

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Pittet et Monod, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

D. _____, à Jongny, recourante, représentée par Mme Nadine Frossard, à Vufflens-la-Ville,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 27 avril 2008, D._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1969, assistante technique chez [...], a déposé une demande de prestations AI. Elle fait état de fibromyalgie floride, de céphalées tensionnelles et de troubles psychiques depuis le début 2007.

Dans un rapport médical du 21 mai 2008, le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants:

- "• Syndrome douloureux chronique sévère probablement sur fibromyalgie et dysfonction intervertébrale.
- Gonalgie bilatérale et status après traitement méniscal interne gauche.
- Dépression anxieuse persistante F34.1.
- Personnalité anxieuse F60.6 avec tendance importante à la dépendance affective."

Dans son anamnèse, le médecin traitant indique en outre que le tableau est dominé par des troubles anxio-dépressifs et un état douloureux chronique, ces plaintes existant depuis de nombreuses années mais s'exacerbant à la fin de l'année 2006 nécessitant un arrêt de travail qui débute à 50% à cette époque et qui va être progressivement réduit, mais avec actuellement la persistance d'une incapacité de travail de l'ordre de 30%. Les progrès sur le plan psychiatrique et somatique sont maigres malgré une prise en charge pluridisciplinaire. Les symptômes actuels se traduisent par un état douloureux polytopique notamment avec des céphalées quotidiennes intenses, des douleurs des ceintures, des gonalgies bilatérales, une fatigabilité très importante, une mauvaise tolérance au stress, une nécessité de se reposer, une anhédonie, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. L'aspect somatique était qualifié de tableau typique d'une fibromyalgie toujours difficilement dissociable d'un syndrome somatoforme. Ce praticien relève en outre que les efforts conjugués pour tenter de rétablir une capacité de travail d'une part, mais également une qualité de vie acceptable d'autre part semblent tout de même voués à un échec partiel et dans le meilleur

des cas à une poursuite de la situation actuelle. S'agissant du traitement, il mentionne une prise en charge psychiatrique avec traitement anti-dépresseur et anxiolytique, ainsi que des somnifères, un traitement antalgique médicamenteux et de la physiothérapie.

Etait notamment annexé au rapport médical précité, un rapport du 27 juin 2007 de la Dresse J._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qui pose les diagnostics suivants:

- "- Dysfonction intervertébrale dorsale gauche et sacro-illiaque droite.
- Fibromyalgie.
- Etat dépressif."

Cette spécialiste expose que l'assurée a consulté pour des douleurs dorsales et lombaires irradiant dans la fesse droite ainsi que des douleurs musculo-tendineuses diffuses dans le cadre de la fibromyalgie. A l'examen clinique, elle observe qu'il n'y a pas vraiment de limitation fonctionnelle objectivable au niveau des membres supérieurs (MS), des membres inférieurs (MI) ou au niveau du rachis mais elle constate certains dysfonctionnements au niveau intervertébral dorsal à gauche ainsi qu'au niveau de la sacro-illiaque droite. Elle note que l'évolution a été favorable et que c'est le problème de la fibromyalgie qui domine le tableau clinique.

Dans un questionnaire rempli le 17 juin 2008, l'employeur indique que sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 100% soit 40 heures par semaine pour un salaire annuel (2008) de 71'550 francs. Il mentionne l'existence d'incapacités de travail depuis la fin novembre 2006.

Dans un rapport médical du 8 juillet 2008, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie, pose les diagnostics suivants ayant un effet sur la capacité de travail:

- "• Trouble persistant de l'humeur F34.1, chez une personnalité anxieuse et dépendante.
- F60.6. Syndrome douloureux chronique (fibromyalgie).

- Douleurs diffuses, céphalées tensionnelles, manifestations dépressives, état d'épuisement, attaques de panique, troubles du sommeil, de la concentration."

Il précise que l'anxiété existe dès 1999 et que l'état actuel (aggravation de la symptomatologie) est présente dès la fin 2005. A titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, il indique des "douleurs diffuses, céphalées tensionnelles, manifestations dépressives, état d'épuisement, attaques de panique, troubles du sommeil, de la concentration". Dans sa description de l'état actuel de l'assurée, ce praticien mentionne qu'elle se plaint de symptômes multiples, crises de panique, d'hyperventilation avec sensation de dépersonnalisation, d'instabilité de l'humeur, d'un sentiment d'insécurité chez une personne très émotive, exprimant un état de désarroi avec le sentiment de ne pas être assez soutenue. Il estime le pronostic incertain chez une patiente vulnérable, dépendante avec traits de type abandonniques. Il relève que la capacité de travail peut être fluctuante compte tenu du contexte psychique actuel et que le taux de 70% de capacité lui paraît le maximum exigible. Il ajoute qu'il y a de fréquentes absences au travail.

