

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 juin 2011

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Zbinden, assesseur  
Greffier     :       Mme     Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Ecublens, recourante, représentée par Me Jérôme Bénédic, avocat à Lausanne

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 1<sup>er</sup> août 1949, d'origine italienne, a déposé une demande de prestations le 22 mai 2002, sollicitant une rente en raison de douleurs abdominales chroniques.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue à Morges, a, dans un rapport du 5 juin 2002, posé le diagnostic de "très probable colopathie fonctionnelle spastique", ce diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Selon ce spécialiste, même s'ils sont subjectivement mal tolérés, les troubles digestifs fonctionnels ne constituent en aucune manière une indication à une incapacité de travail.

Le questionnaire pour l'employeur indique que l'assurée travaille en qualité d'ouvrière de laboratoire depuis le 14 janvier 1985 à raison de 25 heures par semaine pour un salaire horaire qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2001, s'élevait à 16 fr. 50.

Le 25 juin 2002, le Dr Z.\_\_\_\_\_, urologue, a indiqué que les problèmes urologiques de l'assurée n'avaient aucune répercussion sur l'activité professionnelle de celle-ci et qu'ils ne diminuaient pas le rendement professionnel.

Le 8 août 2002, le Dr A.\_\_\_\_\_, généraliste à Ecublens a établi un rapport qui a notamment la teneur suivante :

"A. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Douleurs abdominales chroniques-récurrentes sur status adhérentiel pariéto-épiploïque important concernant la partie inférieure de l'abdomen et le petit-bassin.
- Status après appendicectomie sur péritonite, 1967.
- Status après hystérectomie subtotale conservatrice des ovaires, 1997.
- Status cholécystectomie laparoscopique, 1998.
- Rupture complète du tendon du sus-épineux des deux côtés, séquelles d'un accident survenu en 1986: Opération cri 2001.
- Probable côlon spastique.

### Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Micro-hématurie persistante d'origine indéterminée.
- Status après opérations pour syndrome du tunnel carpien t) et G, février et mars 2002.
- Antécédents de maladie ulcéreuse, dernier épisode en 1999.

B. (...)

### C. Questions générales

1. Etat de santé: Actuellement stationnaire.
2. Amélioration par des mesures médicale: Aucune mesure efficace n'est disponible actuellement. Une intervention chirurgicale risquerait d'aggraver le problème.
3. Indication à des mesures professionnelles: Le même problème (douleurs abdominales aiguës) surviendrait dans n'importe quelle activité.
4. Moyens auxiliaires: Non.
5. Aide d'une tierce nonne dans la vie quotidienne: Non.
6. Examen médical complémentaire: Non.

### D. Données médicales

1. Traitement (pour l'épisode actuel) depuis le 28.09.01.
2. Dernier examen le 24 juillet 2002.
- 3 & 4. Anamnèse et plaintes: Madame Q.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs abdominales épisodiques depuis plusieurs années. Les investigations ont abouti à plusieurs diagnostics (v.ci-dessus) et à des interventions chirurgicales gynécologiques abdominales. Madame Q.\_\_\_\_\_ a commencé à présenter des épisodes de douleurs abdominales très violentes en septembre 2001, le premier épisode la conduisant même à l'hôpital (...). Les examens faits par la suite chez le Dr S.\_\_\_\_\_ évoquaient un probable côlon irritable. Toutefois, le traitement (Zelmac) n'a pas permis d'obtenir un véritable soulagement. Un CT-scan abdominal ayant montré une suspicion de processus expansif dans la région pelvienne droite, Madame Q.\_\_\_\_\_ a été vue par le Dr H.\_\_\_\_\_ du service de gynécologie de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_. Une laparoscopie exploratrice effectuée le 02.05.02 a montré un important status adhérentiel pariéto-épiploïque (v. copie en annexe).
5. Constatations objectives: Lors des épisodes de douleurs abdominales: Abdomen diffusément sensible, ballonné. Pas de défense ni de douleurs à la détente.
6. Examens médicaux spécialisés: voir copies des consultations chez le Dr Z.\_\_\_\_\_ (Urologie), S.\_\_\_\_\_ (Gastro-entérologie) et H.\_\_\_\_\_ (Gynécologie).
7. Thérapie / Pronostic: Selon les symptômes: Nisulid, Buscopan, Duspatalin, laxatifs. Pour le moment, il n'y a pas d'amélioration durable et une amélioration future paraît très peu probable.

