

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 334 vom 29. Mai 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__334

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 334 du 29 mai 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 334 del 29 maggio 2012

Regeste

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, FIBROMYALGIE, COMORBIDITÉ, FORCE PROBANTE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, COMPLIANCE, INCAPACITÉ DE GAIN, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, NOTION, RAPPORT MÉDICAL | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 61 let. a LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.05.2012 Arrêt / 2012 / 334

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, FIBROMYALGIE, COMORBIDITÉ, FORCE PROBANTE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, COMPLIANCE, INCAPACITÉ DE GAIN, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, NOTION, RAPPORT MÉDICAL | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 61 let. a LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 176/10 - 178/2012 ZD10.014749 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 29 mai 2012 _____ Présidence de _____ Mme Di Ferro Demierre

Juges : MM. Neu et Merz Greffier : M. Bohrer ***** Cause pendante entre : X. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

_____ Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. a LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 69 al. 1 LAI En fait : A. En date du 3 janvier 2008, X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), d'origine serbe, née le 7 mai 1965, mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 1992 et 1993, domiciliée en Suisse depuis le 4 juillet 1983 et ouvrière sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adulte. Elle a indiqué souffrir d'une atteinte à la santé depuis début 2007 consistant en des douleurs à la colonne vertébrale et dans tout le corps, accompagnées d'une fatigue importante et d'un état dépressif. Dans un rapport d'entretien téléphonique du 15 janvier 2008 entre l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou intimé) et l'entreprise F. _____, il ressort que l'assurée, employée depuis 1994, a été en incapacité de travail quasi complète depuis le 27 novembre 2006 en raison de problèmes de colonne et de fatigue. Depuis une date non précisée, l'assurée est suivie par le Dr C. _____, médecin généraliste, pour le traitement de ses douleurs. Ce praticien a adressé l'assurée en 2007 aux Drs H. _____, spécialiste en rhumatologie, et W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport médical du 20 mars 2007, le Dr H. _____ a indiqué en substance que l'assurée avait développé un hémisyndrome droit douloureux dont la nature somatoforme était largement prépondérante sur un fond de lombalgies attribuable probablement à une discopathie L4-L5. L'examen n'a

révélé aucune limitation ou déformation articulaire périphérique. Ce spécialiste a en outre estimé que l'assurée présentait probablement un état dépressif associé pour lequel il a prescrit un traitement anti-dépresseur. Il a aussi préconisé une hospitalisation de trois fois cinq jours à [...] pour une prise en charge conjointe en physiothérapie et de type psychiatrique. Dans un rapport médical du 25 mai 2007, établi suite à un consilium demandé par le Dr C. _____, la Dresse W. _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F31.11) et de myalgies (M79.1) versus syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Sur le plan psychiatrique, la patiente présentait un abaissement de l'humeur, une anhédonie, une fatigabilité associée à des difficultés de concentration majeures, une perte d'espoir en l'avenir et des troubles du sommeil importants ainsi que des troubles de l'appétit. Elle ne présentait pas d'idées de culpabilité ou de dévalorisation ni de projets suicidaires ni de symptomatologie psychotique. Cette spécialiste a en outre estimé que l'assurée était centrée sur ses douleurs et était trop prise dans sa souffrance somatique pour pouvoir avoir une quelconque disponibilité à une investigation plus psychothérapeutique, restant dans la logique selon laquelle si elle était soulagée de ses douleurs, elle n'aurait plus de souffrances psychiques. Ce médecin a ainsi considéré qu'il n'y avait pas lieu de proposer d'emblée un suivi psychothérapeutique à l'assurée eu égard au fait qu'elle n'était pas demandeuse de soins à ce niveau. Dans un rapport médical du 20 février 2008, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, syndrome somatoforme douloureux chronique, versus fibromyalgie et d'état dépressif. Ce praticien a relevé que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à raison de quelques heures par jour avec une diminution de rendement assez importante. Il a estimé en outre qu'il n'était pas possible d'exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité. Le 25 février 2008, l'OAI a alloué à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un reconditionnement, qui n'ont finalement pas abouti. Dans une fiche d'examen du dossier n° 01, établie le 17 juin 2008 par l'OAI, il ressort du journal du Service médical régional AI (ci-après : SMR) que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans toute activité, ceci depuis toujours. Par projet de décision du 17 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité retenant que sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée à son état de santé et que sa capacité de gain n'était pas entamée. Par courrier du 23 juillet 2008, Me Laurent Damond, conseil de l'assurée, a sollicité la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire en motivant sa position au regard des diagnostics et des constats médicaux posés par les Drs C. _____ et W. _____ afin de connaître l'éventuelle capacité résiduelle de travail de l'assurée. Dans un second rapport médical du 27 octobre 2008, le Dr H. _____ a posé le diagnostic de lombalgies sur discopathies L4-L5 nette et de troubles somatoformes douloureux persistants. Dans ce même rapport, ce spécialiste a indiqué que sur le plan organique, les limitations fonctionnelles étaient très modestes (hormis un port de charge de plus de 15 kg et un travail prolongé en porte à faux antérieur [discopathie L4-L5]) - et essentiellement subjectives - et autorisaient potentiellement une activité à un taux quasi complet. Dans un rapport médical du 8 décembre 2008, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que psychiatre traitant de l'assurée depuis le 2 juin 2008, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis juin 2007 environ et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis juin 2007 également. Dans ce même rapport, ce spécialiste a indiqué notamment que sur le plan anamnestique, l'assurée souffrait depuis quelques années de problèmes de dos et de douleurs multiples et que son état s'était