Selon une note interne du 27 août 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), la réalisation d'un examen bi disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été demandée au SMR (Suisse Romande) par le médecin de team, ceci en vue de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Le Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie au SMR a examiné l'assurée en date du 16 septembre 2008. Dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 23 septembre 2008, ce spécialiste s'exprime en substance comme il suit sur le cas de l'examinée:

"[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Aucun.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, épisode actuel léger sans syndrome somatique F33.00.

APPRÉCIATION DU CAS

L'anamnèse psychiatrique permet de constater les débuts d'une prise en charge psychothérapeutique chez le Dr P. _____ en 1999, dans le contexte du décès de son père et d'une séparation conjugale. L'assurée dit avoir toujours refusé un traitement jusqu'à il y a 3 ans, le Dr F. _____ va lui proposer l'introduction d'un traitement antidépresseur dans le contexte d'un épisode dépressif d'intensité moyenne (absence d'idée suicidaire). D'après l'assurée, il y a une année, elle aura fait un passage à l'acte suicidaire dans le contexte de douleurs et de sa situation conjugale. Ainsi, un trouble dépressif récurrent doit être retenu, l'intensité des épisodes a été moyenne à sévère, mais d'après l'anamnèse professionnelle, sans répercussion sur la capacité de travail. En outre, le diagnostic retenu par le Dr P. _____, Psychiatre FMH, de Trouble persistant de l'Humeur (le code mentionné F34.1 correspond à celui de la Dysthymie), d'après la CIM 10, est d'une intensité insuffisante pour justifier même un diagnostic de Dysthymie, et dans ce sens, une répercussion sur la capacité de travail ne peut pas être retenue.

L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence de symptomatologie psychotique ou anxieuse. L'assurée exprime une tristesse, une diminution de l'intérêt pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, une mauvaise image de soi, mais d'après la description de la vie quotidienne, elle arrive à faire face aux exigences élémentaires et avoir même une activité professionnelle à temps partiel.

En conclusion, les épisodes dépressifs décrits par l'assurée rentrent dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, mais ils n'ont pas eu de répercussion sur la capacité de travail de longue durée. Il est probable qu'entre les épisodes une dysthymie soit présente mais en tenant compte du dosage du traitement antidépresseur (Fluctine® 60mg/j) ce diagnostic ne peut pas être évalué correctement. Toutefois, la dysthymie est d'une intensité insuffisante (d'après la CIM-10) pour avoir des répercussions sur la capacité de travail de longue durée."

Sur la base de ses constatations et appréciations médicales, le Dr O. _____ ne retient pas d'incapacité de travail.

Le 5 novembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision allant dans le sens d'un rejet de la demande de prestations. Il considérait notamment ce qui suit:

"[...]

Appréciation

Selon l'examen psychiatrique de notre Service médical régional du 23 septembre 2008, vous présentez un trouble dépressif récurrent - épisode moyen à sévère - épisode actuel léger sans syndrome somatique.

Or, selon la jurisprudence, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1). Partant,

l'existence d'une co-morbidité psychiatrique doit être niée dans un tel cas.

Ainsi, il convient d'abord de constater l'absence de toute co-morbidité psychiatrique à votre syndrome douloureux chronique versus fibromyalgie.

Vous ne réunissez pas non plus plusieurs des autres critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

En effet, vous ne présentez pas d'affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé et il n'y a pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art.

Sur le plan juridique, on doit donc nier qu'une mise en valeur de votre capacité de travail ne puisse être exigée de vous à 100%.

Votre syndrome douloureux chronique versus fibromyalgie ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'Al."

Le 19 novembre 2008, l'assurée fait part de ses objections sur le projet précité. Elle relève que son état de santé se dégrade entraînant des douleurs de tête et dans le corps constantes avec pour effet des difficultés de concentration. Elle indique ne plus être apte à reprendre un travail à un taux supérieur à 60%.

Dans un rapport médical intermédiaire du 15 novembre 2008, le Dr P._____ indique une péjoration de l'affection psychiatrique de sa patiente, ceci en raison d'une recrudescence de la symptomatologie présentée.