### **Annexe au rapport médical**

- 1.1 Répercussion: Les épisodes de douleurs abdominales sont de plus en fréquents et obligent Madame Q.\_\_\_\_\_ à interrompre son travail.
- 1.2 L'activité est-elle encore exigible: Non.
- 1.3 Diminution du rendement: voir 1.1.
- 2.1 Non, pas pour le moment.
- 2.2 Il semble difficile d'exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité. Les douleurs abdominales survenant à n'importe quel moment de la journée, Madame Q.\_\_\_\_\_ serait contrainte d'interrompre son travail. Les traitements mis en oeuvre permettent de soulager les

douleurs de manière transitoire et de façon très incomplète. Il n'y a pas moyen de prévenir l'apparition des crises douloureuses."

Le 18 février 2003, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport à l'intention du médecin-conseil du M.\_\_\_\_\_. (assureur perte de gain). Il pose les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Fibromyalgie existant depuis une date inconnue
- Status après acromioplastie et réparation de coiffe épaule droite en avril 2001 sans séquelle
- Colopathie fonctionnelle.

Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, l'examen n'a pas mis en évidence de co-morbidité psychiatrique significative; il relève en particulier qu'il n'est pas fait état de symptôme anxieux et dépressif, mais tout au plus de difficultés psychosociales, professionnelles, financières et conjugales. L'expert conclut que, selon lui, la capacité de travail ne paraît pas limitée de manière significative par l'ensemble des problèmes médicaux de l'assurée.

Le 11 mars 2003, le Dr G.\_\_\_\_\_, interniste à Renens, a posé les diagnostics suivant ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Anxiété généralisée
- Status adhérentiel abdominal important
- Gonarthrose gauche
- Status après réinsertion d'une rupture complète du sus-épineux, acromioplastie de l'épaule droite.

Il découle également de ce rapport que le mari a de graves problèmes d'alcool et que la recourante est une femme battue. Le Dr G.\_\_\_\_\_ estime que l'état de santé de l'assurée s'aggrave, que l'activité exercée jusqu'à présent ne peut plus être exercée, qu'il y a une diminution de rendement supérieure à 66.6 % et qu'on ne peut pas exiger de l'intéressée qu'elle exerce une autre activité.

Le 21 janvier 2005, les Drs N.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique V.\_\_\_\_\_, ont établi un rapport d'expertise psychiatrique.

Les experts posent le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis une date indéterminée mais se péjorant depuis l'arrêt de travail de l'assurée en 2000. Ils retiennent en outre le diagnostic de fibromyalgie, sans effet sur la capacité de travail de l'assurée. Dans leur appréciation du cas, les experts relèvent notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'une patiente de 55 ans, d'origine sicilienne, qui a connu une enfance difficile. Elle a très tôt intégré le milieu professionnel, dès l'âge de 14 ans. Elle a fondé une famille de trois enfants, et a assumé toute la charge de leur éducation, le mari présentant une dépendance sévère à l'alcool dès le mariage. L'expertisée a présenté à partir de 2000 un épuisement exprimé par un état dépressif et des douleurs abdominales investiguées à plusieurs reprises. On note d'une manière synchrone son licenciement d'une place de travail qu'elle occupait depuis de multiples années. L'année 2004 a été marquée par le départ de la maison du dernier enfant, et par la décision de l'expertisée de divorcer et de quitter le domicile familial. L'expertisée est suivie pour un état dépressif depuis la fin 2003 par nos collègues D.\_\_\_\_\_. Ils décrivaient au début de leur prise en charge une symptomatologie dépressive sévère, qui s'est améliorée partiellement sous traitement médicamenteux au cours de l'année 2004. Nous diagnostiquons en fin 2004 une symptomatologie dépressive moyenne, (...).

Nous nous prononcerons uniquement sur la problématique dépressive, son pronostic et son influence sur la capacité de travail.

L'expertisée pourrait actuellement travailler à 30%, c'est-à-dire une incapacité de travail de 70%, travail qu'elle estime elle-même possible si fragmenté. La dynamique actuelle fait penser qu'une évolution favorable est possible tant du point de vue social que du point de vue thérapeutique. Le traitement médicamenteux pourrait être renforcé et le suivi psychothérapeutique poursuivi. (...)"

Selon les experts, tout travail que pourrait faire l'assurée est actuellement limité par l'asthénie, l'aboulie modérée et les troubles de la concentration. Ils sont d'avis que l'expertisée peut encore exercer son activité (ouvrière en boulangerie-pâtisserie) à raison de 30 %, soit 12 heures par semaine ou 2 heures et demie par jour, ce qui devrait permettre un rendement normal. Ils relèvent également que les arrêts de travail depuis 2001 ont été motivés par de multiples causes dont les opérations du tunnel carpien des deux côtés et une laparoscopie, rendant impossible l'évaluation de l'incapacité de travail pour cause dépressive depuis cette période.

Le 3 mai 2005, les Drs T.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante à la Section ambulatoire des troubles anxieux et de l'humeur de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_ ont établi un rapport médical à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail, sont retenus :

- trouble dépressif majeur, épisode actuel sévère, chronique depuis 2000
- trouble panique depuis plus de 20 ans
- trouble somatoforme douloureux depuis 2000
- traits de personnalité dépendante depuis plus de 20 ans.

Selon ces médecins, l'incapacité de travail est de 100 % et l'activité exercée n'est plus exigible, la diminution de rendement étant totale. Ils précisent qu'au vu de la chronicité de la symptomatologie anxieuse, dépressive et douloureuse et malgré l'intensification du traitement médicamenteux, il est peu probable qu'on puisse attendre une reprise d'activité professionnelle, à court ou moyen terme.

Le 14 juin 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a émis un avis médical dont la teneur est la suivante :

"(...)

Selon son médecin traitant, elle souffre d'une fibromyalgie avec état anxio-dépressif, d'un status adhérentiel abdominal, d'une gonarthrose et d'un status après acromioplastie droite valant une IT totale depuis le 12.10.2001.

Cet avis n'est pas partagé par le Dr R.\_\_\_\_\_ dans une expertise du 18.2.2003 à la demande du M.\_\_\_\_\_. Au terme de son examen, l'expert conclut à l'absence de limitation fonctionnelle et de comorbidité psychiatrique significative. Selon lui, il s'agit d'une fibromyalgie, les douleurs abdominales sont imputables à une colopathie fonctionnelle et ne sauraient entraîner d'incapacité de travail de longue durée. Il termine en reconnaissant une pleine capacité de travail dans l'activité précédente.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ n'étant pas psychiatre, nous avons demandé une expertise aux Drs F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, qui concluent au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. Les experts se rangent aux incapacités de travail attestées par les médecins traitants, comme ils suivent l'avis de l'assurée lorsqu'elle annonce qu'elle pourrait travailler à 30%.

La Dresse C.\_\_\_\_\_, qui suit l'assuré à [l'Hôpital] D.\_\_\_\_\_, opte pour un trouble dépressif majeur, épisode actuel sévère, avec trouble panique. Elle confirme l'incapacité de travail totale.

En résumé, nous sommes en présence d'une fibromyalgie (Dr R.\_\_\_\_\_, Dr F.\_\_\_\_\_), ou d'un trouble somatoforme douloureux (Dresse C.\_\_\_\_\_). Ces entités similaires ne sont pas considérées comme invalidantes si elles ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique significative, et des critères d'aggravation dits de Mosimann. De plus la récente jurisprudence du TFA établit que le trouble dépressif d'intensité moyenne fait partie intégrante du trouble somatoforme douloureux, et qu'il ne saurait en être séparé.

Dans le cas présent, les experts psychiatres retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Nous sommes donc précisément dans le cas d'espèce mentionné plus haut. J'ajoute que le diagnostic des experts doit prévaloir sur celui de la Dresse C.\_\_\_\_\_.

L'expertise psychiatrique fait état d'un certain retrait-social "en amélioration depuis 3 mois". Il s'agit de la seule allusion à une perturbation de l'environnement psycho-social de ce dossier.

A mon sens, les critères d'aggravation de Mosimann ne sont pas réunis.

Si l'on s'en tient à ces définitions, cette assurée ne présente pas de maladie invalidante au sens de l'AI".

Par décision du 16 juin 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour le motif qu'il n'y avait pas de contre-indications médicales à l'exercice de l'activité habituelle, exigible à 100 %.

Le 5 juillet 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision en faisant valoir en substance que, depuis son arrêt de travail de juillet 2001 pour des motifs tant somatiques que psychiques, elle n'avait plus été en mesure de reprendre son activité professionnelle, qu'elle présente un état dépressif sévère et chronique, ainsi qu'un trouble panique. Les symptômes qu'elle ressent sont invalidants. Des troubles du sommeil péjorent sa qualité de vie et ne lui permettent pas d'envisager une reprise de son activité professionnelle. De plus, depuis une intervention chirurgicale à l'épaule droite, elle est fortement limitée dans ses mouvements et dans sa force. Elle estime en résumé que son état de santé s'est fortement dégradé depuis 2000. L'assurée a requis que l'incapacité de travail attestée par les Drs G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ soit reconnue.

Par décision sur opposition du 3 octobre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 16 juin 2005. Il a considéré que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux qu'elle présente selon

les Drs R.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ n'est pas invalidant au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, vu l'absence de comorbidité psychiatrique significative selon les experts ou l'absence des critères d'aggravation (dits de Mosimann).

**B.** Par acte du 6 novembre 2006 de son conseil Me Jérôme Bénédict, Q.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 3 octobre 2006, en concluant principalement à la réforme en ce sens qu'elle est reconnue invalide et mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière, ce à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001; subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision.

Par réponse du 7 février 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La recourante a répliqué le 27 septembre 2007. Avec sa réplique, la recourante a produit des un bordereau de pièces, notamment un rapport d'expertise privée effectuée par le Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre à Genève, daté du 10 juillet 2007. Comme motif de la consultation, il est indiqué que celle-ci est motivée par une démarche visant l'obtention de l'assurance invalidité. Ce rapport contient une anamnèse familiale et actuelle. Il décrit le status psychodynamique et pose les diagnostics CIM-10 de schizophrénie et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques. Un rapport médical du 22 août 2007 établi par les médecins du Service de gastro-entérologie du Centre hospitalier Y.\_\_\_\_\_ fait en outre état d'une hépatite C chronique dont l'origine est probablement liée à une transfusion sanguine faite avant 1990.

Par écriture du 30 décembre 2007, l'OAI s'est déterminé en produisant un avis médical SMR du 30 novembre 2007 du Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui s'étonne qu'après une expertise psychiatrique et un séjour dans un hôpital psychiatrique, le diagnostic de schizophrénie n'ait pas été posé avant l'âge de 58 ans. Il remarque que ce diagnostic a été évoqué

sans aucune discussion de diagnostic différentiel et qu'il ne correspond pas aux critères définis par la CIM-10. Il constate également que les troubles dépressifs régulièrement mis en avant auparavant n'apparaissent plus du tout.

Par courrier du 15 mai 2008, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. A l'appui de sa requête, elle a produit le courrier que le chef de clinique et un médecin assistant du Département de psychiatrie du Centre hospitalier Y.\_\_\_\_\_ ont adressé à son conseil le 29 avril 2008. Ils relèvent dans dit courrier que l'expertise effectuée par le Dr L.\_\_\_\_\_ souffre de différentes lacunes, en particulier "l'omission des critères diagnostiques CIM-10 pour le schizophrène, le diagnostic différentiel de la schizophrénie par rapport aux diagnostics antérieurs ainsi que les précisions sur les orientations thérapeutiques". Ils estiment que ces points devraient être éclaircis et sont d'avis qu'une expertise serait nécessaire, en relevant que les appréciations très contradictoires des différents médecins les amènent à faire l'hypothèse d'une patiente influençable et à l'intelligence limite.

A la demande des rédacteurs du courrier du 29 avril 2008, des tests neuropsychologiques ont été effectués. Il découle du rapport établi à leur suite que la recourante est illettrée et que son quotient intellectuel de performance est de 63. La conclusion du rapport est la suivante :

"Chez cette patiente illettrée et disposant de ressources intellectuelles faibles, nous retenons des signes diffus de faiblesse cognitive. Ces éléments nous paraissent compromettre l'autonomie de cette patiente, notamment en ce qui concerne la gestion de ses tâches administratives et dans une moindre mesure, ménagères."

Dans un avis médical SMR du 18 septembre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ a écrit que les résultats des tests neurologiques ne modifiaient pas son avis précédent. Par détermination du 25 septembre suivant, l'OAI a déclaré se rallier totalement à l'avis SMR précité.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances du canton de Vaud, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La demande de rente AI, a été déposée le 22 mai 2002 et la décision entreprise rendue le 3 octobre 2006.

La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 3 octobre 2006.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4<sup>e</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**3. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité, respectivement sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail du fait des atteintes à la santé qu'elle présente.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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 s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 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 calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**4.** Le litige porte principalement sur le point de savoir si le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux qui a été retenu par l'ensemble des médecins ayant examiné la recourante est incapacitant ou non au regard de l'assurance-invalidité.

**a)** D'emblée, il convient de relever que ce n'est qu'en procédure de recours que le diagnostic de schizophrénie - au titre de comorbidité psychiatrique significative - a été retenu par l'expert psychiatre qu'a consulté la recourante, le Dr L.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 juillet 2007). Or, force est de constater que cette expertise ne saurait être suivie pour les raisons évoquées par le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR, soit le fait qu'elle ne comporte pas de diagnostic différentiel et que le diagnostic a été posé sans avoir recours aux critères selon la CIM-10. On relèvera pour le surplus, que la partie "discussion" de l'expertise est pour le moins limitée. Ces lacunes ont d'ailleurs été confirmées par les médecins du Département de psychiatrie du Centre hospitalier Y.\_\_\_\_\_ dans leur courrier du 29 avril 2008 au conseil de la recourante. A cela s'ajoute le fait qu'il est étrange, comme le relève fort à propos le Dr W.\_\_\_\_\_ dans l'avis SMR du 30 novembre 2007, qu'un tel diagnostic n'ait jamais été ne serait-ce qu'évoqué par les médecins traitants de la recourante.

L'expertise privée du Dr L.\_\_\_\_\_ devant être écartée pour les motifs exposés ci-dessus, il reste à déterminer si, le cas échéant à quel

avis médical, on peut reconnaître une pleine valeur probante, partant statuer sur le présent recours.

**b)** Pour fonder sa décision, l'OAI s'est fondé sur l'avis SMR du 14 juin 2005, qui reprend lui-même l'analyse de la situation médicale de l'assurée et les conclusions de l'expertise psychiatrique effectuée le 21 janvier 2005 par les Drs N.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, en écartant l'avis médical du 3 mai 2005 des Drs T.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_ qui suivent l'assurée à leur consultation. Dans la mesure où l'expertise psychiatrique répond aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante (voir consid. 3b ci-dessus) et où les psychiatres traitants de l'assurée ne font valoir aucun élément objectif susceptible de remettre en cause l'appréciation des experts, il y a lieu de préférer l'avis des experts à celui des médecin traitants (ibidem). Cela étant, la cour de céans fait siennes les conclusions claires et convaincantes des experts N.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne le diagnostic retenu.

**c)** Au vu de ce qui précède, il faut considérer que la situation médicale de la recourante est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il reste à déterminer quelles conséquences elle induit sur les prétentions de la recourante.

**5. a)** Conformément aux conclusions des experts N.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, il est établi que, outre une fibromyalgie, la recourante présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis une date indéterminée mais se péjorant depuis l'arrêt de travail de l'assurée en 2000. Toujours selon les experts, la recourante pourrait exercer son activité à raison de 30 %, soit 12 heures par semaine ou 2 heures et demie par jour sans diminution de rendement compte tenu du petit nombre d'heures par jour.

**b)** S'agissant de la fibromyalgie, le Tribunal fédéral expose toutefois ce qui suit (ATF 132 V 65) :

"4.1 En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (voir HAUSOTTER, op. cit., p. 119; KARL C. MAYER, op. cit.). Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, 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. La question récemment laissée ouverte au consid. 4.2 de l'arrêt L. du 17 juin 2005, I 3/05, doit ainsi être résolue dans ce sens.

4.2

4.2.1 Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie.

4.2.2 Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au

contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. 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, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, 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)."

**c)** En l'occurrence, quand bien même les experts considèrent que, du fait de sa symptomatologie psychiatrique, soit de son état dépressif, la recourante ne dispose plus que d'une capacité de travail réduite de 30 %, il convient d'examiner, à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée ci-dessus, si la recourante présente une comorbidité psychiatrique significative ou, à défaut, remplit les autres critères jurisprudentiels permettant d'admettre, à titre exceptionnel, que la fibromyalgie qu'elle présente a un caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité.

Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in

: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 81, n. 135). En l'occurrence, les experts relèvent que la symptomatologie de l'état dépressif pour lequel la recourante est suivie à l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ depuis la fin de l'année 2003 s'est améliorée, ce qui leur a permis de retenir, à la fin de l'année 2004 une symptomatologie moyenne. Ils indiquent que la dynamique fait penser à une évolution favorable possible et que le traitement médicamenteux pourrait être renforcé. Ces éléments ne permettent dès lors pas de considérer que le trouble dépressif serait suffisamment intense et durable pour constituer une comorbidité invalidante, à supposer même qu'il puisse être retenu en tant que tel.

**d)** Compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, soit importante par sa gravité, son acuité et sa durée, se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. En effet, en présence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, il convient d'examiner si les critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre à titre exceptionnel le caractère non exigible de l'effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, partant, de la réintégration dans un processus de travail, sont remplis (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71, 131 V 49 consid. 1.2 p. 50, 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354).

In casu, ni les éléments anamnestiques au dossier, ni l'analyse clinique ne permettent de retenir qu'il y aurait cumul des autres critères à tout le moins à un degré suffisant, pour admettre, à titre exceptionnel, qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de se réintégrer dans un processus de travail n'est pas exigible de la recourante. En effet, sur le plan d'une éventuelle affection corporelle chronique, il est établi que ni les douleurs abdominales, ni les problèmes urologiques n'affectent la capacité de travail. En outre, rien dans le dossier ne permet de penser qu'il y aurait perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie quotidienne. Enfin, les experts relèvent que le traitement

médicamenteux pourrait être renforcé, ce qui implique qu'il n'y a pas échec dans ce domaine.

Au surplus, on relèvera que les facteurs socioculturels paraissent jouer un rôle d'importance dans le cas de la recourante (notamment ses origines siciliennes, le fait que le mari a présenté une dépendance alcoolique importante dès le début du mariage et qu'il maltraitait la recourante, et ses faibles ressources intellectuelles). Or, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294). Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'article 8 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 cons. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 cons. 3; ATFA du 29 janvier 2003 cons. 3.2, I 129/02).

En conclusion, vu l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative ainsi que des critères aggravants dits de Mosimann et vu la

prévalence des facteurs psychosociaux, l'OAI était fondé à considérer que la fibromyalgie présentée par la recourante ne pouvait être considérée comme invalidante au sens de l'assurance-invalidité, ce qui justifie le refus d'une rente.

**5. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

**b)** Il n'est pas perçu de frais de justice, le recours ayant été formé avant l'introduction de l'actuel art. 69 al. 1bis LAI.

**c)** La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, qui comprend l'exonération de l'avance de frais et la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'avocat qui plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le canton de Vaud peut prétendre à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010; RSV 211.02.3] et aux débours figurant sur la liste des opérations et débours (art. 3 al. 1 RAJ).

En l'occurrence, la liste des opérations et débours déposée par l'avocat d'office de la recourante annonce 13,69 heures et demie de travail. Le temps de travail rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat; on retiendra donc un nombre d'heures arrondi à 14 heures. Le taux de la TVA était de 7,6 % jusqu'à la fin de 2010, soit durant la période pendant laquelle, à l'exception de l'examen d'un rapport médical, de deux entretiens téléphoniques et de la rédaction d'une lettre représentant 1 heure 30 de travail, toutes les opérations du

conseil ont eu lieu; le taux de la TVA est passé à 8 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Cela étant, on appliquera le taux de 7,6 % pour les 12 heures 30 consacrées par l'avocat d'office au dossier avant 2011 et celui de 8 % pour l'heure et demie restant. Ainsi, Me Bénédicte a droit à 2'421 fr. (12 heures 30 à 180 fr./h), TVA à 7,6 % comprise, plus 291 fr.60 (1 heure 30 à 180 fr./h) TVA à 8 % comprise, soit à un montant total de 2'712 fr. 60 pour ses honoraires. Par ailleurs, au regard du dossier, il peut aussi prétendre au remboursement des débours par 100 fr., plus TVA à 7,6 %, soit un montant de 107 fr. 60. L'indemnité totale pour les prestations de l'avocat d'office s'élève ainsi à 2'819 fr. 90, arrondi à 2'820 francs.

L'indemnité du conseil d'office est supportée provisoirement par le canton, la recourante étant rendue attentif au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant ainsi avancé dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service de justice et législation est compétent pour fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**d)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 octobre 2006 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jérôme Bénédicte, conseil de la recourante Q.\_\_\_\_\_ est arrêtée à 2'820 fr. (deux mille huit cent vingt francs).

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

**VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jérôme Bénédic, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :