

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 485 vom 21. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_485](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__485)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 485 du 21 mars 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 485 del 21 marzo 2011

### Regeste

FIBROMYALGIE, FORCE PROBANTE, EXPERTISE MÉDICALE, ADMISSION DE LA DEMANDE, HERNIE DISCALE | 61 let. c LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 21.03.2011 Arrêt / 2011 / 485

FIBROMYALGIE, FORCE PROBANTE, EXPERTISE MÉDICALE, ADMISSION DE LA DEMANDE, HERNIE DISCALE | 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 213/09 - 185/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES  
Arrêt du 21 mars 2011

Présidence de Mme Thalmann Juges : MM. Pittet et

Perdrix, assesseurs Greffière :

Mme Barman \*\*\*\*\* Cause pendante entre :

O. \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne, et office de l'assurance-invalidité pour le canton de vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 61 let. c LPGA E n f a i t : A. Le 29 juin 2004, O. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1970, mariée et mère de trois enfants nées en 1995, 2000 et 2001, a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI). Du 3 février 1999 au 31 janvier 2002, elle a travaillé comme ouvrière couseuse sur machines automatiques pour la couture des bas et collants chez [...] SA, à raison de 8h. 40 par jour. Elle a ensuite touché des indemnités de chômage, le délai-cadre durant du 2 février 2004 au 1 er février 2006. Le 19 décembre 2003, le Dr B. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a écrit au Dr T. \_\_\_\_\_, médecin traitant, notamment ce qui suit : " Diagnostic Troubles somatoformes/fibromyalgie. Je ne peux que confirmer ton diagnostic de fibromyalgie. En effet, cette jeune patiente se plaint de douleurs généralisées. Parlant mal le français, l'anamnèse est faite par l'intermédiaire de son mari. Madame O. \_\_\_\_\_ signale des douleurs rachidiennes généralisées puis énumère pratiquement toutes les articulations et la musculature des quatre membres. Il y a d'autre part un manque de force des membres supérieurs avec des sensations de brûlure du corps. A l'examen clinique, elle pèse 76 kg pour une taille de 161 cm (BMI 30). Elle m'est apparue quelque peu déprimée et ralentie. Je ne constate pas de syndrome cervico-dorso-lombaire, pas de contracture de la musculature para-vertébrale et l'examen systématique des articulations reste dans les limites normales. Tous les points de fibromyalgie sont douloureux et quatre signes sur cinq de non organicité de Waddell sont positifs. Le traitement sera bien sûr difficile et insatisfaisant. Je lui prescris du Distalgesic qu'elle prendra matin et soir et lui donne de l'emulgel Assan. Il faut dire que la situation de cette famille est quelque peu précaire. En effet, Madame O. \_\_\_\_\_ est au chômage depuis de nombreux mois suite à la fermeture de [...]. Son chômage se termine dans deux mois. D'autre part son mari, si j'ai bien compris, risque également d'être au chômage étant donné

la robotisation de son poste de travail. Tout cela doit certainement perturber cette patiente que j'ai trouvée inquiète. " Dans un rapport du 14 juillet 2004, le Dr B.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fibromyalgie et un trouble somatoforme. Il a estimé que l'activité professionnelle de l'assurée, savoir tailleuse de pierres précieuses, pouvait être poursuivie. Le 20 juillet 2004, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants: "Fibromyalgie – Dépression nerveuse – Lombalgie chronique". Il indiquait que depuis plusieurs années, la patiente se plaignait de lombalgies, qu'elle avait été suivie à la permanence du [...] où différents médicaments avaient été inefficaces. En outre, elle se plaignait souvent de douleurs articulaires et musculaires. Les examens de laboratoire étaient normaux. Le traitement consistait en des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Selon le Dr T.\_\_\_\_\_, aucune activité n'était exigible. Le 30 août 2004, l'assurée a rempli le formulaire 531bis et déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% à cause des enfants. Elle mentionnait également que son conjoint était au chômage. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 7 avril 2005 au domicile de l'assurée. Du rapport d'enquête, il résultait que c'était par erreur que l'assurée avait mentionné qu'en bonne santé elle travaillerait à 50%. Elle avait travaillé chez [...] à 100% alors que sa fille aînée était en bas âge et a eu deux autres enfants en 2000 et 2001 sans réduire son taux d'activité. Son conjoint était en recherche d'emploi et au RMR (revenu minimum de réinsertion). L'enquêtrice en a conclu que le statut de l'assurée était de 100% active. Le rapport précisait enfin que le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ comportait une erreur, dès lors que c'était le mari de l'assurée qui était tailleur de pierres précieuses et non pas elle, laquelle avait eu une formation de couturière et dentellière en Turquie. Dans un rapport du 11 septembre 2006, le Dr T.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une hernie discale L5-S1, une dépression nerveuse, une fibromyalgie et des céphalées. Il estimait que l'état de santé s'aggravait et que l'assurée était en incapacité de travail totale. Il transmettait à l'OAI les rapports médicaux suivants: - un rapport du 24 décembre 2004 du Dr P.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, dont il résultait notamment ce qui suit : " Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, je pense que la symptomatologie dont se plaint Madame O.\_\_\_\_\_ est vraisemblablement en relation avec l'état anxio-dépressif plutôt que l'expression d'une atteinte structurelle du système nerveux central. En effet, les maux de tête ont clairement un caractère tensionnel, les sensations vertigineuses sont assez mal systématisées et l'examen clinique n'apporte pas la preuve d'une atteinte structurelle du système nerveux, notamment pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse. Les troubles sensitifs facio-brachiaux gauches sont le plus probablement subjectifs en l'absence d'autres signes d'atteinte du système nerveux central. Madame O.\_\_\_\_\_ paraissant craindre une tumeur cérébrale et compte tenu des discrètes anomalies mises en évidence à l'examen clinique, je propose tout de même de compléter le présent bilan par une IRM cérébrale afin de clarifier plus définitivement la situation Je vous laisse le soin d'ordonner cet examen mais je reste bien volontiers à disposition pour en commenter le résultat. Sur le plan thérapeutique, à moins d'une surprise à l'IRM cérébrale, je pense qu'il s'agira de mettre l'accent sur le traitement psychotrope, les traitements symptomatiques n'ayant que peu de chances d'agir sur les maux de tête et les sensations vertigineuses. Je pense que l'on peut tout particulièrement renoncer à des traitements de type Betaserc qui ne sauraient être efficaces dans une telle situation. " - un rapport d'IRM lombaire du 16 novembre 2005 du Dr D.\_\_\_\_\_ qui concluait comme suit : " Protrusion discale postéromédiane modérément sténosante en L4-L5. Hernie discale postéromédiane paramédiane gauche modérément sténosante à sténosante en L5-S1 produisant un conflit avec la racine S1 gauche à son

