plan somatique, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'«elles étaient essentiellement liées aux douleurs articulaires et abarticulaires que présent[ait] la patiente. Présence en outre d'un syndrome cervical chronique». Quant à l'état actuel de sa patiente, il notait une persistance de douleurs articulaires multiples, une gêne asthmatique bien équilibrée sous traitement et une stabilité de la situation sur le plan psychologique.

Un examen clinique bidisciplinaire a été pratiqué au SMR le 25 juin 2004, par les Desses Y. \_\_\_\_\_, psychiatre, et U. \_\_\_\_\_. Elles ont retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de léger syndrome cervical dans le cadre d'un trouble de la statique, de discopathies C4-C5 et C5-C6 avec hernie discale médiane médiolatérale gauche en régression ainsi qu'une dysbalance musculaire (M54.2), de personnalité histrionique non décompensée (F 60.4) et de fibromyalgie. Ces médecins indiquaient que leur examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. L'état dépressif diagnostiqué par le Dr K. \_\_\_\_\_ était en rémission complète. L'assurée présentait un trouble de la personnalité histrionique avec des traits narcissiques, non-décompensés, qui ne justifiaient pas une incapacité de travail à 100%. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse faisant partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, elles n'avaient pas retenu ce diagnostic. Elles n'avaient pas noté de perturbation de l'environnement psychosocial malgré l'allégation de lourd handicap exposé par l'assurée. Quant au trouble de la personnalité non décompensé, il ne représentait pas une maladie psychiatrique invalidante. Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait une capacité de travail de 100% depuis

janvier 2003, date de l'amélioration de son état. Sur le plan somatique, les Dresses Y. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic de fibromyalgie et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'assurée devant éviter un travail qui demande des positions extrêmes en extension-rotation de la tête et le port de charges dépassant les 10 kg occasionnellement. La capacité de travail exigible était entière d'un point de vue rhumatologique pour autant qu'elle soit adaptée aux limitations fonctionnelles. Au plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était entière dans toute activité depuis janvier 2003.

Par décision de 15 février 2005, l'OAI a alloué une demi-rente d'invalidité à l'assurée du 1<sup>er</sup> mai au 31 août 2002. Par décision du 22 février 2005, l'OAI a octroyé une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2002 au 31 mars 2003, la capacité de travail étant totale dès le mois de janvier 2003 dans une activité adaptée, dont celle exercée par l'assurée.

Le 18 mars 2005, l'assurée a formé opposition à l'encontre des décisions des 15 et 22 février 2005, demandant que la décision du 22 février 2005 soit réformée dans le sens que le droit à une rente entière se poursuive au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2003. L'assurée a notamment fait valoir qu'il ne s'était pas produit de changement important des circonstances depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003 qui serait de nature à modifier le taux d'invalidité et de constituer un motif de révision, l'appréciation du SMR n'étant corroborée par aucun des médecins consultés.

Dans un rapport médical du 16 décembre 2005 adressé à l'OAI, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente avait développé dans la suite de cervicalgies sur troubles dégénératifs modérés, des troubles abarticulaires multiples qui avaient conduit à un arrêt de travail prolongé, malgré de multiples essais de remise au travail, même à temps partiel. A son sens, elle devait être considérée comme totalement invalide, et ce sur le long terme, une évolution favorable à vue humaine n'étant pas à prévoir.

Dans un avis médical du 6 mars 2006, la Dresse U. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué ce qui suit :

"[...]

Nous avons donc à prendre en compte trois pathologies différentes: des cervicobrachialgies probablement irritatives gauches, la fibromyalgie et un état anxio-dépressif nécessitant la prise en charge psychiatrique. La première a été objectivée et susceptible de causer des IT [incapacité de travail] en tant que vendeuse; elle est cependant en nette amélioration et actuellement responsable de limitations fonctionnelles, mais pas d'incapacité de travail. Si la fibromyalgie n'est pas une maladie invalidante selon la loi AI, elle peut le devenir en association avec une atteinte d'ordre psychiatrique. Or, le médecin traitant atteste un état anxio-dépressif nécessitant une prise en charge psychiatrique existant depuis mai 2000. Le psychiatre, le Dr K.\_\_\_\_\_, connaît l'assurée depuis le 17.06.2002 et dans son rapport médical du 28.02.03 parle d'incapacité de travail à 100% pratiquement depuis février 2000, en se référant au Dr N.\_\_\_\_\_.

Il nous est impossible a posteriori de différencier les raisons des incapacités de travail établies par le Dr N.\_\_\_\_\_, raison pour laquelle nous nous y sommes alignés."

Interpellée par l'OAI, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit, dans un avis médical du SMR du 15 novembre 2006:

"□ Concernant les cervicobrachialgies, on peut dire qu'au vu des données objectives une incapacité de travail prolongée dans une activité adaptée n'est pas justifiée.

□ Sur le plan psychiatrique, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a dû retenir les incapacités de travail attestées par le Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, c'est-à-dire une incapacité de travail totale du 6.06.2000 au 15.07.2001, 50% du 16.07.2001 au 11.06.2002 et 100% du 17.06.02 jusqu'au mois de janvier 2003, date de l'amélioration de son état. Cette dernière date a été fixée sur la base de l'observation clinique lors de l'examen bidisciplinaire du SMR en date du 25.06.2004 (cf. page 6/7).

Comme déjà souligné dans mon avis précédent, une correction a posteriori des incapacités de travail attestées par les médecins-traitants, est extrêmement difficile à établir pour autant qu'elle ne soit pas complètement erronée."

Par décision sur opposition du 23 mai 2007, l'OAI a maintenu sa position et a confirmé ses décisions des 15 et 22 février 2005.

Par acte du 13 juin 2007, V.\_\_\_\_\_ a recouru auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 23 mai 2007 de l'OAI.

Dans un certificat médical du 15 juin 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"Le médecin soussigné certifie suivre Madame V. \_\_\_\_\_ depuis novembre 1997. Depuis février 2005, date à laquelle l'assurance invalidité a opposé une décision négative à la demande de la patiente, l'évolution a été marquée par la persistance de douleurs fluctuantes et handicapant fortement la patiente dans une activité professionnelle.

Malgré la prise en charge conjointe régulière entre le soussigné et le Docteur R. \_\_\_\_\_, rhumatologue, les différentes mesures thérapeutiques, qu'elles soient d'ordre médicamenteuse ou d'ordre physique, n'ont amené que des améliorations imperceptibles ou passagères.

La relation thérapeutique avec le psychiatre traitant a été rompue dans le courant avril 2005, et le soutien psychothérapeutique, ainsi que la médication antidépressive et anxiolytique, ont été assurés par le soussigné.

Parallèlement, la patiente a été suivie pour une hypertension artérielle, pour un syndrome de Cacci-Ricchi ainsi que pour un asthme.

Les douleurs articulaires multiples, les céphalées, l'état de fatigue, ainsi que d'importants troubles du sommeil perturbent considérablement la vie sociale et personnelle de la patiente. Bien loin de confirmer l'amélioration dont il est question dans la réponse de l'assurance invalidité, j'ai constaté une péjoration de la situation. La patiente a accepté une nouvelle prise de contact avec un psychiatre, ceci dès le 16 février 2007. Le consilium confirme un épisode dépressif majeur, dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant."

Dans un rapport médical du 24 juin 2007, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

"Diagnostics:

Cervico-scapulalgies chroniques dans un contexte de:

- Discopathie dégénérative C5-C6.
- Dysbalance musculaire.

Dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de:

- Troubles posturaux.
- Défaut de conscience corporelle.

Syndrome somatoforme douloureux.

Polyarthralgie sans syndrome inflammatoire.

Etat dépressif.

Hypertension artérielle.

Coliques néphrétiques (syndrome de Cacci Ricci).

[...]

En toile de fond, on se trouve confronté à une dépression reflet d'un défaut évident de ressources personnelles. De sorte qu'épuisée, peu satisfaite et inquiète dans cette situation économique, la fatigue physique se fait ressentir d'autant plus que la qualité du sommeil s'avère perturbée."

Dans sa réponse du 17 octobre 2007, l'OAI a déclaré ne pas s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par jugement du 18 décembre 2007 (cause AI 235/07 - 13/2008), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis le recours de V.\_\_\_\_\_, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire puis rende une nouvelle décision. En substance, le Tribunal des assurances a retenu que le volet psychiatrique du rapport bidisciplinaire du SMR du 25 juin 2004 avait été établi par la Dresse Y.\_\_\_\_\_, qui avait signé le rapport avec le titre de psychiatre FMH. Se référant à un arrêt du Tribunal fédéral du 29 octobre 2007 (TF I 781/06), il a relevé qu'aucun des rapports établis par des spécialistes en psychiatrie ne confirmait celui de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, dont la valeur probante se trouvait affaiblie, si bien que l'administration ne pouvait en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de l'assurée et que l'OAI ne pouvait dès lors valablement statuer sur la capacité de travail et l'invalidité de celle-ci sur la base de l'évaluation psychiatrique faite par la Dresse Y.\_\_\_\_\_. Pour le surplus, le Tribunal des assurances a relevé que les parties étaient d'accord sur un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

**B.** Par communication du 14 avril 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale ambulatoire serait effectuée par le Centre M.\_\_\_\_\_ (Centre Centre M.\_\_\_\_\_) à [...].

Dans un courrier du 5 mai 2008 adressé au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin-chef adjoint au SMR, le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionnait que l'évolution de l'état de santé de sa patiente s'aggravait depuis décembre 2005, avec des plaintes de plus en plus marquées, à la fois concernant les douleurs rhumatismales et des céphalées, que la patiente annonçait secondaires à une chute au Portugal. En annexe à ce courrier, le Dr N.\_\_\_\_\_ a produit notamment les pièces médicales suivantes:

- Un courrier du 6 novembre 2006 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, indiquant avoir revu l'assurée en novembre 2006, avec l'impression qu'elle souffrait de «céphalées de tension chroniques plutôt que d'une migraine chronique qui surviennent dans un contexte de dépression et de fibromyalgie».

- Un résumé d'investigation CCP [Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapique] du 27 avril 2007 dans lequel la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, relevait ce qui suit :

#### "4. Observation

##### a Status psychiatrique

Mme V.\_\_\_\_\_ est une patiente de 46 ans, paraissant son âge, à la tenue hygiéno-vestimentaire très soignée, qui se présente ponctuellement aux entretiens. Elle s'exprime très bien en français, bien qu'elle affirme parfois qu'il lui manque un mot. Le ton du discours est expressif, le langage est abondant, par moments circonstancié. Il n'y a pas de trouble formel de la pensée. Sur le plan de l'affectivité et de l'humeur, on relève une tristesse exprimée par des pleurs durant les entretiens, ce qu'elle supporte mal. Elle s'excuse de pleurer. On relève des sentiments d'injustice, d'inutilité, de révolte, associés à une irritabilité. Elle affirme se montrer agressive avec ses amis. Par ailleurs, elle dit souffrir d'isolement, supportant mal de parler de ses douleurs et de montrer ainsi qu'elle est inutile. Dans ce contexte, elle exprime des sentiments de dévalorisation. Il n'y a pas de sentiment de culpabilité. A noter qu'elle a présenté dans les semaines avant la première consultation des idées suicidaires sans projet. Elle exprime encore un vécu douloureux extrêmement important avec des douleurs diffuses, mais en particulier des céphalées et des douleurs dans les articulations des jambes qui sont présentes tout le temps, comme une douleur sourde et qui l'empêchent d'avancer. Elle exprime le sentiment d'être dans une toile d'araignée, sa tête voulant avancer, mais son physique ne suivant pas. A noter encore sur le plan anxieux, Mme V.\_\_\_\_\_ se plaint d'anxiété, qui se manifeste sous forme de difficultés à respirer, associée à des palpitations, et le sentiment qu'elle va mourir. Ces crises surviennent occasionnellement, alors qu'elle est en train de lire le soir dans son lit. Ces crises viendraient au moment où Mme V.\_\_\_\_\_ se pose des questions sur la possibilité de soigner ses douleurs, et sa capacité à retourner au travail. C'est dans ce contexte qu'elle lit beaucoup de livres sur le bien-être. A noter encore des troubles du sommeil sous forme d'une difficulté d'endormissement, et d'insomnies nocturnes. Il n'y a pas de réveil précoce. A noter une prise pondérale de 2 kg depuis l'introduction d'un traitement de Limbitrol par son pneumologue.

#### 5. Diagnostics

##### a. Diagnostic psychiatrique (DSM-IV)

Syndrome somatoforme douloureux persistant  
Episode dépressif majeur."

- Un courrier du 21 février 2007 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, à la teneur suivante:

"Evaluation: je n'ai pas d'explications aux plaintes de ta malade. L'examen de ce jour est rassurant et ce n'est certainement pas une sinusite chronique qui explique ses surinfections respiratoires basses.

De même les céphalées ne dépendent pas, malheureusement, de son status ORL. Dans ce contexte, je me demande si un traitement anti-dépresseur ne pourrait pas être introduit, peut-être non-sédatif, comme du Trittico ?"

Une expertise a été effectuée le 10 juin 2008 au Centre M.\_\_\_\_\_ par les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport en résultant daté du 22 août 2008 avait notamment la teneur suivante :

"V. Données objectives

[...]

Status psychiatrique

[...]

On ne relève aucun élément de la lignée psychotique, ni de trouble de la personnalité.

L'intelligence est de niveau pratique et bonne, il n'y a cliniquement pas de troubles observés dans la sphère neuropsychologique, notamment pas de problèmes de mémoire ou d'attention. Il n'y a pas de fatigabilité, le tonus de base est bon, on n'observe pas de ralentissement psychomoteur.

[...]

Etude du dossier radiologique

Nous avons eu à disposition un volumineux dossier radiologique dont une grande partie implique la pathologie urinaire et qui montre clairement l'anomalie du bassin gauche.

La partie concernant l'appareil locomoteur englobe des IRM cérébrales (normales) et cervicales, montrant des discopathies étagées C4-C5 et C5-C6 avec probable hernie discale C5-C6 médio-latérale gauche, sans empreinte sur le fourreau dural, ni conflit avec la racine.

Les radiographies du thorax sont normales.

VI. Synthèse et discussion

[...]

Situation actuelle:

Sur le plan somatique, il s'agit d'une femme qui présente divers problèmes que l'on peut résumer comme suit :

- Un syndrome douloureux diffus avec un examen clinique normal et une radiologie non contributive, mais l'ensemble des trigger points de la fibromyalgie sont présents. Le diagnostic de fibromyalgie est confirmé, il a déjà été évoqué par divers médecins antérieurement. Il n'y a pas de justification à une incapacité de travail.
- Une dysfonction de l'ATM sur bruxisme nocturne probable. Ce type de pathologie peut déstructurer le sommeil et être à l'origine indirectement de douleurs diurnes, mais aussi de somnolence et de fatigue. Ceci peut être traité, il n'apparaît pas clairement pourquoi cela n'a pas été complètement réalisé. Avec ou sans traitement, cette pathologie n'entraîne pas suffisamment de troubles invalidants pour justifier une incapacité de travail.

La fatigue qui est un symptôme non spécifique est due à une multitude de raisons qui ne justifie que rarement une incapacité de gain. Dans le cas présent, la constellation bruxisme, syndrome (léger) des apnées du sommeil, état dépressif (léger), fibromyalgie, peut expliquer cette fatigue. Toutes ces pathologies sont cependant traitables et/ou ne justifient pas d'incapacité de travail.

L'asthme, les allergies, les coliques néphrétiques ne justifient pas d'incapacité de travail.

Sur le plan psychique, Mme V. \_\_\_\_\_ mentionne d'emblée que sans les douleurs, tout irait bien, pour elle, le problème n'est pas psychique. Sur question, elle mentionne de la tristesse, des angoisses associées à des troubles neurovégétatifs, de la claustrophobie. On relève encore une atteinte de l'image de soi, une absence de plaisir, un manque de confiance en soi. Elle se plaint également de fatigue et présente beaucoup de moments d'hypersomnolence diurne.

A l'entretien, l'assurée est ouverte et parfois souriante, ne montrant aucune gêne au niveau corporelle, avec une gestuelle fluide et harmonieuse, mais également un comportement un peu histrionique. Il n'y a ni douleurs, ni fatigue, ni ralentissement, aucun trouble neurovégétatif suggestif de la présence d'une angoisse sous-jacente.

Il n'y a pas d'autre psychopathologie observée.

Les questionnaires d'autoévaluation montrent un index de satisfaction moyen dans la dernière activité, avec un index de tension suggérant un stress au travail. Ceci est congruent avec l'anamnèse. Tous les autres scores montrent des perturbations qui sont discordants par rapport à la clinique et montrent une image d'une personne très atteinte dans son intégrité corporelle et invalide. On relèvera notamment un score d'autonomie très mauvais qui ne correspond pas à la réalité observée. Ces réponses sont à mettre en relation avec le comportement histrionique.

L'anamnèse et l'observation permettent de retenir un diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen au plus, ce qui va dans le sens de ce que l'assurée affirme, c'est-à-dire une situation réactionnelle sur le plan psychique, car sans douleur, elle serait bien.

La capacité de travail est complète, sans diminution de rendement.

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD- 10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.  
Depuis quand sont-ils présents?

Aucun

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Depuis quand sont-ils présents?

o Syndrome somatoforme de type fibromyalgique.

o Episode dépressif léger à moyen.

o Comportement histrionique.

[...]

Sur les plans somatique et psychique, les atteintes à la santé retenues tant dans l'expertise rhumatologique de septembre 2002, que par les Drs K.\_\_\_\_\_ puis C.\_\_\_\_\_, psychiatres, ou lors de l'examen bidisciplinaire au SMR, sont semblables.

La Dr T.\_\_\_\_\_ attestait une exigibilité nulle pour une fibromyalgie et des cervico-dorso lombalgies au substrat banal pour le contexte, les Dr K.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ un trouble somatoforme versus fibromyalgie avec état ou épisode dépressif.

Ce sont essentiellement les mêmes diagnostics qui sont retenus tant par le SMR et par nous-mêmes pour conclure à l'absence d'incapacité de travail dans l'activité exercée dès mars 2003 au moins (suppression de la rente de durée limitée)."

Dans un avis médical du SMR du 14 novembre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ observait que le rapport d'expertise confirmait l'absence d'incapacité de travail actuelle, l'absence d'évolution depuis septembre 2002 et concluait qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail d'au moins 20%. Sur cette base, le droit à une rente, même limitée dans le temps, n'avait jamais été justifié par une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

Dans un projet de décision du 26 février 2009, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée tendant à l'octroi d'une rente, annulant la décision du 22 février 2005 qui lui octroyait une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2002 au 31 mars 2003. Se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre M.\_\_\_\_\_ du 22 août 2008, l'OAI a retenu que l'assurée n'avait jamais eu d'incapacité de travail d'au moins 20% et qu'un droit à la rente, même limitée dans le temps, n'avait jamais été justifié par une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

Dans ses observations du 8 mai 2009, l'assurée concluait, préalablement, à ce que les pièces médicales produites (cf. ci-dessous) soient soumises aux experts du Centre M.\_\_\_\_\_ pour déterminations et, au fond, à ce qu'elle continue à avoir droit à une rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2003. Les pièces médicales produites étaient les suivantes:

- Un courrier du 30 mars 2009 du Dr N.\_\_\_\_\_ adressé au conseil de l'assurée, dont la teneur était la suivante:

"Je ne peux m'associer aux conclusions des experts AI lorsqu'ils mentionnent que tous les médecins consultés y compris eux-mêmes retiennent des diagnostics semblables dans l'atteinte à la santé de Madame V.\_\_\_\_\_: en effet, la Consultation psychiatrique F.\_\_\_\_\_ relève un syndrome somatoforme douloureux persistant ainsi qu'un épisode dépressif majeur, dont les implications dans la vie quotidienne et en particulier la capacité de travail sont sans aucun doute très différentes de la conclusion «pas de trouble psychique» qui est celle de l'expertise d'août 2008. Du reste, la description du status psychiatrique telle qu'elle est faite par la Consultation psychiatrique F.\_\_\_\_\_ corrobore clairement un état dépressif majeur et une implication sévère sur le fonctionnement social.

De mon point de vue, les conclusions des experts du Centre M.\_\_\_\_\_ ne sont pas recevables en ce sens qu'elles ne tiennent pas compte de l'évolution psychiatrique telle qu'elle a été présentée tout au long des années d'observation de Madame V.\_\_\_\_\_. Dans les conclusions des experts du Centre M.\_\_\_\_\_, je relève qu'on se fonde sur le fait que l'assurée mentionne que «sans douleur, elle serait bien» il s'agit là d'une réaction tout à fait compréhensible et usuelle de la part d'un douloureux chronique: les symptômes douloureux prennent naturellement le dessus sur tout autre symptôme, en particulier d'ordre dépressif.

Madame V.\_\_\_\_\_ reste de mon point de vue médicalement inapte à une activité professionnelle. Je regrette que d'autre part, les conclusions des experts nient la possibilité à la patiente toute mesure de réadaptation ou d'observation professionnelle dans un cadre adapté."

- Un certificat médical du 6 mai 2009 du Dr N.\_\_\_\_\_ qui a retenu ce qui suit:

"[...]

Le syndrome douloureux s'est développé d'une fibromyalgie et la patiente s'est vue prise en charge dès 2000 par de multiples spécialistes parmi lesquels je relève internistes, rhumatologues, psychiatres, neurologues, ces nombreuses consultations ayant permis de cerner le diagnostic de fibromyalgie, hypertension artérielle, état anxio-dépressif, status après malaises avec perte de connaissance d'étiologie indéterminée, allergie grave au Valium, intolérances médicamenteuses multiples, asthme polyatopique,

cervicobrachialgies gauches sur troubles statiques et protrusion discale médiolatérale gauche C5-C6, un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil limite, un bruxisme, une ronchopathie.

Dans cette longue évolution, le soussigné a constaté l'aggravation progressive de l'état général de la patiente et malgré un encouragement constant, sur le long terme, vers une reprise de travail, des échecs répétés occasionnés par une constante et handicapante reprise du syndrome douloureux.

Les douleurs chroniques que présente Madame V.\_\_\_\_\_, l'état anxio-dépressif qu'elle a développé, les limitations liées à un enkystement psychoaffectif dans le syndrome douloureux résultent en une situation de handicap profond sur le plan médical, social, professionnel. Ce fait est confirmé par plusieurs années d'observation attentive sur le plan médical et social.

Une reconnaissance officielle de ce handicap pourrait jouer un rôle favorable dans l'évolution psychologique de la patiente."

- Un courrier du 20 avril 2009 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, adressé au conseil de l'assurée dont le contenu était le suivant:

"1. Si vous êtes d'accord avec l'anamnèse, les diagnostics et conclusions quant à la capacité de travail de ce rapport ?

Réponse: Le status psychiatrique décrit dans le rapport d'expertise du 10 juin 2008 ne correspond pas au status que je peux établir lors des consultations de cette patiente qui est en mon traitement depuis le 7 octobre 2008. Cette patiente est constamment en pleurs, quasi irréprouvables. Elle se plaint toujours d'être fatiguée, délaissée, de n'en plus pouvoir. Elle se plaint de ne pas dormir, de faire des cauchemars horribles. Tout n'est que plainte et douleurs. D'autre part, cette patiente présente une liste impressionnante de médicaments qu'elle dit ne pas supporter: Cosaar, Plendil, Novalgine, Valium, Atacand Plus, Codéine, Mydocalm, Cocnor, Saroten, Tramal, Tranxilium, Norvasc, Dilzem et Anafranil. Elle suit un traitement médicamenteux également impressionnant: Agopton, Spiriva, Avamys, Seretide, Aerius, Symfona Forte, Aprovel, Beloc Zok, Temesta, Dafalgan, Eflexor et Stilnox. Il est donc particulièrement difficile dans ces conditions de savoir si une telle médication a un effet sur l'état de santé psychique de cette patiente. Mais il manifeste au moins le souci de tous les médecins traitants de tenter d'améliorer et de soutenir l'état de santé de cette patiente.

De mon point de vue, il est patent que cette patiente présente une atteinte chronique à son état de santé psychique avec des expressions somatiques diverses sans cause objectivable vraisemblablement. Les thérapeutiques les plus diverses ont été tentées et ne permettent pas d'améliorer la symptomatologie. Cette patiente connaît progressivement une désinsertion sociale importante et un retrait social.

Il est pour moi patent que cette patiente ne peut pas travailler en raison des troubles psychiques et somatiques qu'elle présente.

2. Si non, que pouvez-vous me dire sur le plan médical, quelles critiques pourrions-nous adresser à ce rapport, cela uniquement en rapport avec votre spécialité ?

Réponse: je n'ai pas de critique à formuler au rapport d'expertise du 10 juin 2008.

3. Quelle est d'après vous la capacité de travail de Mme V. \_\_\_\_\_ dans son activité habituelle et dans une autre activité adaptée ?

En l'état actuel, et eu égard au status que j'ai constaté, j'estime que cette patiente est actuellement totalement incapable de travailler dans le monde économique."

Dans un avis médical du SMR daté du 28 septembre 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit:

"Les deux certificats médicaux du Dr N. \_\_\_\_\_, datés du 30.03.09 et du 06.05.09, font état de l'appréciation de l'état psychiatrique par le médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie. Il n'apporte aucun élément médical objectif nouveau.

Dans son courrier du 20.04.09, le Dr A. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, fait état de sa propre appréciation de l'état psychique de sa patiente. Je relève que son appréciation diffère de celle des experts dans la mesure où le Dr A. \_\_\_\_\_ ne se fie qu'aux plaintes de l'assurée («se plaint toujours d'être fatiguée, délaissée», «elle se plaint de ne pas dormir, de faire des cauchemars horribles...»). En effet, il ne mentionne aucun élément objectif. Il ne peut donc pas contredire les experts sur leur observation clinique. Il ne fait pas mention de diagnostics psychiatriques qui différencieraient de ceux des experts. Il n'a pas de critique à formuler contre le rapport d'expertise. Seule son appréciation de la capacité de travail diffère de celle des experts, sans raison médicale justifiée.

L'appréciation des experts est plus complète et mieux étayée que celle du psychiatre traitant. Les experts motivent leurs conclusions par un examen complet, faisant état d'éléments médicaux objectifs et en conformité avec la jurisprudence en matière de syndrome douloureux somatoforme. Le courrier du Dr A. \_\_\_\_\_ ne remet pas en question ces conclusions."

Par décision du 23 octobre 2009, l'OAI a confirmé son projet du 26 février 2009 et rejeté la demande de prestations de l'assurée, annulant la rente entière qui avait été octroyée du 1<sup>er</sup> septembre 2002 au 31 mars 2003.

Dans ses motivations datées du même jour, adressées au conseil de l'assurée, l'OAI a exposé que l'expertise du Centre M. \_\_\_\_\_ se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical; en outre ses conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Par conséquent, l'OAI a considéré que cette expertise avait pleine valeur probante et qu'aucun des avis médicaux produits n'apportaient d'éléments

susceptibles de remettre en question les conclusions du Centre M.\_\_\_\_\_. Il a dès lors confirmé son projet de décision du 26 février 2009, la contestation du 1<sup>er</sup> avril 2009 n'apportant aucun élément susceptible de modifier sa position.

**C. a)** Le 20 novembre 2009, V.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 23 octobre 2009 de l'OAI, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> mai au 31 août 2002, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2002. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et sollicite en outre, préalablement, l'audition en qualité de témoin du Dr A.\_\_\_\_\_. En substance, elle fait valoir que les Drs N.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 30 mars 2009 et certificat médical du 6 mai 2009) et A.\_\_\_\_\_ (courrier du 20 avril 2009) concluent à une incapacité de travail totale et contredisent ainsi le rapport d'expertise du Centre M.\_\_\_\_\_, ce qui justifie un complément d'instruction judiciaire pour déterminer ce qu'il en est réellement de son état psychique. Elle plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire.

**b)** Dans sa réponse du 14 janvier 2010, l'OAI propose le rejet du recours ainsi que le maintien de la décision attaquée. Il joint en annexe un avis médical du 8 janvier 2010 dans lequel le Dr W.\_\_\_\_\_ conclut que les avis des Drs N.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions du Centre M.\_\_\_\_\_.

**c)** Dans ses déterminations du 8 février 2010, la recourante expose qu'elle ne comprend pas comment le Dr W.\_\_\_\_\_ peut affirmer que les avis des Drs N.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts. Elle produit en outre une nouvelle correspondance du Dr A.\_\_\_\_\_ adressée à son conseil, semblable à celle du 20 avril 2009, dans laquelle ce praticien ajoute que le status psychiatrique qu'il peut réaliser actuellement est totalement différent de celui des experts et que la question qui se pose alors est de savoir si le status psychiatrique est fluctuant au cours du temps ou s'il y a une nette aggravation de l'état de santé de la patiente. La recourante

déplore en outre qu'aucun expert n'ait répondu aux questions de savoir quels sont les effets de sa lourde médication sur son état de santé psychique ainsi que celle de savoir si son status psychiatrique est fluctuant au cours du temps ou s'il y a une nette aggravation de son état de santé.

**d)** Dans ses déterminations du 4 mars 2010, l'OAI confirme sa position et renvoie à la décision querellée ainsi qu'à sa réponse du 14 janvier 2010. Il joint un avis médical du SMR du 2 mars 2010 dans lequel le Dr W. \_\_\_\_\_ maintient les conclusions de son avis médical du 8 janvier 2010, considérant que les déterminations du 8 février 2010 de la recourante n'apportent aucun argument nouveau permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise du Centre M. \_\_\_\_\_.

**e)** Par courrier du 18 mars 2011, la juge instructeur a informé le conseil de la recourante que sans réponse de sa part d'ici au 4 avril 2011, elle considérerait que l'assistance judiciaire ne concerne que les frais. Cette correspondance est restée sans suite.

### **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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; 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 (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 (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) LPGA, 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. Il doit être déposé dans les 30 jours dès la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA).

**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 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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 en temps utile par V.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 23 octobre 2009 par l'OAI.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, l'office intimé soutenant qu'il est nul depuis toujours, alors que cette dernière prétend à l'octroi d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 31 août 2002 puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2002.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les arrêts cités; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 c. 6.1).

**c)** Le juge des assurances sociales 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 trancher 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.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 c. 5.2). Cependant, 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 c. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les

seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert de l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 c. 4 et les références).

**d)** Dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, 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 c. 4.2.1; TF I 216/06 du 28 février 2007 c. 3.2; TF I 176/06 du 26 février 2007 c. 4). Ainsi, 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; cette présomption doit être étendue au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 c. 4.2.1; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 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 (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 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), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires

conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2).

Ainsi, une expertise psychiatrique s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 c. 2.2.2 et 396 c. 5.3.2; TF I 533/06 du 23 mai 2007 c. 3.1).

**4.** Dans le cadre de la présente affaire, l'OAI a retenu - sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre M.\_\_\_\_\_ du 22 août 2008 ainsi que sur l'appréciation du SMR du 28 septembre 2009 - que l'assurée n'avait jamais eu d'incapacité de travail d'au moins 20%.

La recourante conteste ce point de vue. Elle reproche à l'OAI de s'être fondé uniquement sur les conclusions de l'expertise du Centre M.\_\_\_\_\_ alors qu'elles seraient contredites par les pièces médicales, à savoir le courrier du Dr N.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2009 et son certificat médical du 6 mai 2009 ainsi que par ceux du Dr A.\_\_\_\_\_ des 20 avril et 10 novembre 2009. La recourante déplore en outre qu'aucun expert n'ait

examiné les effets de sa lourde médication sur son état de santé psychique ainsi que le point de savoir si son status psychiatrique était fluctuant.

**a)** A l'examen des pièces médicales au dossier, il apparaît que l'état de santé - respectivement la capacité de travail - de la recourante a fait l'objet d'évaluations qui divergent sur plusieurs points essentiels.

**aa)** Tout d'abord, dans son courrier du 30 mars 2009 et son certificat médical du 6 mai 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux persistant et d'épisode dépressif sévère. Il relève en outre la longue évolution de la pathologie de sa patiente, au cours de laquelle il a constaté l'aggravation progressive de son état général.

Dans ses courriers des 20 avril et 10 novembre 2009, le Dr A. \_\_\_\_\_ retient que la recourante présente une atteinte chronique à son état de santé psychique avec des expressions somatiques diverses, relevant que «tout n'est que plainte et douleurs». Ce praticien observe que sa patiente est constamment en pleurs et connaît progressivement une désinsertion sociale importante et un retrait social (courrier du 20 avril 2009).

Dans le rapport d'expertise du Centre M. \_\_\_\_\_, les Drs X. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ne retiennent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, et concluent à l'absence d'incapacité de travail dans l'activité exercée dès mars 2003 au moins. Or cette expertise se révèle sommaire sur le plan psychiatrique. En particulier, les critères posés par la jurisprudence (cf. considérant 3d ci-dessus) sont peu investigués. Du reste, l'ensemble des autres médecins consultés (Drs A. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_) semble s'accorder sur la gravité de la dépression présentée par la recourante. Ainsi le Dr N. \_\_\_\_\_ relève dans son certificat médical du 15 juin 2007 que le consilium mis en œuvre confirme un épisode dépressif majeur dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. Le Dr R. \_\_\_\_\_, qui n'est certes pas

spécialiste en psychiatrie, retient lui aussi le diagnostic d'état dépressif dans son rapport médical du 24 juin 2007. La Dresse C.\_\_\_\_\_ pose notamment le diagnostic d'épisode dépressif majeur dans son résumé d'investigation du 27 avril 2007. Plusieurs médecins soulignent également le retrait social progressif de la recourante. Le Dr N.\_\_\_\_\_ parle pour sa part d'«enkystement psychoaffectif dans le syndrome douloureux», ainsi que de handicap profond sur le plan médical, social et professionnel (certificat médical du 6 mai 2009). De surcroît, le processus maladif de la recourante paraît s'étendre sur plusieurs années sans rémission durable, cette dernière semblant présenter une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

**bb)** Par ailleurs, les différents médecins interpellés ont produit des avis divergents quant à la répercussion des troubles de la recourante sur sa capacité de travail.

Du côté des médecins traitants, le Dr N.\_\_\_\_\_ considère qu'elle est inapte à une activité professionnelle (courrier du 30 mars 2009); le Dr A.\_\_\_\_\_ estime qu'elle ne peut pas travailler en raison des troubles psychiques et somatiques qu'elle présente (courrier du 20 avril 2009).

En ce qui concerne le SMR, le Dr W.\_\_\_\_\_ est d'avis que l'appréciation des experts [du Centre M.\_\_\_\_\_] est plus complète et mieux étayée que celle du psychiatre traitant (avis médical du 28 septembre 2009).

**b)** En résumé, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la gravité des troubles présentés par la recourante, notamment la gravité de la dépression ou l'existence d'un trouble de la personnalité.

Ces divergences ou différences ne permettent pas d'accorder en l'état un caractère probant à l'expertise réalisée par le Centre M.\_\_\_\_\_, respectivement l'avis du SMR du 28 septembre 2009, sur

lesquels l'OAI s'est fondé, car il subsiste des doutes. En pareil cas, la jurisprudence impose la mise en oeuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, à savoir une expertise réalisée par un médecin qui ne dépend pas de l'assurance ou de son service médical (cf. ATF 135 V 465).

**c)** Il ne se justifie pas d'ordonner la mise en oeuvre de l'expertise indépendante dans le cadre de la présente procédure judiciaire. Il est plus expédient de renvoyer l'affaire à l'OAI, qui ordonnera à tout le moins une expertise psychiatrique, respectivement toute mesure utile au regard des affections présentées par la recourante, puis rendra une nouvelle décision sur la demande de prestations AI.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs de la recourante.

**5. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

**b)** Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat. Ce dernier a pourtant admis que l'assistance judiciaire ne concernait que les frais.

**c)** La recourante obtient gain de cause dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assistée par un mandataire autorisé, elle a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 c. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Graf, (pour V. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cette décision est en outre communiquée au Service juridique et législatif par courrier électronique.

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 :