compliqué par un état dépressif depuis 2007 avec, au niveau symptomatique, un affect triste, des pleurs, de l'angoisse et de l'anxiété, des sentiments de culpabilité, de perte de la libido, des difficultés du sommeil et un abandon de tout loisir. Quant aux restrictions sur l'activité exercée à ce jour, ce spécialiste a considéré que celles-ci étaient surtout de nature somatique mais que l'importance du trouble psychique justifiait une incapacité de travail totale. Dans un rapport médical du 10 décembre 2008, La Dresse W. _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotiques (F32.2) depuis mi 2006 et de myalgie (F 79.2) depuis début 2006. Il ressort de ce rapport en particulier que l'assurée a été vue par cette spécialiste à trois reprises entre le 26 octobre 2007 et le 13 décembre 2007 et qu'elle a bénéficié d'un séjour hospitalier au Centre A. _____ du 11 juin 2007 au 22 juin 2007 pour une prise en charge physio-psychothérapeutique et psychiatrique mais n'avait tiré aucun bénéfice de ce séjour. Cette spécialiste a estimé que l'assurée vivait l'atteinte à sa santé somatique comme une grave blessure narcissique qui altérait l'image idéale qu'elle avait d'elle-même et de son existence et qui entraînait une forte régression sur un mode dépressif sévère qui ne laissait pas de place à une élaboration psychothérapeutique de son état. Ce médecin a enfin estimé que d'un point de vue médical, l'activité exercée par l'assurée n'était plus exigible en automne 2007, la capacité de travail étant réduite de 70 à 100% en raison de l'intensité de la symptomatologie dépressive. Dans un rapport médical du 15 juin 2009, le Dr C. _____, a considéré que les diagnostics suivants avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée : " Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 Lombosciatalgies D en novembre 08, discopathie L4-L5 Episode dépressif moyen F32.1 08 : sciatique L5 D avec déficit sensitif " Ce praticien a en outre considéré que, sur le plan physique, l'assurée était incapable d'effectuer n'importe quel type de travail, tant debout qu'assis, du fait du rapide accroissement des douleurs liées aux positions maintenues et à la fatigabilité et que, sur le plan psychique et mental, les mêmes limitations s'appliquaient, avec de plus un état dépressif contribuant à l'incapacité à mener une quelconque activité professionnelle. Il a ainsi estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible. Mandatées par l'OAI pour effectuer sur l'assurée une expertise, les Dresses M. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, et P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre R. _____ (ci-après : Centre R. _____), à [...] ont écrit ce qui suit dans leur rapport d'expertise du 23 novembre 2009 : " A. QUESTIONS CLINIQUES (...) 4. DIAGNOSTICS Selon la Classification Internationale (CIM-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? · AUCUN SUR LE PLAN SOMATIQUE · AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIQUE · 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? · TROUBLE STATIQUE RACHIDIEN MODERE ET SPONDYLODISCARTHROSE DEBUTANTE SANS MYELOPATHTE NI RADICULOPATHIE M 47.8 · SYNDROME DOULOUREUX SOMATOFORME PERSISTANT F45.4 EXISTANT DEPUIS DEBUT 2006 · PSORIASIS DES COUDES L 40.9 · EPISODE DEPRESSIF LEGER SANS SYNDROME SOMATIQUE F32.00 (EPISODE DEPRESSIF MOYEN A SEVERE DE MAI 2007 A FIN 2007) ; LEGER DEPUIS DEBUT 2008 · SYNDROME DE DEPENDANCE AU TABAC, UTILISATION CONTINUE F17.25, PRESENT DEPUIS 2006 . 5. Appréciation du cas et pronostic Résumé du cas Mme X. _____ travaillant comme ouvrière non spécialisée dans l'industrie légère a fait une demande à l'AI le 7.01.2008 au motif d'une IT de longue durée attestée par son médecin traitant, depuis le 30.11.2006. Elle annonce des douleurs diffuses rachidiennes et rhizoméliques qui la rendent, à ses dires, incapable de travailler.

Elle relate un état douloureux chronique rebelle, irréductible, à une intensité maximale depuis plus de 2 ans, avec une absence de modulation en dépit de prises en charge thérapeutiques spécialisée aux plans physiothérapeutique, médicamenteux, et psychiatrique centré sur les douleurs. Elle allègue un lourd handicap fonctionnel quotidien. Une évaluation du poste de travail et un bilan ergothérapeutique ont été réalisés. Une discopathie L4-L5 a été identifiée justifiant des limitations fonctionnelles mais le poste de travail de l'expertisée est adapté, il n'y a pas de port de charges. Des diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif ont été avancés, associés à de nombreux signes fonctionnels, dans le contexte de ce syndrome douloureux diffus (RM Dr H. _____). Ses médecins traitants ont admis la baisse de rendement attestée par Madame sur la base de ses multiples plaintes subjectives. L'AI a refusé ses prestations par un projet de décision du 17.06.2008 ayant évalué que leur assurée présentait une CT de 100% dans toute activité. Cette décision est contestée si bien que la présente expertise somatique de médecine interne rhumatologie et de psychiatrie est mandatée au Centre R. _____. Au plan somatique Mme X. _____ relate des douleurs de la nuque, du dos, de la ceinture scapulaire, de l'hémicorps droit, rebelles depuis plus de 2 ans, à l'intensité maximale, évoluant jour et nuit, associée à des fourmillements, à des thoracodynies. Rien ne la soulage. Sur le plan fonctionnel, elle déclare ne tenir la position assise que 10 minutes et ne peut marcher plus de 30 minutes d'affilée. Elle évoque rester coucher chez elle de nombreuses heures chaque jour, elle relate une instabilité à la marche notamment dans les escaliers ou lorsqu'elle monte sur un escabeau, et ne plus pouvoir faire aucun sport. Elle doit se reposer avant de pouvoir faire la vaisselle. Elle décrit une vie proche d'un stade grabataire, ne pouvant sortir de son lit qu'en fin de matinée, devant se coucher ensuite fréquemment durant le reste de la journée et ne guère sortir de chez elle. Elle ne peut rester debout longtemps. Sa résistance est diminuée. Elle n'arrive plus à mettre de l'eau dans ses fleurs. Si l'on se base sur ces plaintes subjectives, on ne voit pas effectivement comment cette dame pourrait se rendre à son travail, et être rentable, même dans un poste physiquement léger et adapté et nous pourrions nous rallier dès lors aux IT reconnues par ses médecins traitants. Lorsque nous procédons à l'élaboration du diagnostic en confrontant les plaintes subjectives aux éléments objectifs, nous relevons assez rapidement des incompatibilités. Mme X. _____ se présente en bon état général apparent, bronzée, en discret excès pondéral. Il existe des traces d'utilisation au niveau des mains qu'elle ne parvient pas à justifier. Les callosités plantaires bien marquées ne se voient pas habituellement chez des sujets sédentaires fréquemment alités et le bronzage nécessite une exposition solaire ou à une lampe UV. Mme X. _____ a alors mentionné son été ensoleillé chez elle où elle a pu bénéficier de sa piscine, elle a aussi précisé qu'elle marchait pieds nus fréquemment. Elle a confirmé avoir pu faire le voyage en voiture sans difficulté. Elle a confirmé avoir pu sortir normalement et profiter de sa période de vacances. Sa dernière injection chez son médecin traitant datait de deux mois auparavant. A un délai de plus de 2 ans de douleurs, nous ne constatons pas d'amyotrophie de sous-utilisation, ses articulations restent souples, bien mobiles. Ses indices de mobilité rachidiens sont bien meilleurs que ceux qui sont notés dans les rapports du Dr H. _____, mais Mme confirme qu'elle avait alors un blocage lombaire plus important. Devant la normalité de ce status clinique, et au vu d'une IT totale évoluant depuis plus de deux ans que le tableau clinique et les examens complémentaires à disposition ne permettaient pas de justifier, nous avons réalisé un examen scintigraphique du corps entier qui permet d'écartier du diagnostic différentiel un rhumatisme inflammatoire axial ou périphérique qui n'aurait pas fait ses preuves lors de notre examen, et qui permet d'écartier une maladie osseuse

infiltrative, congestive. Cet examen complémentaire est concordant avec notre examen clinique. Il est normal pour l'âge. Il n'y a pas de signe d'une arthropathie psoriasique. Il n'y a pas de captation pathologique en regard de la hanche droite où nous avons mis en évidence une douleur insertionnelle trochantérienne accentuée lors de la mise sous tension du pyramidal. Cette douleur reste confinée aux tissus mous et entre vraisemblablement dans le contexte allodymique plus diffus qui a fait poser antérieurement un diagnostic de fibromyalgie. L'IRM confirme une atteinte discale lombaire, constatation fréquente à l'âge de l'expertisée mais sans signe d'appel pour une compression radiculaire ou médullaire. Ceci peut expliquer des poussées douloureuses de lumbagos nécessitant des traitements symptomatiques intercurrents mais les douleurs annoncées dépassent nettement l'entité diagnostique d'une discarthrose. Il est possible que le stade de Modic visualisé sur l'IRM donne lieu à des poussées congestives douloureuses mais nous ne pensons pas que les images de l'IRM ne soient imputables dans l'ampleur des doléances relatées ni à leur durée dans le temps, ni à la résistance thérapeutiques. Les points d'insertion sont associés à la présence de points contrôle positifs, et il existe une discordance entre l'importance de nos constatations et les plaintes, cet élément est pris en compte dans le consensus par l'experte psychiatre. Des éléments sortant du champ biomécanique somatique sont à prendre en considération, des facteurs sortant du champ purement médical également. Nous n'avons pas d'explication somatique à l'IT de travail en cours depuis 2 ans. Au plan psychiatrique Mme X. _____ n'a présenté aucun antécédent particulier jusqu'au début 2006. Dès début 2006, elle présente des douleurs diffuses imputées par ses médecins à une fibromyalgie. Dans ce cadre elle développe progressivement un épisode dépressif réactionnel. Un conseilium psychiatrique est effectué à la demande du médecin traitant le 16 mai 2007 concluant à un épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique et à des myalgies. Par la suite, Madame est suivie sur le plan psychiatrique du 26.10.2007 au 13.12.2007 par la Dresse W. _____ de l'Unité [...]. Un traitement de duloxétine (Cymbalta® 30 mg) est introduit avec proposition au médecin traitant d'augmenter progressivement les doses en fonction du taux sérique. Toutefois aucun dosage sérique n'a été effectué. Dès le 02.06.2008, Mme X. _____ est suivie par le Dr J. _____, psychiatre. Ce dernier modifie la médication de duloxétine par de l'escitalopram 10 mg par jour et voit l'expertisée deux fois par mois dans un cadre de psychothérapie de soutien. Dès juin 2009, en raison de maux de tête et d'anxiété, le traitement d'escitalopram est augmenté à 20 mg par jour. Toutefois aucun dosage sérique n'est effectué jusqu'au jour de l'expertise. Dans un rapport du 08.12.2008, le Dr J. _____ retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le status clinique décrit : affect triste, pleurs, angoisse et anxiété, sentiment de culpabilité, perte de la libido, difficultés de sommeil, abandon de tout loisir, douleurs ; ces symptômes correspondent à un épisode dépressif léger et non pas sévère. Par ailleurs, un épisode dépressif sévère durant plusieurs mois ne permettrait guère à Mme X. _____ de prendre grand soin de sa personne, ni d'avoir l'envie d'effectuer un long voyage en voiture pour se rendre en vacances en Serbie. L'expertisée est vêtue de manière très soignée, son hygiène est tout à fait correcte selon l'examen rhumatologique ; elle se rend annuellement en voiture en Serbie pour passer des vacances dans sa maison où elle bénéficie d'une piscine et d'un jacuzzi qu'elle apprécie utiliser régulièrement. En juillet 2009, Madame a passé un mois de vacances dans son pays où selon l'examen physique de la Dresse M. _____, Madame a régulièrement profité du soleil et n'est pas restée cloîtrée dans sa chambre comme elle l'affirme, ceci au vu de son bronzage. De même des discordances existent dans les

allégations de l'expertisée lorsqu'elle s'exprime auprès de l'experte rhumatologue et de l'experte psychiatre. Mme X. _____ a comme plainte essentielle une douleur intense et persistante qui s'accompagne d'un sentiment de détresse non expliquée entièrement par un processus physiologique, survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants ; ceci permet de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10. Dans ce contexte de douleurs persistantes, Madame développe un épisode dépressif réactionnel, perdurant à ce jour. Cet épisode dépressif actuellement léger ne peut être assimilé à une comorbidité psychiatrique d'acuité importante. Mme X. _____ ne présente pas un processus maladif ou une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; Madame a des contacts réguliers avec sa famille et annuellement avec sa fratrie et belle-famille en Serbie. Des bénéfiques secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage et évitement d'un rôle à jouer. On ne peut parler d'échec des traitements selon les règles de l'art ; en effet le traitement antidépresseur a récemment été augmenté à 20 mg par jour et aucun dosage sérique n'avait été effectué jusqu'à ce jour. Malgré les affirmations de l'expertisée de prises quotidiennes de médicaments, à relever un taux sérique bas d'escitalopram pour la dose et des traces (quasi indétectables) d'antalgiques et anti-inflammatoire (tramadol, paracétamol et diclofénac). Ceci traduit une probable compliance partielle à la médication. Par ailleurs, malgré les allégations de douleurs intenses et persistantes, Mme X. _____ peut sortir trois fois par jour de son appartement pour aller marcher, descendre et monter trois étages sans ascenseur et se rendre chaque année en voiture en Serbie ; par conséquent l'expertisée est en mesure de surmonter ses douleurs en fonction des circonstances. Le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger n'entraînent pas de limitation et par conséquent ne sont pas incapacitants. Dans une activité simple, la capacité de travail sur le plan psychique est entière. Toutefois le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît mauvais, Madame s'étant installée dans un processus d'invalidation et s'estimant dans l'incapacité d'exercer une activité à plus de 30%. Ce facteur sort du champ médical." " B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Pas de limitation retenue dans les activités antérieures ni dans l'activité de ménagère. Au plan psychique et mental Pas de limitation qualitative ou quantitative en relation avec le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Au plan social Selon l'expertisée sa sociabilité est limitée ; toutefois elle a des contacts réguliers avec sa famille et annuellement avec sa fratrie et belle-famille en Serbie. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Au plan physique Pas de répercussion significative. Au plan psychique Le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique n'entraînent pas de répercussion sur l'activité exercée jusqu'ici. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Au plan physique La capacité de travail est exigible à 100%. Au plan psychique La capacité de travail est exigible à 100%. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Au plan physique Oui, 8 heures par jour. Au plan psychique L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible en plein à raison de 8 heures par jour. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Au plan physique Non. Au plan psychique Pas de diminution du rendement. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y

a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Au plan physique Mis à part des périodes d'IT temporaires attestées pour ses traitements, je ne vois pas d'IT durable au plan strictement médical somatique. Au plan psychique Pas d'IT durable. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Au plan physique Pas d'IT justifiable durablement. Au plan psychique Au vu de l'anamnèse et du status, pas d'incapacité de travail durable. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Au plan physique Oui. Au plan psychique Les troubles psychiques n'empêchent pas une adaptation à un environnement professionnel. " Dans un rapport SMR du 26 novembre 2009, le Dr N. _____ n'a retenu, sur la base du rapport d'expertise établi par le Centre R. _____, aucune atteinte à la santé reconnue comme invalidante au sens de l'AI, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique et a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle et en tant que ménagère, exception faite du port de lourdes charges. Dans un avis de juriste du 28 janvier 2010 établi par un collaborateur de l'OAI, il est écrit : "(...) je souligne d'ores et déjà les points suivants, qui me paraissent confirmer la valeur probante de l'expertise du Centre R. _____ ainsi que la préférence à lui donner par rapport aux avis des médecins traitants : - Les experts ont pris en compte l'ensemble des rapports médicaux au dossier, tant somatiques que psychiatriques ; - Ils expliquent avec précision les raisons pour lesquelles ils s'en écartent, reprenant notamment les critères diagnostiques (page 31) ; - Ils soulignent un certain nombre d'incohérences dans les déclarations de l'assurée, ainsi qu'une discordance manifeste entre les plaintes et les éléments objectifs ; - Enfin, les experts sont les seuls à analyser le trouble somatoforme douloureux sur la base des critères posés par la jurisprudence en la matière (page 32). Je précise encore qu'au plan somatique, tous les avis se rejoignent globalement pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante (voir notamment les rapports du Dr H. _____), et que la divergence entre experts et médecins-traitants concerne donc principalement l'aspect psychiatrique. " Par courrier du 4 mars 2010, Me Damond a fait part de ses déterminations concernant le rapport d'expertise du Centre R. _____ en ces termes : " 1. Durant la semaine qui a précédé la rencontre avec l'expert, ma cliente a été malade. En effet, elle a vomi durant trois jours. Qui plus est, elle s'est rendue à jeun afin de rencontrer l'expert comme cela lui a été demandé. Ainsi, elle n'a pas pris de médicaments ce jour-là et les vomissements précédents ne lui ont pas permis de les conserver. Pour ces raisons, les analyses sanguines n'ont pas permis de déceler les médicaments pris. Il convient donc qu'une nouvelle expertise sanguine soit effectuée dans de bonnes conditions, c'est-à-dire après la prise des médicaments. 2. Ma mandante n'a jamais déclaré rester cloîtrée dans sa chambre comme cela ressort du rapport d'expertise. En effet, son médecin traitant lui a préconisé de sortir trois fois par jour, notamment pour entretenir sa musculature. Lors de ces sorties, sa peau a bronzé en marchant ou tout simplement en restant assise à l'extérieur. 3. L'expert a relevé encore des traces au niveau des mains, en relation avec une activité manuelle soutenue. Ma cliente a toujours eu une activité professionnelle sollicitant ses mains et ceci durant 15 ans. Il est donc légitime que les mains présentent des traces qui ne sont pas récentes. 4. Enfin, l'expert relève encore qu'elle n'a pas eu de difficultés à faire un long voyage. Toutefois, habituellement le trajet dans son pays se fait en 20 heures. Ma cliente quant à elle, met le double du temps, compte tenu des arrêts pour pouvoir marcher et se soulager. " Par décision du 23 mars 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assurance-invalidité faite par l'assurée au motif que, sur la base des renseignements médicaux réunis tout au long de l'instruction, il avait été constaté que sa

capacité de travail était entière dans son activité habituelle, ainsi que dans des activités adaptées à son état de santé. En outre, son rendement n'était pas diminué. Dès lors, la capacité de travail et de gain de l'assuré n'était pas entamée. Dans un courrier du 24 mars 2010 adressé à Me Damond, l'OAI a expliqué pour l'essentiel qu'il ressortait de l'expertise du Centre R. _____ qu'une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée de l'assurée dans toute activité lucrative et que cette expertise avait valeur probante au regard des exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'OAI a également indiqué que les points relevés par ce conseil, dans son courrier du 5 [recte 4] mars 2010, ne constituaient qu'une partie du raisonnement des experts et que ses remarques n'étaient dès lors pas de nature à remettre en question la valeur probante de ce rapport. B. Par acte du 5 mai 2010, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI concluant préalablement à ce qu'une nouvelle expertise judiciaire soit ordonnée, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit versée pour une durée indéterminée et, subsidiairement, à son annulation pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a estimé en substance que l'expertise du Centre R. _____ écartait "d'un revers de la main" plusieurs avis médicaux antérieurs et était arbitraire "en ce sens que l'expert a[vait] été influencé tant par le bronzage, que par les analyses sanguines que par l'état des mains de la recourante" ainsi que par le fait que l'intéressée n'avait pas de difficulté à effectuer un long voyage. Elle a soutenu pour le surplus être atteinte dans sa santé tant psychologiquement que physiquement en particulier en raison de lombalgies chroniques allant en s'aggravant depuis le début de son incapacité de travail et attribuées au moins partiellement à une discopathie L4-L5. Elle a relevé que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé par certains praticiens. Elle a considéré ainsi être incapable de travailler dans n'importe quelle activité sur le plan physique et psychique en se référant de manière générale aux avis médicaux contenus dans le dossier. Dans sa réponse du 22 juillet 2010, l'OAI s'est référé à l'"Avis Juriste" du 28 janvier 2010 et à son courrier du 24 mars 2010 à Me Damond avant de conclure au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, estimant en substance qu'il ne se justifiait pas d'ordonner des investigations complémentaires sous la forme d'expertises rhumatologiques et psychiatriques. Par réplique du 13 octobre 2010, la recourante a produit à l'appui de ses conclusions un nouvel avis médical du Dr J. _____ du 2 juillet 2010 dans lequel en substance ce spécialiste a indiqué avoir relevé un certain nombre d'incohérences dans le rapport d'expertise du Centre R. _____. Il a ainsi considéré pour l'essentiel qu'il n'était pas suffisant de rencontrer l'expertisée à une seule reprise pour être en mesure d'apprécier correctement son état, que les experts n'avaient effectué aucune évaluation psychique objective par le biais par exemple d'un test d'Hamilton et qu'en conséquence l'expertise effectuée par le Centre R. _____ retenait à tort un état dépressif léger chez la recourante alors que celle-ci présentait suffisamment de symptômes pour que son état soit qualifié de sévère au regard des critères de classification de la CIM-10. Sur la question des taux faibles de médicaments constatés par l'expertise, le Dr J. _____ a relevé qu'ils étaient mis sous réserve par le Dr [...] de [...]. Ce médecin a également estimé que les experts s'étaient basés sur des éléments "folkloriques" pour étayer leurs arguments, à savoir le bronzage de la recourante ou la présence de callosités plantaires. Il a ainsi conclu que le rapport du Centre R. _____ était tendancieux et lacunaire et a confirmé que la recourante présentait une incapacité de travail totale. Par duplique du 4 novembre 2010, l'OAI a indiqué que les éléments amenés par le Dr J. _____ n'étaient ni nouveaux ni de nature à mettre en cause la valeur probante et les conclusions de l'expertise du Centre R. _____. A l'appui de sa

position, l'OAI a produit un avis médical du 1^{er} novembre 2010 émanant du Dr K. _____, du SMR. Il ressort de cet avis en particulier que "dans la plupart des expertises médicales, l'assuré n'est vu qu'une fois par l'expert. La "vision" qu'a l'expert de l'expertisé ne provient pas que de cette unique consultation mais également de l'ensemble des pièces du dossier qui lui sont intégralement transmises. Ses compétences et sa pratique de l'expertise lui permettent d'appréhender complètement une situation médicale en une séance. Remettre en cause ce principe reviendrait à invalider a priori la plupart des expertises médicales". Le SMR a souligné en outre que le test de Hamilton, tout comme les autres tests d'évaluation en psychiatrie, n'était pas validé dans le cadre de l'expertise psychiatrique et que ce genre de tests étaient utilisés et validés pour l'utilisation clinique ainsi que dans la recherche. A ce titre, il n'était pas pertinent de reprocher l'absence de test dans une expertise. Quant à l'appréciation du degré de sévérité d'un épisode dépressif selon les critères de la CIM 10, le SMR a indiqué que celle-ci devait se faire avec un certain sens critique de la part du psychiatre et que c'était précisément ce qu'avait fait l'experte psychiatre lorsqu'au chapitre "status psychique" (pp. 25-26 de l'expertise), elle avait séparé clairement les symptômes objectivés et ceux non objectivés, pour conclure que "ces éléments correspondent tout au plus à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique". Par ailleurs, le SMR a indiqué qu'on ne pouvait pas "se contenter de comptabiliser le nombre de symptômes mentionnés par la patiente lorsque l'on est face à une assurée démonstrative et présentant des divergences entre les douleurs décrites et les comportements observés". Concernant le taux faible d'escitalopram et de ses métabolites lors du dosage du 11.08.2009, le SMR a relevé que cet élément n'était pas interprété comme un défaut de compliance thérapeutique. Toutefois le fait que les trois médicaments antalgiques dosés, à savoir le tramadol, le paracétamol et le diclofénac, étaient indétectables lors du dosage qu 11 août 2009 ne pouvait manquer de surprendre chez une assurée dont les plaintes concernent des douleurs chroniques d'intensité 10/10 depuis 2006. Sur la question des arguments qualifiés de "folkloriques" par le Dr J. _____ concernant le bronzage de l'assurée et ses callosités plantaires bien développées, le SMR a indiqué que ces éléments n'étaient évidemment pas ceux sur lesquels reposait le diagnostic et l'appréciation de la capacité de travail mais étaient mentionnés pour illustrer le peu de cohérence entre les allégations de l'assurée et la réalité objective, ce qui devait inciter les experts à interpréter avec réserve les éléments anamnestiques. La recourante n'a pas déposé de déterminations complémentaires. 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'assurance-invalidité, 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 et 58 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. 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 2008 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). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la

décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). 3. En l'occurrence est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée suite au rapport d'expertise du Centre R. _____ du 23 novembre 2009. 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 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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts, et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). e) Du point de vue juridique, la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux répondent aux mêmes règles lorsque se pose la question de leur caractère invalidant. La fibromyalgie est en effet une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009). 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. 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 consid. 4.2.2 p. 71 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée ; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ; enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 ; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

4. a) Sur le plan médical, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise du Centre R. _____ du 23 novembre 2009 dont les conclusions ont été reprises par le SMR dans son rapport du 26 novembre 2009. Ce rapport d'expertise repose sur un examen personnel de l'assurée datant du 8 août 2009 ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'OAI. Il récapitule l'anamnèse de l'assurée, singulièrement l'anamnèse familiale, personnelle, sociale et professionnelle (p. 15 à 20). Il expose en outre les plaintes et données subjectives de l'intéressée (p. 20 à 23) ainsi que les résultats de l'examen clinique pratiqué sur elle ("status clinique") (p. 23 à 28). Puis, les experts font part de leurs diagnostics (p. 28). Les atteintes sont ensuite largement discutées par les experts (p. 28 à 32), lesquels ponctuent ce rapport en répondant aux questions soulevées par l'OAI essentiellement au sujet de la capacité de travail du recourant (p. 33 à 35). A cet égard, les experts précisent en particulier que l'assurée conserve une capacité de travail de 100% tant sur le plan somatique que psychique dans l'activité exercée jusqu'ici, sans diminution de rendement. Il apparaît

ainsi que l'expertise du Centre R. _____ du 23 novembre 2009 se fonde sur un examen clinique complet et détaillé de la recourante sur le plan rhumatologique et psychiatrique tout en prenant en compte ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance du dossier médical et comporte une anamnèse complète. Il explique avec précision les raisons pour lesquelles les experts s'écartent des avis médicaux antérieurs. Enfin, ce rapport donne une appréciation claire et cohérente de la situation médicale de la recourante tout en mettant en évidence plusieurs incohérences entre les éléments objectivés et certaines de ses déclarations et plaintes. Enfin, ce rapport contient des conclusions motivées. S'agissant du grief par lequel la recourante critique la valeur probante de l'expertise en raison de la brièveté de l'unique examen clinique réalisé par les experts du Centre R. _____, il convient de souligner que le rôle dévolu par la jurisprudence à un expert consiste à fournir une analyse neutre, ponctuelle et détaillée d'un cas particulier (TF 9C_34/2010). Il appartient ainsi à l'expert de se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3 et TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et les références citées) ; la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1). Celle-ci ne saurait en effet être proportionnelle au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (TFA I 719/06 du 04 juillet 2007 consid. 2.2 ; I 764/05 du 30 mai 2006 consid. 2.3). En outre, une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). En l'occurrence, force est de constater que la démarche des experts du Centre R. _____ correspond aux postulats posés par la jurisprudence quant au rôle d'un expert. Quant au grief de la recourante selon lequel l'expertise du Centre R. _____ aurait évalué son état dépressif en l'absence d'une évaluation objective, par exemple au moyen d'un test d'Hamilton, il ne saurait être d'avantage suivi. En effet, le rapport d'expertise du Centre R. _____ a été établi selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation mondiale de la santé, 10^{ème} révision (CIM-10). L'avis de l'expert s'appuie donc lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), si bien que le demandeur ne saurait exiger l'utilisation de l'échelle d'Hamilton par exemple. On relèvera enfin que, contrairement à ce que soutient la recourante, les experts ne se sont pas fondés sur le bronzage, les analyses sanguines et la présence de callosités pour définir leur diagnostic et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante. A l'inverse, il convient de considérer que ces éléments ayant été objectivés, il fallait les mentionner. Toutefois, on retiendra avec le Dr K. _____ du SMR, dans son avis du 1^{er} novembre 2010, que ces éléments illustrent un certain manque de cohérence entre les allégations de la recourante et la réalité objective. On ne saurait dès lors suivre la recourante dans son argumentation consistant à considérer cette expertise comme arbitraire, tendancieuse et lacunaire. A l'inverse, au regard des considérations qui précèdent, le rapport du Centre R. _____ du 23 novembre 2009 répond à tous les réquisits fixés par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit sur le plan médical et permet de procéder à l'appréciation du degré d'invalidité de la recourante de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale telle que requise par la recourante (ATF 134 I 140 consid. 5. 3 ; 130 II 425 consid. 2.1). b) Sur le plan

somatique, les experts constatent que la recourante présente un status clinique normal. En particulier, elle ne présente pas d'amyotrophie de sous utilisation, ses articulations restant souples et bien mobiles. En outre, ses indices de mobilité rachidiens sont bien meilleurs qu'annoncés. Les experts ont procédé à un examen scintigraphique du corps entier qui s'est révélé concordant avec leur examen clinique et normal pour l'âge de la recourante. Les experts ont également effectué une IRM qui confirme une atteinte discale lombaire, atteinte fréquente à l'âge de l'expertisée mais sans signe d'appel pour une compression radiculaire ou médullaire. Selon les experts cette atteinte peut expliquer des poussées douloureuses de lumbagos nécessitant des traitements symptomatiques intercurrents mais n'explique pas les douleurs annoncées par la recourante qui dépassent nettement l'entité diagnostique d'une discarthrose. Les experts s'accordent pour dire qu'il est possible que le stade de Modic visualisé sur l'IRM donne lieu à des poussées congestives douloureuses sans pour autant expliquer l'ampleur des doléances relatives par l'intéressée ni leur durée dans le temps, ni la résistance thérapeutiques. Les experts du Centre R. _____ ont ainsi exclu, sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, le diagnostic de fibromyalgie évoqué dans le dossier. Les experts constatent en outre que les plaintes subjectives de la recourante ne sont pas en corrélation avec les éléments objectifs relevés. Ces experts ont ainsi conclu que la capacité de travail de la recourante était de 100% sur le plan somatique dans toute activité. Sur ce point, il convient de constater que le rapport du Centre R. _____ rejoint pour l'essentiel l'avis du Dr H. _____, rhumatologue, qui a estimé dans son rapport du 27 octobre 2008, que sur le plan organique les limitations fonctionnelles de la recourante étaient très modestes - et essentiellement subjectives - et autoriseraient potentiellement une activité à un taux quasi complet. Cette appréciation va toutefois à l'encontre tout particulièrement de l'avis du Dr C. _____, médecin généraliste traitant, qui estime dans son rapport du 15 juin 2009 que la recourante est incapable d'effectuer n'importe quel type de travail sur le plan physique, notamment. Cette appréciation va aussi à l'encontre de l'avis du Dr J. _____, psychiatre, qui considère dans son rapport du 8 décembre 2008 que les restrictions à l'activité exercée reposent certes sur un trouble psychique mais sont surtout de nature somatique. Ces deux avis ne sauraient être suivis dans la mesure où ils n'émanent pas de spécialistes en rhumatologie et sont bien moins étayés que le rapport d'expertise du Centre R. _____ qui repose sur des examens approfondis. En outre, ces praticiens ne mettent pas en avant, sur le plan somatique, des constatations pertinentes qui n'auraient pas été prises en compte par les experts. En définitive, au regard des examens cliniques très fouillés pratiqués par les experts, il y a donc lieu de retenir, sur le plan somatique, les diagnostics posés par l'expertise du Centre R. _____. En accord avec l'avis de ces experts, corroboré par celui du Dr H. _____, il y a lieu de considérer que ces atteintes à la santé, sur le plan somatique, n'entraînent pas de limitations fonctionnelles marquées et n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. c) Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du Centre R. _____ du 23 novembre 2009 retient le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0) (épisode dépressif moyen à sévère de mai 2007 à fin 2007, léger depuis début 2008) associé à un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), sans impact sur la capacité de travail de la recourante ni diminution de son rendement. A cet avis d'expert, s'oppose en premier lieu le Dr J. _____, psychiatre traitant de la recourante, qui, dans son rapport du 8 décembre 2008, estime que celle-ci souffre d'un épisode dépressif sévère associé à un syndrome douloureux somatoforme persistant, justifiant une incapacité de travail de 100%. Ce spécialiste a confirmé son appréciation et son diagnostic dans son

rapport du 2 juillet 2010. S'oppose également à l'expertise du Centre R. _____ l'avis du Dr C. _____ du 15 juin 2009, qui pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome douloureux somatoforme persistant ayant pour effet que l'activité exercée par cette dernière n'est plus exigible. Quant aux avis de la Dresse W. _____, il convient de constater que cette spécialiste a tout d'abord retenu dans son rapport du 25 mai 2007 un épisode dépressif moyen en association probable avec un syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en relevant que la recourante était centrée sur ses douleurs et était trop prise dans sa souffrance somatique pour pouvoir avoir une quelconque disponibilité à une investigation plus psychothérapeutique. Dans son second rapport du 10 décembre 2008, elle a considéré que la recourante souffrait en en automne 2007 d'un épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique tout en soulignant également le fait que la recourante vivait l'atteinte à sa santé somatique comme une grave blessure narcissique qui entraînait une forte régression sur un mode dépressif sévère. Ce médecin a ainsi estimé qu'en automne 2007, l'activité de l'assurée n'était plus exigible, sa capacité de travail étant réduite de 70% à 100% en raison de l'intensité de la symptomatologie dépressive. Force est de constater, au regard des éléments qui viennent d'être rappelés, que le diagnostic du Centre R. _____ est largement corroboré par tous les rapports médicaux ressortant du dossier pour ce qui concerne le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Reste ainsi seule contestée la question de l'intensité de l'épisode dépressif dont la recourante souffre et de ses conséquences sur sa capacité de travail. Le rapport d'expertise psychiatrique du Centre R. _____ du 23 novembre 2009 a été établi par un expert en la matière et repose sur des examens particulièrement complets. Comme déjà indiqué, son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales. Les raisons pour lesquelles un épisode dépressif léger, selon la terminologie de la CIM-10, est le mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère qu'un épisode psychiatrique sévère, qui aurait valeur incapacitante, peut être écarté. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette expertise sans motifs concluants (VSI 2000 p. 152 et les références citées). En ce qui concerne la position du Dr J. _____, on relèvera tout d'abord que ce spécialiste ne fait pas état d'éléments objectifs dans son rapport du 2 juillet 2010 qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Centre R. _____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette expertise lesquelles apparaissent plus objectives dès lors qu'elles ne se fondent pas sur les seules plaintes de l'expertisée, mais aussi sur les constatations objectives et sur l'anamnèse, qui ont conduit l'expert, de manière convaincante, à retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger, n'entraînant pas d'incapacité de travail. Pour ces motifs, devant une appréciation différente d'une situation identique, il convient de privilégier l'appréciation de l'expert, qui est bien plus solidement étayée que celle du psychiatre traitant. En ce qui concerne l'avis du Dr C. _____, on relèvera que ce praticien n'est pas spécialiste en psychiatrie et qu'il est de surcroît le médecin généraliste traitant de la recourante. A ce titre, l'avis de l'expert du Centre R. _____, indépendant et fondé sur un examen psychiatrique complet, doit lui être préféré. Quant à la position de la Dresse W. _____, celui-ci repose sur une appréciation de l'état de la recourante en automne en 2007. Son avis ne saurait dès lors être pris en compte en raison de l'évolution psychique que la recourante a connue durant les deux années qui se sont écoulées jusqu'à l'expertise du Centre R. _____ en août 2009. On relèvera surtout que l'expert psychiatre du Centre R. _____ en tient compte puisqu'elle retient que la recourante a présenté un

épisode dépressif moyen à sévère de mai 2007 à fin 2007. Partant, les conclusions du rapport du Centre R. _____, qui répond aux exigences pour se voir conférer une pleine valeur probante (ATF 135 V 254 ; TF 8C_756/2008), doivent l'emporter sur l'appréciation des médecins traitants de la recourante. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic d'épisode dépressif léger qui n'entraîne pas d'incapacité de travail. d) Concernant le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, un tel diagnostic ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant d'une fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux. Les autres critères déterminants pour reconnaître exceptionnellement le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail n'apparaissent pas davantage remplis en l'espèce. S'agissant en particulier d'une perte d'intégration sociale, on ne saurait manifestement la retenir sur le vu des renseignements contenus tant dans le rapport d'expertise du Centre R. _____ qui indique que la recourante ne présente pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, notamment en raison du fait qu'elle vit en famille en Suisse tout en pouvant se rendre régulièrement en Serbie pour y passer des vacances et voir ses proches. Il en va de même d'un échec des traitements, que les experts excluent (p. 32 de l'expertise). Des bénéfices secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage. Ces mêmes experts constatent de plus que la recourante ne présente pas un processus maladif ou une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années et que malgré les allégations de douleurs intenses et persistantes, elle peut sortir trois fois par jour de son appartement pour aller marcher, descendre et monter trois étages sans ascenseur, ce qui démontre qu'elle est en mesure de surmonter ses douleurs en fonctions des circonstances. En définitive, on retiendra que les experts du Centre R. _____ sont les seuls à analyser et à se prononcer sur les critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de leur avis qui est motivé et convaincant. 5. Après examen, il y a lieu de retenir que, sur le plan somatique et psychiatrique, la recourante ne présente pas une affection invalidante qui justifierait de retenir une diminution de la capacité de travail et donc une invalidité. A ce titre, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans son activité ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté II. La décision rendue le 23 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Laurent Damond, avocat, (pour X. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour

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

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