émergence. D'autre part, une hypertrophie des ligaments jaunes et des remaniements arthrosiques postérieurs rétrécissent le canal lombaire de L4-L5 à L5-S1. " Le psychologue K. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, chef de clinique adjoint à [...], ont posé, dans leur rapport du 21 septembre 2006, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Retenant une incapacité de travail totale du 9 mars 2004 au 9 mars 2006, ils mentionnaient que l'état de l'assurée s'améliorait et indiquaient en particulier ce qui suit : " Un suivi sous la forme d'un soutien psychologique et une médication adéquate a été nécessaire à Mme O. \_\_\_\_\_ afin de lui permettre de surmonter son état dépressif. L'arrêt de la prise en charge psychothérapeutique a été décidé conjointement avec la patiente. En effet, elle avait surmonté son état dépressif et trouvait au sein de sa famille les ressources nécessaires. Néanmoins, l'état de santé psychique de Mme O. \_\_\_\_\_ est fragile et une réactivation du trouble dépressif est toujours envisageable. " Afin de compléter l'instruction de la demande de prestations AI, un examen psychiatrique a été réalisé au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) par la Dresse E. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Dans son rapport du 25 septembre 2006, elle indiquait notamment ce qui suit : " Vie quotidienne L'assurée se lève vers 10 h, parfois plus tôt, elle prend le petit déjeuner rarement. En fonction de son état, elle sort faire les courses avec son mari. L'assurée s'occupe du ménage, elle fait la lessive une fois toutes les deux semaines, le repassage une fois toutes les deux semaines, passe l'aspirateur une fois tous les trois jours aidée par sa fille ou son mari, et prépare le repas deux fois par jour, à midi et le soir. Elle sort faire les courses un peu tous les jours. A midi, la famille mange ensemble. Après le repas, elle ne fait pas de sieste. L'assurée possède un lave-vaisselle, qu'elle utilise deux fois par jour. Dans l'après-midi, rarement, elle fait des promenades. Pendant le week-end, elle préfère rester à la maison. Sa vie sociale est inchangée depuis son arrivée en Suisse. L'assurée ne possède pas de permis de conduire. En raison de ses difficultés financières, l'assurée rentre en Turquie une fois tous les deux ans, et en Allemagne irrégulièrement, dernières vacances il y a une année et demie. L'assurée préfère rester à la maison où elle regarde la TV et parfois fait du raccomodage. [...]

**DIAGNOSTIC** - avec répercussion sur la capacité de travail: • AUCUN. - sans répercussion sur la capacité de travail: • **DIFFICULTÉS LIÉES À L'EMPLOI ET AU CHÔMAGE (Z 56)**. [...]

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbations de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis son arrivée en Suisse, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assurée n'est pas démonstrative, elle présente une amplification verbale des plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer notre empathie. Actuellement, elle n'a aucune prise en charge sur le plan rhumatologique, consulte toutefois peu son médecin traitant, et garde néanmoins un fonctionnement social inchangé. Selon la CIM-10, le syndrome douloureux somatoforme persistant est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Par ailleurs, le diagnostic de fibromyalgie a été retenu par le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin rhumatologue et l'IRM lombaire

du 16.11.2005 conclut à une protrusion discale postéro-médiane modérément sténosante en L4-L5, hernie discale postéro-médiane-para médiane G modérément sténosante à sténosante en L5-S1, produisant un conflit avec la racine S1 G à son émergence. D'autre part, une hypertrophie des ligaments jaunes et des remaniements arthrosiques postérieurs rétrécissent le canal lombaire de L4-L5 à L5-S1. A notre avis, la douleur décrite par l'assurée est de nature organique. L'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie ni d'échec de traitement dans les règles de l'art, car elle n'a aucune prise en charge rhumatologique. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de difficultés liées à l'emploi et au chômage, qui ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assuré[e] ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante, et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité. " Dans un rapport d'examen SMR du 12 octobre 2006, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a mentionné notamment : " Demande de rente du 29.6.2004, à l'âge de 33 ans, mariée, 3 enfants 1995, 13.6.2000, 23.7.2001, ouvrière chez [...] de février 1999 - 31.1.2002, date de son licenciement pour restructuration, suivi de 2 ans de chômage. L'époux a également épuisé son droit au chômage début 2005 et touche actuellement le RMR. Considérée comme active. Au plan médical : fibromyalgie. Le Dr B. \_\_\_\_\_, rhumatologue, conclut dans son rapport du 14.7.2004 à un trouble somatoforme douloureux au vu de la normalité du status. Il note 4 sur 5 signes de Waddell. Avec son rapport du 11.9.2006 le Dr T. \_\_\_\_\_ ajoute en annexe un rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 24.12.2004 avec un status neurologique normal malgré les plaintes de douleurs dans le rachis entier et les 4 membres. Il joint également un rapport d'IRM du 16.11.2005 décrivant une protrusion discale L4-L5 et une discopathie avec prolapsus discal en L5-S1 en contact avec la racine S1 G qui est susceptible d'être irritée. Cet examen n'a entraîné aucune modification du traitement qui consiste toujours en Dafalgan ou Novalgine pris irrégulièrement. Le Dr F. \_\_\_\_\_, rhumatologue au SMR, a vu le rapport d'IRM lombaire, et a fixé les LF. Dans son activité habituelle dans une usine fabriquant des bas en nylon elles étaient respectées. Elle n'a d'ailleurs pas été en arrêt-maladie lors de son emploi. " Le 18 octobre 2006, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision l'informant de son intention de rejeter sa demande. Dans un rapport du 25 octobre 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué notamment ce qui suit : " Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il ne fait pas de doutes que les anomalies dégénératives disco-vertébrales et le rétrécissement du diamètre du canal rachidien observés à l'IRM lombaire peuvent être la cause de douleurs lombaires voire d'une irritation radiculaire pouvant entraîner une gêne dans les activités lourdes notamment du ménage. Néanmoins, pour les éléments développés plus haut, nous n'avons pas fait la preuve d'une franche compression radiculaire tant sur le plan anamnestique que clinique et électrophysiologique et le tableau clinique reste dominé par des éléments de fibromyalgie. Sur le plan thérapeutique, théoriquement, on pourrait songer à une infiltration périurale au niveau L5-S1 mais il est peu probable que, dans le contexte global, cette mesure soit un succès. Je pense également que l'accent devrait être mis sur le traitement psychotrope avec un antidépresseur tricyclique ou du Remeron visant à agir à la fois sur l'humeur et la douleur. En ce qui concerne la capacité de travail, les anomalies radiologiques mises en évidence à l'IRM pourraient justifier une incapacité de travail de 50 % . " Le 3 novembre 2006, le Dr T. \_\_\_\_\_ a établi, à l'attention de l'OAI, le certificat médical suivant : " Je suis Madame O. \_\_\_\_\_ depuis plusieurs années pour une fibromyalgie (diagnostique

confirmé pas le Dr B. \_\_\_\_\_), affection très débilitante l'empêchant même de faire convenablement son ménage et ne réagissant pas aux médicaments anti-inflammatoires et à la physiothérapie. En outre elle se plaint régulièrement de lombo-sciatalgies sur hernie discale et j'ai dû lui faire souvent des injections d'anti-inflammatoires. Tout cela provoque chez Madame O. \_\_\_\_\_ un état de dépression marquée avec insomnie et grande fatigue. Elle reçoit des antidépresseurs et elle est suivie par un psychiatre. En outre des céphalées fréquentes aggravent la situation. Cet état ne lui permet pas d'assurer une activité professionnelle et elle devrait pouvoir bénéficier de l'AI. " Dans un rapport du 7 décembre 2006, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin cadre au Service de rhumatologie, Médecine physique et réhabilitation, du CHUV, s'est exprimé notamment comme suit : " **DIAGNOSTICS** Pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes. • Troubles statiques et dégénératifs rachidiens. • Déconditionnement physique global et focal. Probable état anxio-dépressif réactionnel. Surcharge pondérale versus obésité (je n'ai pas pesé la patiente). **DISCUSSION** L'essentiel de la consultation a consisté à expliquer à Madame O. \_\_\_\_\_ et à son mari les différentes composantes de la lombalgie et en particulier l'importance de la récupération de la condition physique, à côté de la banalité des hernies discales en tant que témoin des problèmes de surcharge rachidienne plutôt que comme cause. J'ai lourdement insisté sur le fait qu'elle ne serait jamais paralysée dans une chaise roulante et qu'il n'y avait pas d'autre cause à rechercher que son déconditionnement physique. L'explication donnée sur les images de l'IRM m'a permis de renforcer cette illustration, qui semble avoir emporté l'adhésion en tout cas de son mari. Je suis moins sûr d'avoir persuadé Madame O. \_\_\_\_\_. Dès lors, sur le plan purement physique, il est justifié de lui remettre une prescription de rééducation, qu'elle pourra effectuer dans le cabinet de physiothérapie de M. N. \_\_\_\_\_ à [...], qui dispose du plateau technique et des compétences nécessaires. Le traitement doit viser comme but une information sur les différentes facettes du problème, un apprentissage des postures de protection lombaire, une correction des dysbalances musculaires sur hypo-extensibilité, une rééducation instrumentale et proprioceptive, visant également à récupérer la coordination motrice, ceci au minimum 3x/semaine, avec, comme prescription initiale entre 9 et 15 séances. Je vous laisse donc le soin en votre qualité de médecin traitant de faire cette prescription. De mon côté, je vais prendre contact comme mentionné ci-dessus avec [...] pour essayer de dépister d'éventuels facteurs de surcharge psychosociaux ou individuels à même d'influencer négativement cette approche." Dans un rapport du 8 janvier 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé notamment ce qui suit : " Radiographies L'IRM novembre 2005 lésions discales L4-L5 et L5-S1, sans compression neurologique définissable, mais hétérogénéité de la musculature lombaire basse, au niveau lombo-sacré en particulier, argument important pour une déficience fonctionnelle objective à ce niveau. **DIAGNOSTICS** Pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes. • Troubles statiques et dégénératifs rachidiens. • Déconditionnement physique global et focal. Probable état anxio-dépressif réactionnel. Surcharge pondérale versus obésité (je n'ai pas pesé la patiente). **DISCUSSION** Sur le plan physique, elle doit bénéficier d'une rééducation ayant pour but une information complémentaire à celle que je lui ai donnée durant la présente consultation (donc de type école du dos), sur les différentes facettes du problème, un apprentissage des postures de protection lombaire, une correction des dysbalances musculaires sur hypo-extensibilité, une rééducation instrumentale et proprioceptive, visant également à récupérer la coordination motrice, ceci au minimum 3x/semaine, avec, comme prescription initiale 9 à 15 séances sachant qu'une telle prise en charge d'autogestion exige de 3 à 12 mois d'effort pour développer ses effets. Tant que cette prise en charge n'a pas

apporté une amélioration de sa situation, il n'est pas exigible de lui demander un travail même léger. Sur le plan psychologique, alors que le status montre clairement des éléments de surcharge, en l'absence du tableau de fibromyalgie décrit par les autres médecins qui l'ont examinée, Madame O. \_\_\_\_\_ est essentiellement anxio-dépressive, dans un processus d'épuisement face à la pérennisation de ses douleurs et à l'incompréhension qu'elle ressent autour d'elle à leur sujet. Il s'agit donc de déterminer dans quelle mesure elle présente encore des ressources psychologiques mobilisables et lui permettant d'entrer dans une démarche de résilience par rapport à l'état de régression dans lequel elle se trouve actuellement. Les efforts doivent, sur un mode empathique, viser à l'encourager à s'investir dans une démarche qui, au début, va aggraver la symptomatologie et ne développer ses effets que très lentement. Dans ce sens, il est indispensable qu'elle fasse l'objet d'un bilan psychiatrique détaillé, que l'Al pourrait déjà demander auprès de la Fondation [...], où Madame O. \_\_\_\_\_ est régulièrement suivie. Evoquer l'argument selon lequel c'est l'absence d'intégration culturelle et de formation qui conduisent à cette situation serait spécieux. En effet, les déficiences physiques sont au premier plan, elles existaient avant la chronicisation, elles accompagnent après les avoir provoquées, les déficiences psychologiques. Inverser ce processus demandera du temps, le faire nécessite un concept d'approche complexe du cas et, partant, le rôle de l'assurance invalidité est de lui permettre, même avec l'éventuel octroi d'une rente temporaire, de s'occuper de sa santé sans soucis pour son avenir. " Le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué le 5 février 2007 : " Pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes Etat anxio-dépressif réactionnel Excès pondéral Dyslipidémie traitée Dyspepsie non-ulcéreuse Météorisme " Il a en outre indiqué ce qui suit : " Après avoir consulté avec attention le consilium du Dr C. \_\_\_\_\_, je demande une rente Al de 100% en faveur de votre assurée citée en référence pour les mêmes raisons évoquées par le spécialiste en rhumatologie sus-cité. Une évaluation psychiatrique pourra être demandée par vos soins à [...] si vous le souhaitez. " Dans un avis médical du 8 mars 2007, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a retenu que les examens cliniques et électrophysiologiques ne montraient pas une atteinte invalidante. Elle rappelait que l'assurée avait été examinée au SMR le 29 août 2006 et qu'il n'était pas possible que les troubles dégénératifs aient évolué si rapidement, de sorte qu'il s'agissait d'une appréciation différente de la capacité de travail. Par décision du 27 mars 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Par lettre explicative adressée le même jour, il reprenait l'avis de la Dresse W. \_\_\_\_\_ et arguait que les divers rapports médicaux reçus depuis le projet de décision n'apportaient aucun élément susceptible de modifier la position de l'Office. Le psychologue K. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 28 juin 2007, ont exposé que l'assurée avait été suivie, auprès de l'association [...], une première fois du 3 septembre 2004 au 9 mars 2006, le suivi ayant repris à sa demande le 8 novembre 2006, à quinzaine. Ils indiquaient en outre ce qui suit : " Nous avons constaté alors que l'amélioration de l'état dépressif n'avait été que passagère. Actuellement, nous assistons à une aggravation notable de son état dépressif. Elle se décrit comme à bout, ayant tout le temps envie de dormir, n'ayant plus d'appétit et souffrant de maux de tête quotidiens. Elle signale également une impression de perpétuelle nausée et des vomissements, une grande nervosité et des colères injustifiées envers ses enfants. Elle nous fait part de difficultés relationnelles au sein de son couple et avec ses enfants. Elle se perçoit sans avenir et à l'impression d'avoir raté sa vie. La thymie est abaissée et comme enkystée, sans révolte et sans envie, la patiente est comme résignée à subir sa dépression et elle n'exprime qu'un grand désespoir, des souffrances physiques et une envie de s'enfuir dans le

sommeil. Diagnostic Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2 selon la CIM-10) Discussion Nous sommes très dubitatifs sur les possibilités que Mme O. \_\_\_\_\_ a de retrouver les ressources psychologiques – qu'elle présentait pourtant lors de notre premier suivi – et de pouvoir à nouveau les mobiliser afin d'arriver à remplir son rôle de mère et d'épouse. Ceci demandera un travail psychothérapeutique de longue durée et ne pourra avoir lieu qu'en mettant en place une approche multidisciplinaire de la patiente (physique et psychologique), conditions permettant que ses souffrances physiques et psychologiques soient reconnues. Actuellement, un suivi psychothérapeutique est proposé à Mme O. \_\_\_\_\_ au sein de la CPM de l'association [...] et une médication adéquate a été mise en place dont nous ne pouvons pas encore mesurer les effets. " A la suite du recours interjeté par l'assurée contre la décision du 27 mars 2007, le Tribunal des assurances a rendu un jugement le 7 janvier 2008 admettant le recours pour des motifs d'ordre formel et annulant la décision de l'OAI, le dossier lui étant renvoyé pour qu'il procédât à une expertise psychiatrique puis, sur cette base, à une nouvelle évaluation du cas. B. L'OAI a mandaté le Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, lequel a établi son rapport d'expertise le 11 août 2008. L'expert a indiqué, en ce qui concernait les relations sociales, que l'assurée voyait quelques amies turques, qu'elle ne voyait qu'une fois par an ses frères et soeurs installés en Allemagne mais entretenait des contacts téléphoniques, et qu'elle avait déclaré que son couple allait très bien. Il relatait que la journée, l'assurée s'occupait de la maison, des enfants, des repas, qu'elle devait se recoucher et faire ses tâches ménagères par intermittence. Il résultait en outre du rapport d'expertise, sous la rubrique "discussion", notamment ce qui suit : " La situation que vous avez demandé d'examiner concerne une relativement jeune femme de maintenant 37 ans qui est originaire de Turquie. Il n'existe dans son anamnèse antérieure aucune particularité ni sur le plan physique ni sur le plan psychique. Aînée d'une famille nombreuse, elle fait huit ans d'école, deux ans de formation en couture et elle est devenue non seulement couturière, mais aussi enseignante dans le métier de la broderie sur machine. Ces éléments montrent une bonne capacité d'apprentissage et d'adaptation. Son chemin est ensuite compliqué par la dissonance entre deux vecteurs. Elle se marie avec un compatriote qui est, avec sa famille, déjà installé de longue date en Suisse et elle fonde avec lui une famille. De l'autre côté, toute sa fratrie émigre en Allemagne et elle est coupée de son milieu d'origine. Par la suite et jusqu'à aujourd'hui elle ne fera pas le chemin d'intégration en Suisse, elle ne prend pas de cours de langue et se considère «arrivée au mauvais moment au mauvais endroit». Elle est ici très explicite et vit son existence en Suisse depuis quatorze ans sous forme de contrainte. Cette réalité est encore accentuée sévèrement avec le rejet de la part de la belle-famille. Ayant donné naissance à trois filles, elle est jugée par sa belle-famille «incapable de produire des garçons» et ce facteur culturel et de croyance irrationnelle a un impact majeur sur la famille et l'état de santé de l'assurée. Son anamnèse médicale est relativement récente. L'assurée a, après ses années de maternité, travaillé dans plusieurs usines de la région de Lausanne et s'est trouvée, suite à la fermeture de l'entreprise, au chômage entre 2002 et 2004. C'est dans cette même période que des problèmes somatiques sont apparus, d'abord uniquement sous notion de fibromyalgie, ensuite avec le diagnostic rajouté et objectivé d'une protrusion discale sténosante. Après la lecture du dossier, on s'aperçoit ici que les confrères somaticiens ont fait un léger changement d'optique: et le docteur C. \_\_\_\_\_ en tant que rhumatologue et le neurologue docteur P. \_\_\_\_\_ ont souligné l'existence d'un substrat bien réel et expliquent, du moins en partie, les douleurs lombaires et différentes gênes dont souffre l'assurée. Par contre, on

«reste un peu sur sa faim» car le docteur C.\_\_\_\_\_ propose un certain nombre de mesures thérapeutiques, susceptibles d'améliorer la situation. Or le dossier ne documente nullement de tels efforts thérapeutiques, et on trouve quasi «à la place» une réactivation de la demande de rente avec un tableau plutôt pessimiste. Au stade actuel du dossier (mais il se peut que nous ne disposions pas de tous les éléments) la réelle atteinte et diminution de la capacité de travail éventuelle sur le plan somatique ne nous paraît pas suffisamment éclaircie. Sur le plan psychiatrique, les notions sont claires dans un premier temps, ceci dans le sens de l'évocation d'un état dépressif réactionnel ou «accompagnant». Le positionnement du docteur C.\_\_\_\_\_ est ici parlant. Plusieurs des confrères ont senti «de loin» qu'il y a une problématique familiale en arrière fond, ce qui s'avère avec l'éclaircissement anamnestique d'aujourd'hui tout à fait juste. Les choses se «dramatisent» ensuite avec l'intervention de l'organisme « [...] », on parle ici d'un état dépressif sévère, mais dégressif par la suite puisque le traitement sera arrêté d'un commun accord. C'est suite à la réactivation de la demande de rente, le recours que l'assurée dépose, qu'on retrouve à nouveau un certificat «d' [...]» (établi par un psychologue, contresigné par le médecin responsable) qui atteste à nouveau un trouble dépressif récurrent et sévère. Cette notion contraste très fortement avec l'examen du SMR Léman qui a décrit une femme plutôt équilibrée, ne donnant lieu à aucun diagnostic psychiatrique spécifique. De notre côté, nous avons vu et décrit en examen une femme qui est certes dans une lassitude, fatigue et dans une énergie vitale légèrement réduite, mais sans aucun trouble cognitif, en examen non fatigable, affectivement oscillante entre plusieurs pôles, affectée encore par rapport au décès récent de son père, et chaque fois qu'on aborde sa situation sociale. Son état général nous semble avoir traduit sa situation de profond mécontentement avec son choix et sa situation sociale, mais nous n'avons pas retenu d'élément psychopathologique majeur. "

Après examen des critères du trouble dépressif de l'OMS, l'expert a retenu au maximum un état de dysthymie. Il a également retenu le syndrome douloureux somatoforme persistant. S'agissant des critères, il a mentionné ce qui suit : L'expert s'est ensuite exprimé comme suit : " Si nous pensons ainsi que le terme de trouble douloureux est de principe utilisable avec la présence de douleurs ubiquitaires et une plainte centrée sur ce domaine, la vérification des critères OMS nous montre l'absence de gravité, de comorbidité psychiatrique sévère et d'une atteinte qui pourrait avoir un impact sur la capacité de travail. Comme déjà esquissé, il existe dans cette situation de nombreux facteurs extra- médicaux, à savoir: - facteurs socioculturels, - conflit familial, - insatisfaction avec ses propres choix, - plaintes relatives aux symptômes, - difficultés financières. Si nous regardons l'ensemble du tableau et de l'histoire de l'assurée, il nous semble évident que nous nous trouvons dans une forte dominance de ses facteurs (nous ne nous prononçons pas sur la rhumatologie). Même si la souffrance subjective est grande, même s'il est possible de sentir emphatiquement l'ampleur du rejet de la belle-famille, même s'il est comme une évidence que l'assurée est malheureuse en Suisse, ceci ne pourrait en aucun cas être porté sur le compte d'une maladie. Faire ce pas voudrait aussi dire déresponsabiliser l'assurée de ses propres choix, autrement dit de lui enlever les moyens de trouver elle-même un chemin de vie à satisfaction. VIII. Diagnostic et conclusions Avec l'ensemble des éléments apportés et des analyses effectuées, nous retenons sur le plan psychiatrique les notions de 1. dysthymie (F34.1 CIM- 10), 2. syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 CIM-10). Comme expliqué ci-dessus, nous avons utilisé le terme de dysthymie en analogie pour désigner un état de mal-être diffus chez l'assurée, de sa morosité, son mécontentement et sa lassitude. Nous nous trouvons certainement légèrement en-dessus d'un niveau qui est représenté dans

toute population, mais il n'existe pas d'incapacité de travail de principe en lien avec les diagnostics évoqués, ni diminution de rendement. Si on peut admettre une difficulté initiale de réinsertion, il est au contraire tout à fait imaginable qu'une insertion professionnelle participe à un regain de confiance, de position et de satisfaction pour l'assurée. " Par projet de décision du 26 novembre 2008, confirmé par décision du 20 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il retenait que la présence d'un diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail était toujours manquante, de sorte qu'une pleine capacité de travail dans toute activité était exigible. C. Par acte du 29 avril 2009, O.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente, voire d'une rente entière, à partir du 1 er juillet 2005 et, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour les troubles somatiques. En substance, elle allègue que l'instruction n'a pas été suffisante s'agissant de ces troubles. Dans sa réponse du 6 août 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que la décision querellée se fonde sur les avis de spécialistes, savoir les Drs B.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, P.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, et G.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, lesquels attestent tous de l'absence de pathologie invalidante dans leur domaine de compétence. Il allègue que le Dr C.\_\_\_\_\_ retient certes des pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes sur trouble statique et dégénératifs rachidiens et un déconditionnement physique global et focal, mais que l'IRM ne montre aucune compression neurologique, et que le déconditionnement physique est un processus réversible qui ne saurait constituer une incapacité de travail de longue durée, l'assurée ayant l'obligation de réduire son dommage. Il estime dès lors que ce rapport n'apporte aucun argument médical objectif en faveur d'une incapacité de travail permanente ou de longue durée. A l'appui de sa réplique, la recourante produit un rapport médical adressé à son conseil par le Dr C.\_\_\_\_\_ le 20 octobre 2009, dont il résulte notamment ce qui suit : "

**TABLEAU GLOBAL CLINIQUE** Ma patiente est désemparée devant sa situation, ne comprenant pas les tenants et aboutissants de son problème de santé; elle ne parle pratiquement pas le français hormis de façon rudimentaire, ce qui lui permet peut-être quelques échanges sociaux mais en tous cas pas une compréhension suffisante pour intégrer les notions de rééducation et d'autogestion. On ne peut donc nullement lui reprocher implicitement de ne pas remplir l'obligation de réduire le dommage, comme pourraient le suggérer certains des termes de la réponse de l'OAI. Elle est prise en charge par [...], ce qui est en soi la démonstration de ses difficultés de communication, lesquelles doivent être prise en compte dans l'appréciation globale de son problème. Sur le plan clinique, elle présente un tableau complexe de déconditionnement physique global, se traduisant par des surcharges articulaires, des insuffisances fonctionnelles statiques et dynamiques de la musculature dans un contexte de déprogrammation complète de la mobilité proprioceptive de son rachis aussi bien dorsal que lombaire. Cette situation se traduit sur le plan radiologique par des déficiences structurelles sous forme de discopathies étagées, mais, et surtout, par un aspect hétérogène des muscles érecteurs du tronc, témoins du problème fonctionnel cliniquement évident, et par conséquent, objectif. L'ensemble entraîne un tableau de pérennisation de la douleur, qui se transforme progressivement en situation de souffrance, et aggrave encore le déconditionnement par les mécanismes bien connus entre proprioception, perte de mobilité et tension musculaire, entrant donc dans un cercle vicieux psychosomatique. Son cas justifie une approche de rééducation active au long cours, à raison de 3 séances par semaine et complétée par une suite de traitement régulière à domicile. Toutefois cette approche de rééducation ne peut être efficace qu'à condition que

les éléments psychologiques entretenant les tensions musculaires et par conséquent les déficiences, s'améliorent, autrement dit que le conflit assécurologique disparaisse à travers la reconnaissance de sa souffrance et la prise en compte des lésions qu'elle présente. " Il précise que, dans son rapport du 8 janvier 2007, il a expressément mentionné que l'aspect hétérogène de la musculature traduisait objectivement l'aspect fonctionnel et déficitaire de la musculature, correspondant à l'anamnèse et à la clinique. Il ajoute en outre ce qui suit : " Si le déconditionnement physique est effectivement un processus réversible, on sait également que la récupération d'un dos déprogrammé et déconditionné, ayant perdu ses capacités de proprioception, ayant vu sa musculature diminuer d'une part par atrophie, d'autre part par hypoextensibilité, cette récupération, à condition d'être bien conduite, peut demander des délais de l'ordre de 3 mois à 3 ans, avant d'être efficace, en tous cas suffisamment pour imaginer la reprise efficace d'un travail éventuellement lourd. On pourrait discuter sur ce délai et la reprise d'un travail partiel. Il est faux de prétendre que parce que ce processus est réversible il ne saurait constituer une incapacité de travail de longue durée. En effet, si je prends l'exemple d'une personne ayant perdu 30, 50 ou 70%, de sa condition physique (qui est individuelle et déterminée par des éléments complexes et propres à l'individu, d'une part, variables dans le temps et selon la nature du mouvement, d'autre part), il aura besoin d'un certain délai, non prévisible autrement qu'arbitrairement, pour récupérer. Ce délai sera, en fait déterminé par les progrès réalisés au cours de la rééducation, ce qui signifie un contrôle régulier de la situation avec adaptation progressive de la capacité de charge en fonction des dits progrès. Si ce délai dépasse une année, il entre largement dans la notion de longue durée. Différentes mesures objectives existent, qui constituent partie des techniques d'évaluation de la capacité fonctionnelle, visant à diriger le traitement. Cette évaluation spécifique et protocolée de la capacité fonctionnelle doit, dans un contexte assécurologique, faire partie de l'examen d'un(e) patiente : en l'absence d'une telle approche, les arguments avancés par l'assurance sociale relèvent, en l'état, du subjectif et donc de l'arbitraire, ils ne reposent sur aucune assise scientifique publiée dans la littérature spécialisée. " Dans sa duplique du 2 novembre 2009, l'OAI maintient ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – par O. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 20 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité

pour le canton de Vaud. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante a droit à une rente AI, particulièrement si elle présente une capacité de travail dans une activité adaptée. 3. a) 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 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 et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé 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 du médecin traitant. 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 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 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 confident 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). De jurisprudence constante, il est admis que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TFA I 371/2005 du 1<sup>er</sup> septembre 2006, consid. 5.3.2; I 415/2005 du 29 septembre 2005, consid. 2; I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2 et I 218/2000 du 14 juin 2000, consid. 4b). L'expert désigné par l'OAI bénéficie d'une présomption d'impartialité. Il appartient donc à l'expertisé d'établir la preuve du contraire (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). 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, consid. 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 et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2; 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). Les

données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2004, consid. 4). b) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement. Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, le tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération; le cas échéant, il peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C\_543/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009, consid. 2.2 et les références; TF 9C\_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références). 4. a) Sur le plan psychique, l'expert G.\_\_\_\_\_ diagnostique une dysthymie et des troubles somatoformes douloureux. Le Dr B.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_ diagnostiquent sur le plan somatique une fibromyalgie. S'agissant de la fibromyalgie, la jurisprudence applicable en matière de troubles somatoformes douloureux l'est aussi en matière de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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 figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la

personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall 2003, p.77). Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4 e éd., p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135). En l'espèce, l'expert retient un état de dysthymie. Ce diagnostic, posé après examen des critères du trouble dépressif de l'OMS, est bien étayé et approfondi. Cette conclusion de l'expert ne saurait être mise en doute par celle du psychologue K. \_\_\_\_\_ et du Dr H. \_\_\_\_\_ qui retiennent un trouble dépressif récurrent, lequel est toutefois insuffisamment documenté et ne saurait être suivi. Il en va de même de celui du Dr T. \_\_\_\_\_, lequel retient une dépression et n'est, au demeurant, pas spécialiste. Il n'y a ainsi pas de comorbidité psychiatrique importante. En ce qui concerne les autres critères, la recourante souffre certes d'affections corporelles chroniques. Cependant, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il résulte en effet de l'expertise que la recourante s'entend bien avec son mari. Elle s'occupe de son ménage et voit quelques amies turques. En ce qui concerne l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), il n'y a pas d'élément au dossier en faveur de la réalisation de ce critère. Enfin il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). La présomption que le trouble somatoforme/fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée. C'est d'ailleurs ce que constate l'expert qui conclut à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. Le rapport d'expertise du 11 août 2008 qui souscrit aux réquisits de la jurisprudence doit ainsi être suivi. Force est dès lors de constater qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. b) Sur le plan somatique, le Dr B. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 19 décembre 2003 et 14 juillet 2004, ne constate pas de syndrome cervico-dorso-lombaire, ni de contracture de la musculature para-vertébrale. Il diagnostique une fibromyalgie et un trouble somatoforme et retient une capacité de travail entière. Le 24 décembre 2004, le Dr P. \_\_\_\_\_ ne retient pas d'atteinte du système nerveux central. Le rapport d'IRM lombaire du 16 novembre 2005 montre une protrusion discale postéromédiane modérément sténosante en L4-L5, une hernie discale postéromédiane gauche modérément sténosante à sténosante en L5-S1 produisant un conflit avec la racine S1 gauche à son émergence ainsi qu'une hypertrophie des ligaments jaunes et des remaniements arthrosiques postérieurs rétrécissant le canal lombaire de L4-L5 à L5-S1. A la suite de ce rapport, le Dr T. \_\_\_\_\_ estime que l'incapacité de travail est totale. Cette appréciation n'est toutefois pas motivée et se fonde également sur des troubles d'ordre psychiatrique, lesquels n'entraînent pas d'incapacité de travail comme mentionné précédemment. Le 25 octobre 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ indique qu'il ne fait pas de doute que les anomalies dégénératives disco-vertébrales et le rétrécissement du diamètre du canal rachidien observés à l'IRM

lombaire peuvent être la cause de douleurs lombaires voire d'une irritation radiculaire pouvant entraîner une gêne dans les activités lourdes notamment du ménage. Cependant, il n'y a pas la preuve d'une franche compression radiculaire tant sur le plan anamnestique que clinique et électrophysiologique, le tableau clinique restant dominé par des éléments de fibromyalgie. En ce qui concerne la capacité de travail, il estime que les anomalies radiologiques mises en évidence à l'IRM pourraient justifier une incapacité de travail de 50%. Cette estimation n'est toutefois pas motivée et l'on ignore, en outre, si elle concerne des activités lourdes uniquement ou toute activité. Le 6 décembre 2006, le Dr C. \_\_\_\_\_ diagnostique sur le plan somatique des pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes, à savoir des troubles statiques et dégénératifs rachidiens ainsi qu'un déconditionnement physique global et focal. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail. En revanche, dans son rapport du 8 janvier 2007, il mentionne que l'IRM réalisée en novembre 2005 montre des lésions discales L4-L5 et L5-S1, sans compression neurologique définissable, mais une hétérogénéité de la musculature lombaire basse, au niveau lombo-sacré en particulier, ce qui est un argument important pour une déficience fonctionnelle objective à ce niveau. Il estime qu'une rééducation est nécessaire, laquelle aura pour but une information sur les différentes facettes du problème, un apprentissage des postures de protection lombaire, une correction des dysbalances musculaires sur hypo-extensibilité, une rééducation instrumentale et proprioceptive, visant également à récupérer la coordination motrice. Selon lui, le traitement doit avoir lieu au minimum 3 fois par semaine, avec comme prescription initiale entre 9 et 15 séances, et exige 3 à 12 mois d'effort (voire 3 ans, selon son rapport du 20 octobre 2009) pour développer ses effets, étant précisé que cette démarche va, au début, aggraver la symptomatologie et ne développer ses effets que très lentement. Le Dr C. \_\_\_\_\_ estime que tant que cette prise en charge n'a pas apporté une amélioration de la situation, il n'est pas exigible de demander un travail même léger à la recourante. Ce médecin ne se prononce toutefois pas sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, à l'issue de ces mesures thérapeutiques. Le 11 août 2008, le Dr G. \_\_\_\_\_ relève que les Drs C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, respectivement rhumatologue et neurologue, ont souligné l'existence d'un substrat bien réel et expliqué, du moins en partie, les douleurs lombaires et différentes gênes dont souffrait la recourante. Il mentionne que le Dr C. \_\_\_\_\_ a proposé un certain nombre de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer la situation, sans toutefois que le dossier ne documente de tels efforts thérapeutiques. Il conclut ainsi qu'au stade actuel du dossier, la réelle atteinte et diminution de la capacité de travail éventuelle sur le plan somatique ne paraît pas suffisamment éclaircie. Il ne résulte pas du dossier que la recourante ait suivi le traitement préconisé. Cela ressort d'ailleurs implicitement du dernier rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 20 octobre 2009, lequel expose que la patiente est désespérée devant la situation, ne comprenant pas les tenants et aboutissants de son problème de santé, ne parlant pratiquement pas le français hormis de façon rudimentaire, ce qui ne lui permet pas une compréhension suffisante pour intégrer les notions de rééducation et d'autogestion. Il sied à cet égard de préciser que l'intimé ne peut rejeter la demande de prestations de la recourante au motif que cette dernière n'a pas mis en œuvre tout ce qui était possible pour diminuer son dommage. En effet, il appartient à l'OAI de demander à l'assuré d'entreprendre les mesures thérapeutiques qui sont susceptibles de lui faire retrouver une capacité de travail et de gain importante et lui permettre de réintégrer le monde du travail. En cas de refus de sa part, il doit mettre en œuvre la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA, en vertu de laquelle les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement

si l'assuré se soustrait ou s'oppose, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain (TF 9C\_538/2009 du 8 janvier 2010, consid. 4.2 et la référence). c) A l'aune des différents avis médicaux, la cour de céans n'est pas suffisamment renseignée pour pouvoir statuer en l'état. En effet, les Drs C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ admettent une hernie discale compressive, se référant à l'IRM lombaire du 16 novembre 2005, mais leurs avis divergent quant aux conséquences sur la capacité de travail; le premier retient une incapacité de travail totale tant qu'une rééducation n'aura pas eu lieu, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail exigible à l'issue des mesures thérapeutiques préconisées, et le second estime l'incapacité de travail à 50%, sans autre motivation. Ils n'ont au demeurant pas indiqué à partir de quelle date les lésions avaient des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Dans ces conditions, la cause doit être renvoyée à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise rhumatologique portant sur les troubles somatiques de la recourante, notamment leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3 et les références). En l'occurrence, la solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis qu'il rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation médicale et actualisée de l'état de santé, respectivement du degré d'invalidité de la recourante. 5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et la décision rendue le 20 mars 2009 par l'OAI annulée. La cause sera renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. 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 des 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. c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 al. 3 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [TFJAS, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 20 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à O.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Intégration

Handicap, Service juridique (pour O. \_\_\_\_\_) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.