Dans un avis médical du 6 janvier 2009, les Drs R._____ et M._____ du SMR estiment qu'il n'y a pas lieu d'admettre une péjoration durable, la recrudescence des symptômes telle que rapportée par le Dr P._____ n'étant pas étonnante chez l'assurée puisque celle-ci doit faire face à une décision de refus de prestations.

Le 9 mars 2009, le Dr F._____ (médecin traitant) écrit que durant 2008, il s'était avéré que sa patiente n'était pas en mesure de travailler à 60% en raison d'un manque de ressources flagrant face à son problème santé sous-entendant une atteinte plus large que son simple état douloureux.

Dans une fiche d'examen N°3 du 8 septembre 2009 établie par Mme E. _____ de l'OAI à l'attention du SMR compétent, il est mentionné notamment ce qui suit:

"Après examen de la situation avec le juriste de team (SIM), le dossier vous est retourné afin d'obtenir les informations suivantes; Dans le journal médical du 3.9.08 il est indiqué un syndrome douloureux chronique (versus fibromyalgie), dépression anxieuse persistante, gonalgies. En page 2 de ce rapport, il est indiqué qu'un examen rhumato-psy est nécessaire pour déterminer la répercussion de cette atteinte sur la CT [capacité de travail].

Seul l'examen clinique psy a été effectué le 23.9.08 au SMR. Ce rapport d'expertise n'explique pas pourquoi le syndrome douloureux chronique n'est pas retenu.

Se basant sur les indications données en page 2 du rapport SMR, sur le journal médical, et les rapports médicaux versés au dossier, la jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux a été reprise dans le préavis de refus.

Vous indiquez que c'est à tort que nous avons cité cette atteinte. Nous en prenons note.

Conformément à votre avis du 6.1.09, la décision sur le fond se doit d'être maintenue (absence d'atteinte à la santé invalidante, et de ce fait refus de prestations AI).

Cependant, se pose la question suivante;

Si nous annulons le préavis du 5.11.08 pour ne pas retenir le syndrome douloureux chronique quelles sont les raisons médicales qui nous permettent de nous écarter de ce diagnostic retenu par les médecins de l'assurée?

Merci également de prendre connaissance du courrier du 9.3.09 du Dr F. _____ et de nous indiquer s'il est de nature à influencer votre position concernant la capacité de travail exigible."

Dans un avis médical SMR du 12 octobre 2009, les Drs R. _____ et Z. _____ (responsable de groupe) écrivent ce qui suit:

"Assurée qui fait opposition contre une décision de refus de prestations. Ce refus est basé sur un examen psychiatrique au SMR qui a retenu comme diagnostic non invalidant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et déterminé une capacité de travail exigible de 100% dans son activité. Le psychiatre traitant a attesté une capacité de travail de 70% pour trouble persistant de l'humeur, personnalité anxieuse et dépendante et syndrome douloureux chronique (fibromyalgie).

Le projet de décision du 19.11.2008 a été motivé par une argumentation basée sur le diagnostic de syndrome douloureux chronique versus fibromyalgie, alors que dans mon rapport d'examen SMR je n'avais pas mentionné ces diagnostics et retenu l'absence de diagnostic invalidant, avec comme diagnostics associés non du ressort de l'AI le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, des douleurs aux genoux et au dos.

L'assurée continue à travailler à des taux diminués. Ainsi elle a travaillé en 2008 en moyenne à 50.17%, avec un taux minimal à

30% en février 2008 et maximal à 72% en janvier 2008 et 73% en novembre 2008.

Dans sa contestation datée du 19.11.2008 l'assurée estime qu'elle ne peut travailler plus de 60%.

Le Dr P._____, psychiatre, signale le 25.11.2008 une recrudescence de la symptomatologie, sans mentionner de taux de capacité exigible et sans attester d'autre incapacité de travail qu'auparavant (il avait estimé la capacité de travail exigible à 70%). Le médecin traitant, le Dr F._____, confirme le 09.03.2009 que ce taux de 60% est le maximum que peut faire cette assurée.

On pose aujourd'hui la question pourquoi on n'avait pas procédé à un examen psychiatrique et rhumatologique au SMR tel que proposé par moi dans une annotation dans le journal médical en date du 27.08.2008. Cette absence de nouvel examen rhumatologique, certainement décidée après discussion au sein du SMR, est justifiée par le fait qu'aussi bien le Dr F._____ dans son rapport du 21.05.2008 que la Dresse J._____ dans sa lettre du 27.06.2007 ont souligné que la problématique douloureuse était au premier plan et que les atteintes physiques n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles à proprement parler.

Aux dernières nouvelles (état février 2009) l'assurée continue à un taux inférieur ou égal à 60%, l'aggravation signalée par le Dr P._____ en novembre 2008 n'a donc pas été durable.

C'est suite à un examen clinique au SMR que l'exigibilité d'une capacité de travail de 100% a été déterminée. Dans son rapport, l'examineur discute les diagnostics et retient qu'aussi bien celui retenu par lui que les diagnostics mentionnés par le Dr P._____ ne sont pas des affections qui justifient une incapacité de travail durable et significative.

Il s'agit d'une situation d'appréciation différente d'une même situation en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail exigible entre un psychiatre du SMR et le psychiatre traitant.

Lors de la décision, il faudra se baser sur les diagnostics retenus dans le rapport d'examen SMR du 23.10.2008."

Par décision du 22 janvier 2010, reçue le 8 février 2010 par l'assurée, pour des motifs identiques à ceux développés dans son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, dont la teneur fait partie intégrante de la décision précitée, l'OAI s'est adressé en ces termes à son assurée:

"[...]

Vous alléguiez que votre état de santé se dégrade, ne vous permettant pas d'exercer une activité lucrative à un taux supérieur à 60%. A l'appui de votre contestation, nous avons reçu un courrier de votre médecin, le Dr P._____, ainsi que du Dr F._____.

Ces documents ont été soumis au Service médical régional AI (ci-après; SMR) pour appréciation. Nous vous faisons part de leur appréciation;

Le Dr P._____, psychiatre, signale le 25 novembre 2008 une recrudescence de la symptomatologie, sans mentionner de taux de capacité exigible et sans attester d'autre incapacité de travail qu'auparavant (il avait précédemment estimé la capacité de travail

exigible à 70%). Le médecin traitant, le Dr F. _____, indique le 9 mars 2009 que le taux d'activité de 60% n'a pas pu être tenu en raison d'un manque de ressources face au problème de santé.

Il convient ici de rappeler qu'aussi bien le Dr F. _____ dans son rapport du 21 mai 2008, que la Dresse J. _____ dans sa lettre du 27 juin 2007, ont souligné que la problématique douloureuse était au premier plan et que les atteintes physiques n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles à proprement parler.

L'appréciation de votre capacité de travail se base sur un examen clinique psychiatrique effectué auprès du SMR qui a retenu comme diagnostic non invalidant un trouble dépressif récurrent - épisode actuel léger -, et déterminé une capacité de travail exigible de 100% dans votre activité.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante."

B. Le 10 mars 2010, l'assurée recourt contre cette décision de refus, concluant à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. La recourante fait notamment valoir qu'elle souffre de troubles dépressifs récurrents depuis 1999 ainsi que de douleurs musculo-squelettiques (apparues depuis 2006 au moins), qu'elle consomme beaucoup de médicaments (antidépresseurs, antidouleurs et sédatifs) qui ne lui apportent que très peu de réconfort et lui permettent tout juste de tenir quelques heures de travail. Elle relève un mauvais déroulement de l'examen clinique psychiatrique du 16 septembre 2008 au SMR et s'étonne que l'expertise bidisciplinaire préconisée en son temps par l'intimé, à savoir psychiatrique et rhumatologique, n'ait pas eu lieu. Il ne lui apparaît ainsi pas possible de connaître la réalité de son incapacité de gain. Elle reproche à l'OAI d'être contrevenu aux règles jurisprudentielles en faisant l'économie d'une expertise rhumatologique laquelle aurait permis d'établir exactement son incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGa (loi fédérale du

6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1).

Le 21 février 2010, le Dr F. _____ établit un certificat médical adressé à l'intimé mentionnant ce qui suit:

"Mlle D. _____ a été jugée capable de travailler à 100%. Sur le plan médical, dans le but de réduire au maximum les douleurs et notamment les céphalées, cette activité ne devrait pas être stressante, il faudrait éviter des positions statiques prolongées (par exemple éviter le travail sur écran pendant des heures), permettre des changements de position fréquents, proscrire le port de lourdes charges. En cas de doute, le service médical de l'assurance-invalidité devrait compléter ces informations."

Le 7 juin 2010, le Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, écrit ce qui suit à l'OAI:

"Je me permets de vous écrire afin de solliciter une nouvelle évaluation de l'incapacité de travail de Mme D. _____. En effet, j'ai pu constater une aggravation par rapport à l'état de santé décrit dans les rapports médicaux du Dr P. _____ et du SMR.

A l'heure actuelle, nous avons affaire à un authentique trouble dépressif moyen à sévère (F32.1 - F.32.2) avec une humeur dépressive, une absence totale de plaisir dans les activités de la vie, une fatigabilité extrême...

Mme D. _____ présente également d'importants troubles du sommeil, des troubles de régulation de l'appétit; elle a perdu confiance en elle, commet des erreurs dans son travail à la suite de troubles de l'attention et de la concentration et elle est totalement désespérée par rapport à son avenir et évoque des idées suicidaires. Elle présente également un absentéisme assez régulier à son travail qui n'est pourtant qu'un mi-temps.

Un autre élément n'a pas été pris en considération de manière suffisante à mon avis:

Le trouble de la personnalité déjà décrit par le Dr P. _____ comme personnalité anxieuse (évitante) (F60.6) me paraît également pouvoir être décrit comme une personnalité dépendante (F60.7): Mme D. _____ se tient à distance de ses pairs et est totalement dépendante de sa mère qui est sa principale source de sécurité sur un mode régressif, avec qui elle partage tous ses repas, qui la conseille pour toutes les décisions de la vie, qui la soutient moralement (en parallèle des nombreux thérapeutes qui la suivent) et qui est sa seule relation sociale. Cet état de fait est décrit dans le rapport du Dr O. _____ du 23.09.2008. En dehors de sa mère, Mme D. _____ est totalement seule. Elle n'a ni mari, ni compagnon, ni enfant, ni père, ni fraterie, ni groupe social.... Elle a uniquement sa mère, dont elle est totalement dépendante dans une relation fusionnelle.

Ses seules relations sociales sont celles qu'elle a au travail. Cet isolement est avant tout la conséquence de son état psychique qui

l'a empêchée de développer son maillage social. Cette situation l'amène à une grande vulnérabilité secondaire, croissante au gré des années et à se retrouver dans un équilibre extrêmement précaire et susceptible de basculer brutalement.

A l'heure actuelle et au vu du peu de moyen qu'elle a sur le plan de la personnalité, diminuée encore par le trouble dépressif, Mme D._____ est totalement incapable de se mettre à la recherche d'un second mi-temps ou d'un autre travail. C'est sa mère qui l'aide à faire les démarches qu'elle est contrainte de faire vis-à-vis du chômage.

Elle arrive avec grand peine à assumer son poste à mi-temps actuel, faisant fréquemment preuve d'absentéisme. La charger davantage est la condamner assurément à perdre son emploi, à perdre ses contacts sociaux résiduels professionnels et à décompenser sur un mode dépressif voir suicidaire.

A cela il faut bien entendu encore rajouter pour mémoire les troubles douloureux de Mme D._____, qui l'handicapent, et la consultation régulière de soignants (médecin interniste, rhumatologue, physiothérapeute, psychiatre...), qui lui prend en plus du temps et une énergie dont elle est dépourvue.

Une reconnaissance d'incapacité de travail de 50% au minimum me paraît évidente et urgente."

Dans un avis médical du 7 juin 2010, le Dr R._____ (SMR) estime que la lettre de son confrère doit être considérée comme preuve d'une aggravation et propose à l'intimé de poser diverses questions au Dr H._____.

Dans sa réponse du 30 août 2010, l'OAI estime que l'examen psychiatrique effectué par le SMR remplit les conditions posées par la jurisprudence quant à la valeur probante. Il ajoute que dans son avis médical du 12 octobre 2010 (recte: 2009), le SMR explique les raisons pour lesquelles un examen rhumatologique n'a pas été mis en œuvre. Estimant qu'il n'est pas exclu que l'état de la recourante se soit aggravé avant la décision attaquée, il propose d'interpeller le Dr H._____. Il produit un avis médical SMR du 23 août 2010 établi par le Dr M._____ lequel indique avoir pris position dans son avis SMR du 12 octobre 2009 quant au fait qu'un examen rhumatologique et psychiatrique n'avait pas été effectué. Il constate en outre qu'il ne ressort pas clairement du dossier pour quelle raison cet examen bidisciplinaire, demandé par lui dans le journal médical du 27 août 2008, n'a pas été ordonné et que si cette lacune est jugée critiquable par le service juridique, il faut procéder à un examen rhumatologique pour voir s'il existe une incapacité de travail pour raison purement physique. Il ajoute que l'absence de psychopathologie

psychiatrique invalidante constatée lors de l'examen psychiatrique au SMR n'est pas remise en cause et qu'entre temps la situation psychiatrique s'est dégradée, et qu'une nouvelle instruction est demandée.

E n d r o i t :

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

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la 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 par D. _____ contre la décision rendue le 22 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation ayant pour objet le principe de l'octroi d'une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la

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

2. La recourante requiert l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. A l'en croire, l'intimé n'aurait pas effectué une instruction complète (in casu, économie d'une expertise rhumatologique) du dossier sur le plan médical, ceci en violation des règles établies en la matière par le Tribunal fédéral.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

b) 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; 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^{er} 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).

c) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur social pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 I 327/2006 du 17 avril 2007, consid. 5.1; RAMA 1993 U 170, p. 136, consid. 4a). Des motifs d'ordre pratique commandent de limiter les cas d'expertise judiciaire aux hypothèses où un élément nouveau est apparu en cours de procédure, alors que l'assureur, pour le surplus, a correctement instruit selon ce que l'on pouvait attendre de lui, et qu'aucun reproche ne peut lui être fait.

4. a) Sur le plan rhumatologique, la Dresse J._____ indique en juin 2007 que la dysfonction intervertébrale dorsale gauche et sacro-illiaque droite s'était améliorée. Toutefois, le Dr F._____ a diagnostiqué des gonalgies bilatérales et des douleurs à la ceinture. Alors qu'un examen rhumatologique et psychiatrique était préconisé par le Dr M._____ (SMR), aucun examen rhumatologique n'a finalement été effectué. Les médecins du SMR ont expliqué dans leur avis médical du 12 octobre 2009 - auquel le Dr M._____ se réfère dans son avis médical du 23 août 2010 - que cette absence de nouvel examen rhumatologique avait certainement été décidée après discussion au sein du SMR, était justifiée par le fait qu'aussi bien le Dr F._____ que la Dresse J._____ avaient souligné que la problématique douloureuse était au premier plan et que les atteintes physiques n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles à proprement parler. Le Dr M._____ constate toutefois dans son dernier avis en date qu'il ne ressort pas clairement du dossier pour quelle raison

cet examen bi disciplinaire, demandé par lui dans le journal médical du 27 août 2008, n'avait pas été ordonné.

Dès lors que depuis le rapport médical de la Dresse J. _____ qui date de 2007, il n'y a aucun rapport de spécialiste en rhumatologie et que les motifs pour lesquels un tel examen initialement préconisé n'a pas eu lieu sont peu clairs, il apparaît par conséquent que l'instruction menée n'est pas complète sur le plan rhumatologique.

b) Sur le plan psychique, plusieurs médecins consultés ont diagnostiqué une fibromyalgie ou des troubles somatoformes douloureux. Le Dr O. _____ ne retient pas ce diagnostic sans expliquer pour quels motifs. Il mentionne qu'un trouble dépressif récurrent doit être retenu, l'intensité des épisodes ayant été moyenne à sévère mais sans répercussion sur la capacité de travail, ceci contrairement à l'ensemble du dossier. Il mentionne d'ailleurs que l'assurée "arrive à faire face aux exigences élémentaires et avoir même une activité professionnelle à temps partiel". Ce rapport apparaît ainsi lacunaire, voire même contradictoire. Il ne saurait par conséquent se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3b) supra).

A cela s'ajoute le fait que selon les derniers rapports médicaux (cf. rapports des Dr P. _____, F. _____ et H. _____) l'état de santé de la recourante semble s'être aggravé, point de vue au demeurant partagé par le Dr M. _____ à teneur de son avis médical SMR du 23 août 2010.

En conséquence, l'instruction médicale s'avère également incomplète sur le plan psychiatrique.

c) Au vu des incertitudes médicales relatives à l'état de santé global (rhumatologique et psychiatrique) de la recourante, il n'est dès lors pas possible à la cour de céans de statuer en l'état (cf. consid. 3c) supra). Il y a par conséquent lieu de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il fasse effectuer une expertise bidisciplinaire.

5. a) Bien fondé, le recours doit ainsi être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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 de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

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 sa mandataire professionnelle, 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 du 2 décembre 2008 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, il y a lieu de fixer à 1'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 22 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.

III. Le présent arrêt est rendu sans frais.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme Nadine Frossard (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :