

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Tissot

Cause pendante entre :

S. _____, à Nyon, recourante,

et

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

Art. 6ss LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1980, mariée, est arrivée en Suisse en 2002. Depuis janvier 2005, elle était employée en tant que blanchisseuse auprès de Z._____SA, à Nyon, à 100% dès avril 2007.

Le 25 mars 2009, l'employeur a signalé, au titre de la détection précoce, une incapacité de travail de l'assurée à dater du 3 septembre 2008. Il joignait divers certificats médicaux attestant l'incapacité.

Dans le questionnaire de détection précoce du 31 mars 2009, il est mentionné que l'assurée souffrait de kystes sur la poitrine et sous le bras droit. Elle avait consulté pas moins de 19 médecins et présentait une incapacité de travail totale depuis le 13 octobre 2008.

Le 2 avril 2009, S._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), faisant valoir qu'elle était entièrement incapable de travailler du fait de maladie depuis le 3 septembre 2008, et qu'elle l'avait peut-être été avant, en 2007. Elle ne précisait pas la maladie dont elle souffrait.

Le 15 avril 2009, dans le questionnaire de l'employeur, Z._____SA a indiqué que l'assurée était au bénéfice d'un contrat à durée indéterminée et occupée à raison de 42,5 heures hebdomadaires pour un salaire horaire de 18 fr. 31, avec en sus droit à une part de 13^{ième} salaire. En 2008, elle avait réalisé un salaire annuel brut de 39'946 fr. 70. L'assurée avait travaillé pour la dernière fois le 2 septembre 2008. L'employeur ne se prononçait pas sur un placement ou une aide à l'interne de l'entreprise, dès lors que la maladie dont souffrait l'assurée ne lui était pas connue.

Dans le formulaire 531bis d'avril 2009, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps pour des raisons financières.

Le 27 avril 2009, le Dr A._____, médecin traitant, a attesté que l'assurée souffrait depuis 2005 d'un hémangiome douloureux au sein droit, traité dès 2005 par le service de dermatologie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG). Le médecin relatait une lésion angiomateuse volumineuse et douloureuse au sein droit, les douleurs difficiles à maîtriser rendant impossible une activité professionnelle. Le Dr A._____ précisait que seules les douleurs empêchaient une activité, la lésion n'entraînant pas de limitations fonctionnelles proprement dites. L'assurée pourrait, selon le médecin, reprendre son activité auprès de Z._____SA, celle-ci ayant apparemment été adaptée selon l'évolution de son atteinte. Il joignait à son rapport les rapports suivants:

- un rapport du 27 août 2007 du Dr H._____, spécialiste en rhumatologie. Ce dernier mentionnait avoir suivi l'assurée entre juin 2006 et juin 2007: elle avait subi un arrêt de travail en janvier 2007 et une intervention au sein droit (fibroadénome) qui l'avait soulagée. En août 2007, elle réagissait bien à une nouvelle médication qui faisait presque complètement disparaître les douleurs.
- un rapport du 14 novembre 2008, de la Dresse Y._____, spécialiste en neurologie auprès des HUG, consultée parce que les douleurs de l'assurée irradiant depuis son sein droit faisaient suspecter un syndrome de Cobb. Elle décrivait, après examen, le status neurologique suivant:

"fonctions supérieures: patiente vigilante, collaborante, orientée aux 3 modes. Nerfs crâniens: pupilles isoréactives, isocores. Oculomotricité conservée. CV conservé. Pas de nystagmus pathologique. Sensibilité et mimique conservées. Reste des nerfs crâniens sp. Nuque: souple, indolore. Membres supérieurs: hypoesthésies tactiles et algiques mais pas thermiques, du membre supérieur droit, complètes. Pallesthésie 8/8. Sens postural conservé. Réflexes vifs et symétriques. Mingazzini tenu. Force conservée. Epreuves cérébelleuses dans la norme. Tronc: hypoesthésies tactiles, algiques mais pas thermiques du dermatome C4 jusqu'à environ D6, sur la poitrine et sur le dos. RCA absents ddc. Membres inférieurs: inspection et tonus sp. Mingazzini tenu. Réflexes vifs et

symétriques. RCP en flexion. Sensibilité superficielle et profonde conservée. Epreuves cérébelleuses dans la norme."

Le 5 mai 2009, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, indiquait à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'Office) qu'il n'avait reçu l'assurée qu'une seule fois, pour un entretien qui était moins thérapeutique que de soutien psychologique. Il renvoyait l'OAI à prendre l'avis de plusieurs autres médecins, dont il savait que l'assurée les avait consultés.

Dans un rapport d'évaluation du 20 mai 2009 établi suite à un entretien avec l'assurée, l'OAI a relevé que, depuis l'opération subie, elle avait vu les douleurs s'étendre aussi aux bras et que le dosage médicamenteux qui permettait de supprimer les douleurs la laissait alors avec des fatigues et des vertiges. Selon son mari, l'assurée ne pouvait pas suivre même un cours de français et il refusait un soutien psychiatrique de peur qu'on la croie folle. Pour ces raisons, l'OAI a considéré le 6 juillet 2009 que des mesures d'orientation professionnelle n'étaient pas possible et que le droit à une rente devait être examiné.

Dans un rapport du 29 juin 2009, la Dresse W._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie auprès des HUG, et le Dr B._____, médecin généraliste, ont considéré :

"(...) Evolution et discussion:

Madame S._____ présente, depuis 2005, des douleurs localisées au sein droit allant en progressant, accompagnées de l'apparition lésions vasculaires prédominant au niveau du quadrant supéro-exteme du sein droit, avec douleurs prédominant au changement de température. Une biopsie du 08 octobre 2008 conclut à un hémangiome capillaire superficiel. Les diverses investigations par vous-même excluent un processus néoplasique. Une IRM médullaire cervico-dorsale du 11 septembre 2008 se révèle dans la norme, n'expliquant pas les douleurs dans le territoire C4 droit persistantes et les douleurs thoraciques récurrentes irradiant dans le membre supérieur droit. A son admission, nous notons des signes cutanés compatibles avec un angiome plan disparaissant partiellement à la vitropression, sans souffle, sensible à la palpation. Les douleurs varient entre 6 et 9/10, sous traitement de paracétamol et AINS (traitement de [...] non pris par la patiente). Nous n'avons pas refait d'histologie et nous nous sommes basés sur celle déjà existante. Les valeurs de laboratoire (y compris VEGF) sont dans la norme, sauf une carence en fer avec discrète microcytose que nous avons

substituée. A noter une leucocyturie avec 10 puissance 4 germe gram + urinaire, que nous n'avons pas traité chez une patiente asymptomatique. Un CT thoraco-abdominal à la recherche d'un processus compressif effectué le 12 novembre 2008 ne montre pas de lésion suspecte. L'apparition des lésions angiomateuses au niveau du sein droit ainsi que l'hypoesthésie dans le même territoire pouvant correspondre à un syndrome de Cobb, les clichés d'IRM effectués précédemment ont été revus par la Dresse P. _____ qui suspecta dans un premier temps une malformation artério-veineuse cervico-dorsale. Toutefois, une nouvelle consultation neurologique ne met aucun déficit neurologique en évidence. L'IRM avec séquence angiologique du 27 novembre 2008 sera dans la norme, en particulier sans signe de malformation artério-veineuse ni de fistule durale. Un syndrome cervico-brachial droit expliquant les douleurs de la patiente est confirmé lors d'une consultation en rhumatologie, avec atteinte prédominante au niveau du sus-épineux droit. Une radiographie et un US ne seront pas contributifs (pas de lésion osseuse, pas de tendinopathie ni de liquide intra-articulaire). Une infiltration infra-articulaire de l'épaule droite a été effectuée par les spécialistes le 28 novembre 2008. Une physiothérapie active avec renforcement des abaisseurs de l'épaule droite est entrepris et sera à continuer en ambulatoire. De plus, en coordination avec la consultation de la douleur, nous avons intensifié le traitement antalgique avec très bon effet. Concernant l'angiome capillaire du sein, Madame S. _____ est très soulagée par les examens entrepris qui excluent raisonnablement un syndrome de Cobb et un processus tumoral. Cette dernière est soulagée par les nouveaux traitements et quitte notre service avec une douleur à 2/10, pour la première fois depuis des années. Elle ne souhaite pas de traitement de l'angiome supplémentaire, car l'aspect esthétique ne dérange ni elle ni son mari. Concernant le syndrome cervico-brachial, le service de rhumatologie est à disposition pour une suite prise en charge si nécessaire et nous vous laissons le soin de rediscuter la nécessité d'une reconversion professionnelle chez cette patiente, blanchisseuse, si les douleurs devaient progresser durant le travail. En résumé, nous avons pu éliminer une malformation vasculaire au niveau de la moelle et ses enveloppes, attribuées les douleurs à une cause mécanique et poser pour la lésion cutanée du sein un diagnostic d'angiome capillaire simple."

Sur mandat de l'assurance perte de gain maladie de l'assurée, le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a reçu le 27 août 2009, l'assurée, accompagnée d'un interprète indépendant, pour expertise. Dans un premier courrier du 1^{er} septembre 2009, répondant, avant remise d'un rapport complet, aux questions de l'assurance perte de gain, le médecin a considéré comme diagnostic un probable trouble somatoforme douloureux de l'assurée, sans trouble de la personnalité ou de facteur de stress majeurs, si ce n'est les problèmes de santé annoncés par l'assurée au sein droit. Quant à la capacité de travail le médecin considèrerait notamment que :

"L'assurée ne présente pas de symptomatologie dépressivo-anxieuse ou d'autres problèmes psychiques. Il s'agit d'une douleur essentiellement située au niveau du sein droit et irradiant au niveau du thorax, de l'omoplate droite et de l'épaule du bras droit. Elle adopte cependant un comportement d'invalidé avec une sorte d'"héménégligence" du bras droit. Il s'agit d'une jeune femme très souriante, volubile, qui s'exprime sans limitation. L'environnement familial, social est bon. Le couple n'a pas de difficultés financières particulières. D'un point de vue psychiatrique, il n'y a aucune justification à une incapacité de travail, y compris à temps partiel."

Le 8 octobre 2009, le Dr F. _____ et Mme C. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie, établissaient le rapport, sur la base du dossier de l'assureur perte de gain, suite à l'examen du 27 août 2009. Ils écrivaient notamment que :

"(...) 1.9. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES ET EXTRAITS DU DOSSIER Rien ne laisse supposer dans les documents en notre possession ou au vu des éléments anamnestiques que Mme S. _____ ait souffert de troubles psychiques avant les faits qui nous occupent. (...)

2.1. PLAINTES SUBJECTIVES DE L'ASSURE(E)

Mme S. _____ est invitée à s'exprimer sur ses problèmes de santé. Elle se sent exclusivement limitée par des douleurs du sein droit, en étau, jugées comme invalidantes. (...) Mme S. _____ ne présente pas de foetor éthylique. Elle est vigile, orientée dans les trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. L'intelligence paraît tout à fait vive, normale. Mme S. _____ ne maîtrise absolument pas le français et l'entretien se déroule en présence d'un interprète indépendant, M. [...]. Jugement et raisonnement sont conservés.

Mme S. _____ présente une symptomatologie somato-psychique. On retient occasionnellement une légère baisse de l'humeur, des ruminations face à «l'incompétence» médicale (...), Il n'y a pas d'idéation suicidaire, d'aboulie, d'apragmatisme, de tendance marquée au retrait social. Le sommeil, avec son traitement actuel serait bon. (...) Il n'y a pas d'éléments pour une anxiété généralisée ou un trouble panique tel que défini par le DSM IV. Mme S. _____ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, de troubles obsessionnels compulsifs. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. Mme S. _____ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie. Mme S. _____ ne signale pas de consommation d'alcool ou de drogues. Le tabagisme est à 10 cigarettes par jour. Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. Mme S. _____ se plaint essentiellement de douleurs très localisées au niveau du sein droit, qui peuvent devenir plus rouge et douloureuses, irradiant en étau sur le thorax, l'épaule et l'avant-bras droit, ainsi que transfixiantes au niveau de l'omoplate droite. La douleur est décrite comme constante, continue, parfois associée à une légère limitation du mouvement. Sinon, elle n'a pas d'autres plaintes somatiques (...). Rien n'indique que Mme S. _____ présente un trouble majeur de la personnalité. (...)

3.3. EXAMENS PARACLINIQUES DU 27.8.2009

(...) Le dosage sérique de la Prégabaline ([...]) donne des valeurs non détectables, contrairement à ce que nous a déclaré l'assurée, affirmant prendre quotidiennement son médicament et précisant que cela l'aidait pour ses douleurs.(...)

4. DIAGNOSTIC

4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR

Axe I probable trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale

Non ou très mauvaise observance au traitement ([...])

Axe II pas de trouble majeur de la personnalité

Axe III* cf. spécialiste concerné

Axe IV pas de facteur de stress majeur, si ce n'est les problèmes de santé annoncés par l'assurée au niveau du sein droit

* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre. (...)

4.2. Discussion

(...) Le long entretien que nous avons eu avec Mme S._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, Mme S._____ présente quelques symptômes de la lignée dépressive, mais insuffisants pour rentrer dans le cadre d'un état dépressif majeur, y compris d'une dysthymie.

En définitive, on retient une douleur très localisée, sans autre plainte de la sphère neurologique, digestive, ou gynécologique. Cette douleur paraît avoir un impact majeur sur une quelconque activité professionnelle. Les investigations somatiques n'expliquent pas la discordance entre les découvertes objectives et l'importance des plaintes alléguées. Dans ce cas, on peut évoquer un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale.

Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster, pour confirmer le caractère insurmontable autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant est l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

(...) Ces critères s'appliquent aux points suivants:

- structure de personnalité
- éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides
- évolution jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un « isolement social confirmé »)
- présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive
- profits tirés de la maladie,
- échec de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet)

Ces critères aident à définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales, professionnelles et son pronostic.

Dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas de trouble majeur de la personnalité. La comorbidité psychiatrique est mineure. On ne peut pas parler d'une perte d'intégration sociale consécutive à la

maladie, puisque Mme S. _____ est bien entourée par son époux et son environnement social en général. L'éventuel trouble psychique ne s'étend pas sur plusieurs années. Nous avons mis en évidence la non ou très mauvaise observance au traitement ([...]). Les profits tirés par la maladie sont probablement à rechercher à l'extérieur de la sphère médicale, que ce soit des bénéfices financiers, ou absence de désir d'exercer une activité lucrative chez une femme manifestement non intégrée. A ce jour, elle ne maîtrise absolument pas le français, même si elle est en Suisse depuis l'âge de 22 ans. Nous avons un faisceau d'éléments qui plaide pour une majoration des symptômes. Il s'agit donc dans cette situation d'éviter la précipitation thérapeutique tant exploratoire que chirurgicale, face à toute nouvelle plainte, car le risque de iatrogénèse et de chronicisation est majeur.

En conclusion d'un point de vue médico-théorique et psychiatrique, sa capacité de travail est entière et ceci depuis déjà plusieurs mois probablement. Vu la non observance au traitement, nous n'avons aucune autre recommandation thérapeutique à formuler.

B. QUESTIONS PARTICULIERES (...)

2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ? 0% depuis le jour de l'expertise (27.8.2009) par souci de gain de paix, mais probablement bien avant. (...)

4. Des mesures de réinsertion de l'AI vous semblent-elles compatibles avec l'état de l'assuré et seraient-elles bénéfiques? Pas indiqué, aucune demande motivée en ce sens. (...)

7. Votre proposition de traitement? Eviter la précipitation thérapeutique tant chirurgicale qu'exploratoire face à toute nouvelle plainte. (...)"

Dans un rapport médical du 29 octobre 2009, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a considéré que:

"Cette jeune femme de 29 ans originaire du [...], mariée et mère d'un enfant de 6 ans, dépose une demande de prestations le 6.4.2009 sans indication de motif. Sans formation professionnelle, ne parlant pas le français, Mme S. _____ a travaillé comme employée de blanchisserie depuis 2005. Son médecin traitant, le Dr A. _____, fait état d'un hémangiome douloureux du sein droit, justifiant une incapacité de travail totale depuis le 8.10.2008. Il n'y aurait pas de limitation fonctionnelle autre que la douleur décrite comme continue et invalidante. Divers examens spécialisés ont été pratiqués. Au plan neurologique, un syndrome de Cobb initialement suspecté a pu être écarté (moins de 100 cas dans la littérature mondiale). Le Dr H. _____, rhumatologue, retient un syndrome douloureux cervico-brachial droit qui aurait pratiquement disparu après administration de [...]. Enfin, le rapport du service de dermatologie des HUG évoque un hémangiome capillaire superficiel du sein droit, confirmé par 3 biopsies successives, Il est précisé que les traitements ont considérablement soulagé les douleurs. Une expertise psychiatrique, demandée par l'assurance perte de gain, établit que Mme S. _____ présente un trouble douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique ni altération de l'environnement psycho-social. Il est démontré que l'assurée ne prend pas le traitement anti-dépresseur qui lui a été prescrit,

contrairement à ce qu'elle affirme. Il ressort de ce qui précède que l'assurée présente un hémangiome capillaire superficiel du sein droit bénin, sans autre malformation associée, et un syndrome douloureux cervico-brachial droit sans substrat anatomique. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle objective. L'expertise psychiatrique nous oriente vers un trouble somatoforme douloureux persistant non invalidant."

Par projet de décision du 2 novembre 2009, l'OAI a considéré que l'assurée était entièrement capable de travailler, car elle souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, mais sans comorbidité psychiatrique, ni altération de son environnement psycho-social. Il niait tout droit à la rente.

Le 18 novembre 2009, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, demandant à consulter son dossier. Le 14 décembre 2010, elle ajoutait être confrontée à des douleurs qui n'étaient pas imaginaires et vouloir s'investir dans un cours de français auprès de l'association [...], à Lausanne. Elle sollicitait toutefois de l'Office qu'il la soutienne, même de manière provisoire pour qu'elle puisse "maintenir ou améliorer sa capacité de gain". L'assuré soulignait que le Dr A. _____ la considérait comme incapable de travailler depuis le 13 octobre 2008. Elle joignait un certificat récent de ce médecin attestant une incapacité de travail du 1^{er} au 31 décembre 2009.

Par décision du 17 décembre 2009, l'OAI a refusé à l'assurée le droit aux prestations AI, en particulier le droit à une rente, au motif qu'elle était entièrement capable de travailler. La décision était annexée à une correspondance du même jour par laquelle l'Office exposait que, si il reconnaissait l'existence d'un trouble somatoforme douloureux chez l'assurée, cette affection n'engendrait en général pas d'incapacité de travail de longue durée. Pour l'Office, S. _____ ne présentait pas non plus les critères dégagés par la jurisprudence pour permettre, à titre exceptionnel, de considérer que l'assurée - encore jeune - ne pouvait pas, malgré un effort de volonté, surmonter la douleur et réintégrer une activité. Il en concluait que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait l'assurée ne constituait pas une atteinte invalidante à la santé.

B. Par acte du 29 janvier 2010, S._____ recourt auprès du Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, contre la décision du 17 décembre 2009 de l'OAI. Elle conclut au préalable à une nouvelle expertise somatique, dermatologique et rhumatologique, et au fond à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour nouvelle décision, suivant les résultats de l'expertise requise. La recourante fait valoir que sa capacité de travail est nulle en raison de ses douleurs, qu'elle affirme être somatiques et non psychiatriques. A l'appui de cette affirmation, elle relève que le rapport de la Dresse W._____ et du Dr B._____, des HUG, avait attribué les douleurs à une cause mécanique et que le Dr F._____ avait justement réservé d'éventuelles pathologies somatiques. La recourante se réclame aussi d'un certificat médical du 21 janvier 2010, joint au recours: son médecin traitant, le Dr A._____ y relate que sa patiente est complètement incapable de travailler en raison de douleurs nécessitant un traitement antalgique lourd, l'origine des douleurs restant indéterminée, malgré les investigations faites en milieu hospitalier. La recourante en conclut que le constat d'une absence de substrat anatomique à ses douleurs est prématurée et que l'instruction menée par l'OAI est ainsi lacunaire.

Par déterminations du 16 mars 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant n'avoir rien à ajouter à sa décision du 17 décembre 2009 et aux déterminations adressées le même jour à la recourante.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGGA.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée vu les fêtes prévues par la loi (art. 38

al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI), et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

L'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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).

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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 (Art. 6 LPGA).

b) Le principe inquisitoire régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'assureur est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TF I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Toutefois, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert

aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353, consid. 3b/bb).

c) 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. 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). 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).

3. En l'espèce, c'est son devoir d'éclaircissement d'office des faits, inscrit à l'art. 43 LPGA, que la recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas respecté. A cet égard, elle considère que trois éléments, tirés des avis

des Drs W._____, et B._____, F._____, et A._____ démontrent une investigation lacunaire de la part de l'Office.

a) S'agissant du rapport du 29 juin 2009 de la Dresse W._____ et du Dr B._____, la recourante relève que les médecins attribuent les douleurs à une cause mécanique, ce qui contredirait les conclusions du médecin du SMR quant à l'absence de substrat organique.

Des rapports au dossier, il apparaît que les médecins s'accordent à retenir que l'assurée présente un syndrome cervico-brachial droit qui se développe lorsque l'assurée utilise ce bras. Il reste que ce syndrome demeure sans substrat organique. Ainsi, le rapport du 29 juin 2009 des HUG relate que la consultation de rhumatologie n'a pas objectivé de lésion osseuse, ni de tendinopathie, ni de liquide intra-articulaire, et cela malgré une radio et un US. D'un point de vue rhumatologique, les rapports du Dr H._____ et des HUG sont concordants, reconnaissant un symptôme cervico-brachial, puis relevant qu'ensuite la situation a pu être améliorée par une médication, respectivement une infiltration. En définitive, la conclusion du médecin du SMR n'est ainsi pas erronée puisque ni l'un, ni l'autre de ces avis n'objectivise la cause des douleurs.

Contrairement à ce que voudrait la recourante, il n'y donc pas ici de contradiction ou de doute qui fasse apparaître nécessaire une nouvelle expertise somatique. D'ailleurs, la seule mesure proposée par les HUG - à côté d'une poursuite de la physiothérapie - est un suivi, à l'exclusion de toute suggestion quant à la nécessité ou l'opportunité d'examens supplémentaires.

b) S'agissant de l'expertise du Dr F._____, la recourante considère d'abord qu'elle "ne saurait être remise en question sur le plan psychiatrique". Sur ce point, la Cour partage cette appréciation: le rapport du Dr F._____ et de Mme C._____ doit se voir reconnaître une réelle force probante. Notamment, il contient une anamnèse complète, les plaintes de l'assurée ont été entendues et les explications données par les

auteurs, notamment quant à un bénéfice de la patiente, sont claires et convaincantes, tout comme les conclusions du rapport.

La recourante souligne toutefois que le Dr F. _____ et Mme C. _____ réservent les diagnostics des spécialistes sur le plan somatique. Pour la recourante, cette réserve constitue en fait une reconnaissance implicite de lacunes de l'instruction au plan somatique.

Cette interprétation ne peut être suivie. Le Dr F. _____ et Mme C. _____ renvoient effectivement aux diagnostics de spécialistes s'agissant de pathologies somatiques, mais le rapport indique clairement que c'est pour ne pas sortir des compétences et du cadre d'une expertise psychiatrique. Les auteurs du rapport relèvent aussi que les plaintes alléguées par l'assurée ne concordent pas avec les découvertes somatiques objectives (rapport du 8 octobre 2010, p. 13), et cela sans du tout ajouter qu'ils considéreraient opportunes ou nécessaires d'autres investigations.

Dans cette mesure, l'avis du Dr F. _____ ne confirme pas les critiques de la recourante, quant à une instruction insuffisante par l'OAI. Au contraire, il ne fait que souligner l'absence de discordance entre les avis du Dr H. _____ et celui des médecins des HUG, puisque le psychiatre retient qu'aucun facteur objectif n'a été déterminé qui puisse expliquer l'intensité des douleurs de l'assurée.

Sur ce point aussi, les arguments de la recourante sont donc infondés.

c) Enfin, la recourante se réclame de l'avis du 21 janvier 2010 du Dr A. _____, qui atteste une incapacité de travail de la recourante du fait de douleurs de la région scapulaire d'origine indéterminée, malgré les investigations faites en milieu hospitalier, nécessitant un traitement antalgique lourd. Comme le relève la recourante, cette attestation semble contredire à première vue les conclusions de la décision attaquée.

Le Dr A._____ relève toutefois que l'assurée présente des douleurs importantes d'origine indéterminées malgré des investigations médicales. Or, il s'agit ici d'investigations médicales poussées (IRM, CT, biopsie). Elles attestent l'absence de substrat organique aux douleurs de l'assurée. Seul le diagnostic d'angiome a été posé et il n'entraîne pas de limitations fonctionnelles, ni de conséquence sur la capacité de travail de l'assurée. Quant au traitement médicamenteux, il est établi qu'au moment de l'expertise du Dr F._____ en tout cas, l'assurée ne le suivait pas malgré des douleurs annoncées comme importantes.

Dans ces circonstances, l'avis du Dr A._____ ne permet pas non plus de conclure à une instruction lacunaire de la part de l'intimé.

4. a) L'instruction doit être close lorsque le dossier est complet, c'est à dire lorsque les exigences probatoires et de contenu posées à chacun des moyens de preuve sont accomplies et qu'une appréciation de ces divers moyens de preuve, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, permet de dégager un état de fait déterminé (cf. Kieser, ATSG-Kommentar, Schulthess, 2009, ad art. 43, No 17).

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).

b) En l'espèce, comme relevé ci-dessus, la recourante a été suivie sur un an par le Dr H._____: elle a apparemment quitté la consultation, alors soulagée de ses douleurs. Elle a par la suite été suivie et a subi des examens complets au sein des HUG: là aussi, elle a quitté cette institution en étant soulagée de ses douleurs.

Dans les deux cas, aucun examen supplémentaire n'est envisagé ou même suggéré par les rhumatologues, qui réservent uniquement une suite de la prise en charge (les HUG envisageant une rediscussion en cas de progression des douleurs).

Il en est de même du médecin traitant. Lui seul considère une incapacité de travail durable, mais on a vu que son avis n'est pas forcément probant, du fait de la relation de confiance avec sa patiente et en l'absence d'éléments objectifs. Les HUG se limitent à rapporter une incapacité temporaire, pour novembre et début décembre 2008 et antérieurement en septembre 2008 (certificat du 3 septembre 2008 et du 28 novembre 2008, annexés à l'avis de l'employeur du 24 mars 2009). En outre, l'examen neurologique aux HUG a permis aussi d'exclure un syndrome de Cobb et, d'un point de vue dermatologique, un processus tumoral a été exclu.

Enfin, il faut aussi considérer, comme cela ressort du questionnaire du 31 mars 2009 dans le cadre de la détection précoce, ainsi que de la correspondance du Dr T. _____ du 5 mai 2009, que l'assurée a consulté plusieurs autres médecins, de manière plus ponctuelle. Ces consultations n'ont apparemment pas non plus mis en évidence la nécessité d'autres examens.

Dans cette mesure, le rapport du Dr F. _____, expert indépendant, qui pose un diagnostic convaincant de trouble somatoforme douloureux et met en évidence le processus d'installation de la recourante dans un statut d'invalidé, permet aussi de conclure à l'existence d'un dossier médical suffisamment complet pour considérer qu'il n'existe pas de doute quant à la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique. Dans cette mesure, la requête d'expertise de la recourante doit être rejetée.

5. a) Quant au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante, l'OAI rappelle à juste titre la

jurisprudence en la matière et notamment le fait qu'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 49; 132 V 65 consid. 4.2.1).

La jurisprudence 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 elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3 et la doctrine citée). 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).

En l'espèce, dans leur rapport du 8 octobre 2009, le Dr F._____ et Mme C._____ exposent que ni la structure de la personnalité, ni une comorbidité psychiatrique, ni une perte d'intégration (la recourante est bien entourée) ne permettent de renverser la présomption qu'une reprise d'activité est exigible par un effort de volonté. Ils relèvent aussi des profits, hors sphère médicale, tirés de la maladie, mais dont on voit qu'il ne permettent pas, aux yeux du médecin et de la psychologue, d'admettre une cristallisation et une fuite dans la maladie comme moyen de soulagement psychique. En outre, le trouble ne s'étend pas non plus sur plusieurs années sans rémission et la recourante a répondu aux traitements administrés dans les règles de l'art (on l'a vu: le rapport du Dr H._____ mentionne une réponse favorable au traitement et celui des HUG décrit une patiente soulagée à l'issue des examens et du traitement subis).

Enfin, le Dr F._____ et Mme C._____ relèvent que les déclarations de la recourante quant à la prise régulière de médicaments réputés l'aider sont contredites par les examens effectués et qu'un faisceau d'indices plaide pour une majoration des symptômes.

Pour toutes ces raisons, les conclusions présentées par le médecin et la psychologue apparaissent suffisamment claires et convaincantes pour considérer que le trouble somatoforme affectant la recourante ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante, au sens de la jurisprudence. Elle reste donc présumée susceptible, par un effort de volonté, de surmonter ses douleurs pour valoriser une capacité de travail qui est actuellement entière. La bonne observance d'un traitement médical pourrait par ailleurs aussi être susceptible de l'aider de ce point de vue.

Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et la décision attaquée doit être confirmée.

6. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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; 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. 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; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours du 29 janvier 2010 d'S. _____ est rejeté.
- II.** La décision attaquée du 17 décembre 2009 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 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 :

- S. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- PV-Promea, CP, 8952 Schlieren,
- 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 :