

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mai 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à Ecublens, recourante, représentée par CAP Protection
Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst.; 6 ss, 16 et 42 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1961, ressortissante portugaise, est titulaire d'un permis d'établissement en Suisse. Elle a travaillé au service d'expédition d'une entreprise de vente par correspondance, à [...], de 1990 à février 2004. Elle a ensuite perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage. A titre accessoire, elle a également travaillé comme employée de nettoyage.

Le 12 août 2004, la prénommée a subi une fracture tri-malléolaire de la cheville gauche lors d'un accident de moto. Cette lésion a été initialement traitée conservativement, puis par réduction et ostéosynthèse le 29 août 2004. La Caisse nationale suisse d'assurance-accidents (CNA) a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières. L'assurée a notamment été hospitalisée au service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion, du 1^{er} mars au 5 avril 2005. Dans le rapport de sortie du 13 avril 2005, les Drs Z. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et M. _____, ont fait état de la fracture tri-malléolaire subie le 12 août 2004, mais ont également mentionné le diagnostic de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression. Ce diagnostic a été posé par le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au terme d'un examen pratiqué le 7 mars 2005. Un suivi psychologique a été assuré pendant le séjour, sans médication psychotrope. La fracture était consolidée et une ablation du matériel d'ostéosynthèse pouvait être envisagée si les douleurs résiduelles étaient attribuées partiellement au matériel. L'incapacité de travail restait totale dans la profession d'auxiliaire d'expédition comme dans celle d'employée de nettoyage, mais une reprise d'activité professionnelle pourrait être envisagée dans un délai de quatre semaines, dans une activité ne nécessitant pas de marcher en terrain inégal de monter ou descendre fréquemment des escaliers ou de rester debout de manière prolongée.

Le 2 août 2005, R._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un rapport établi le 8 septembre 2005, son médecin traitant à l'époque, le Dr X._____ a attesté une pleine capacité de travail dans une activité pouvant être exercée essentiellement en position assise et comportant un minimum de déplacements sur le lieu de travail, sans port de charges ni déplacements en terrain irrégulier, permettant d'éviter les mouvements répétitifs des membres supérieurs. A la même époque, l'assurée a consulté le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, en raison de rachialgies prédominant à la nuque et au bas du dos, se compliquant de douleurs éparses, fluctuantes et migrantes de la musculature et du squelette, aux épaules, coudes, poignets, mains, genoux, chevilles et pieds. Dans un rapport du 7 septembre 2005, ce médecin a notamment exposé que l'examen clinique avait été parfaitement rassurant et permettait d'écarter la présence d'un rhumatisme inflammatoire à l'origine des symptômes. De nombreux points tensionnels alliés à des signes comportementaux d'exagération de la réponse verbale et de projection non anatomique de la douleur, de même que des signes neurovégétatifs et fonctionnels (bouffées de chaleur, palpitations, paresthésies périphériques, constipation, troubles du sommeil) étaient évocateurs d'un syndrome douloureux chronique ubiquitaire. Selon le Dr B._____, ces troubles somatiques s'inscrivaient dans un contexte plus large, dépassant nettement le cadre d'une fibromyalgie, de comorbidité psychologique déjà évoquée lors de l'hospitalisation à la CRR (troubles de l'adaptation dans un contexte anxieux et dépressif). Le diagnostic restait réservé, vu l'intensité de la symptomatologie douloureuse, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail.

En septembre 2005, l'assurée a commencé une psychothérapie. Sa psychologue, O._____, l'a adressée pour consultation au Département universitaire de psychiatrie adulte (Dupa), à [...]. Dans un rapport du 6 décembre 2005, faisant suite à des consultations les 13 et 19 octobre 2005, les Drs L._____ et J._____ ont attesté un trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel moyen, ainsi qu'un trouble

somatoforme douloureux. L'assurée avait déjà présenté un état dépressif sévère avec deux tentatives de suicide en 1991.

Le 30 janvier 2006, le Dr B. _____ a examiné à nouveau l'assurée et décrit une situation comparable à celle constatée en septembre, avec des signes de surcharge fonctionnels et des symptômes neurovégétatifs et fonctionnels anamnestiques sans constatation de troubles reproductibles justifiant des examens cliniques complémentaires. D'un point de vue thérapeutique, l'accent devait être mis sur la poursuite de la prise en charge psychologique cognitivo-comportementale.

Le 27 février 2006, le Dr P. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assurée et constaté une pleine capacité de travail dans une activité légère et sédentaire, permettant l'alternance des positions. Il a proposé l'octroi d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 7,5 %, compte tenu des séquelles de l'accident dont souffrait encore l'assurée à la cheville gauche.

Le 24 septembre 2006, la psychologue O. _____ a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) qu'elle traitait l'assurée pour un état dépressif avec une altération de l'humeur suffisamment sévère pour entraîner une altération du fonctionnement familial et professionnel. Actuellement, ces séquelles pesaient très lourdement dans la vie de l'assurée car elle avait dû subir un changement dans ses habitudes et ses projets de vie à la suite de l'accident. L'objectif de la psychothérapie était de l'accompagner dans le processus de deuil et dans la confrontation avec la nouvelle situation de vie pour lui permettre de mieux accepter et de s'adapter aux changements.

L'OAI a confié aux Drs S. _____ et F. _____ le soin de réaliser une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 25 avril 2007, ces médecins ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, présent depuis 2004, d'état de stress post-traumatique, existant depuis 2004, et de trouble somatoforme

indifférencié, existant depuis 2004. Ils ont attesté une incapacité de travail totale dans toute activité. Dans un avis du 16 juillet 2007, les Drs K._____ et Q._____, médecins au Service médical régional de Suisse romande (SMR) ont toutefois considéré que ce rapport ne revêtait pas une valeur probante suffisante pour établir l'incapacité de travail. L'OAI a donc confié au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique.

Entre-temps, l'assurée a repris une activité salariée, à 50 %, dans une usine de fabrication de pâte à gâteaux, le 23 juillet 2007. Elle a toutefois présenté une nouvelle période d'incapacité de travail totale dès le mois janvier 2008 et a été licenciée par son employeur avec effet dès le 30 juin 2008. Elle s'est notamment soumise à une opération de cure de syndrome du tunnel carpien à gauche, en février 2008, ainsi qu'à une hémicolectomie gauche par laparoscopie, en août 2008. Dans un rapport du 18 novembre 2008, son médecin traitant, le Dr A._____, a attesté une incapacité de travail totale du 17 janvier au 17 novembre 2008 en raison d'un status post-fracture tri-malléolaire de la cheville gauche en 2004, d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche, d'une arthropathie acromio claviculaire gauche et d'une hernie discale L5-S1 droite. Il a constaté une bonne évolution du syndrome du tunnel carpien à gauche, mais la persistance de douleurs de l'épaule gauche malgré un traitement bien conduit et l'assiduité de la patiente. Le Dr A._____ a prescrit un séjour au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) pour un traitement physiothérapeutique, en raison de lombalgies droites persistantes. Le pronostic était favorable.

Pour sa part, le Dr W._____ a établi son rapport d'expertise psychiatrique le 17 mars 2008. Il a nié la survenance d'un état de stress post-traumatique, d'un état dépressif et d'un trouble somatoforme indifférencié. Par ailleurs, même si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être posé, ce qui n'était pas le cas, de l'avis de l'expert, il n'entraînerait pas d'incapacité de travail en l'espèce. Le Dr W._____ a posé le diagnostic de trouble anxieux, sans précision, de niveau léger, de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme et de majoration de

symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ces atteintes restaient légères et n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Le 16 avril 2008, le Dr K._____ a considéré, en se fondant principalement sur les rapports des Drs X._____, P._____ et W._____, que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère et sédentaire, autorisant les positions alternées.

Le 5 janvier 2009, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie, qui avait pratiqué la laparoscopie à laquelle s'était soumise l'assurée en août 2008, a exposé dans une lettre à l'OAI que de son point de vue, cette opération n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressée. L'intervention avait été pratiquée pour une constipation qui avait toujours été présente chez la patiente, mais qui n'avait pas influencé sa capacité de travail. C'était surtout l'accident de moto de 2004 qui était en cause, associé à un traitement psychiatrique conduit depuis cette époque. Lors de la dernière consultation, le 26 septembre 2008, l'assurée présentait un très bon état digestif, remangeait normalement et avait un transit satisfaisant.

Dans une prise de position du 21 janvier 2009, le Dr V._____, médecin au SMR, a considéré que la reprise d'une activité lucrative sédentaire légère, autorisant les changements de position, restait exigible à 100 %.

Par la suite, l'assurée a séjourné du 23 février au 13 mars 2009 à l'Unité du rachis et réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur, au CHUV. Dans le rapport de sortie du 16 mars 2009, la Dresse???._____ a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies droites, avec petite hernie discale L5/S1 à droite, déconditionnement musculaire focal et global et discret état dépressif dans un contexte de conflit asséurologique, de status post-hémicolectomie gauche en août 2008, de status post-fracture malléolaire de la cheville gauche en 2004 et d'arthropathie acromio-claviculaire gauche. Le traitement avait consisté en physiothérapie bi-quotidienne à sec et en piscine, ergothérapie

quotidienne, prise en charge psychologique et infiltration périodurale effectuée le 12 mars 2009. Durant les premières heures après l'infiltration, l'assurée était totalement asymptomatique, mais malheureusement, les douleurs étaient revenues dans la journée, comme auparavant. La capacité de travail restait nulle, le traitement n'ayant pas eu l'effet escompté.

Au terme d'un nouvel examen pratiqué le 21 avril 2009, la Dresse???._____ n'a pas constaté d'évolution, les constatations demeurant orientées vers une lombo-sciatalgie non déficitaire dans un contexte de hernie discale L5/S1 à droite. L'assurée avait été vue par les neurochirurgiens, qui récusait une indication opératoire.

L'OAI a convoqué l'assurée pour un stage d'observation professionnelle au Centre de formation de l'association pour la formation initiale, la réadaptation et l'occupation (afiro), du 29 avril au 31 mai 2009. R._____ s'est adaptée sans difficulté à l'environnement de travail, choisissant d'effectuer des activités en lien avec ses intérêts ainsi que par envie de pouvoir réaliser certains travaux dont elle connaissait déjà la technique de travail. A sa place de travail, elle a eu des gestes et une attitude très professionnels, et s'est montrée organisée et méthodique dans des activités de type productif. Hormis ses ennuis dorsaux qui nécessitaient une alternance des positions, elle a démontré de bonnes dispositions pratiques et manuelles. Sa coordination des mouvements et son habileté étaient également bonnes. Dès le premier jour de la mesure, elle a présenté un certificat établi par le Dr A._____ attestant une incapacité de travail totale. Elle a néanmoins souhaité poursuivre le stage. A la suite d'un blocage du dos, elle n'était pas venue du 4 au 8 mai 2009, puis a travaillé à mi-temps. Le Dr A._____ n'est pas entré en matière pour attester une incapacité de travail de 50 %, estimant que la capacité de travail de l'assurée était nulle.

Le 29 juin 2009, la Dresse???._____ a établi un nouveau rapport médical dans lequel elle reprend, pour l'essentiel, les diagnostics posés précédemment et atteste une incapacité de travail totale dans

l'activité habituelle, depuis le mois de septembre 2007. L'assurée ne pouvait pas rester debout au-delà de 30 à 40 minutes, la station assise lui était également pénible et elle devait souvent changer de posture. La marche était limitée à $\frac{3}{4}$ d'heure, le port de poids entraînant une exacerbation des douleurs. La thérapie proposée consistait en infiltrations et éventuellement en une opération neurochirurgicale, mais même si ces mesures étaient efficaces, l'assurée ne pourrait pas effectuer par la suite un travail nécessitant le port de charges ou des mouvements répétitifs. Le succès de mesures de réadaptation professionnelles dépendrait du résultat des infiltrations et d'une éventuelle intervention neurochirurgicale. En l'état, et depuis janvier 2008, la Dresse???._____ estimait la capacité de travail à 50 % dans une activité permettant de travailler en variant les positions (pas d'activité en position uniquement assise ou debout, ni principalement en marchant, pas d'activité à genoux ou imposant des mouvements de rotation, de soulever ou porter des charges supérieures à deux kilos ni de monter sur une échelle ou un échafaudage).

Dans un rapport médical du 3 septembre 2009, le Dr N._____, psychiatre, a exposé que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à modéré, cette atteinte entraînant une incapacité de travail qualifiée de «légère», en précisant que l'assurée souhaitait travailler à 50 %.

Prenant position sur les nouvelles pièces au dossier, le Dr V._____ a considéré, le 23 septembre 2009, que la situation restait inchangée par rapport à 2008 et que la capacité de travail exigible restait de 100 % dans une activité légère, sédentaire, autorisant les positions alternées.

L'assurée a subi une opération de la vésicule biliaire en février 2010. Le 29 juin 2010, le Dr V._____ a considéré que cette intervention avait entraîné une incapacité de travail de trois à quatre semaines au maximum.

Le 6 juillet 2010, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision de refus de prestations. Selon ce projet, l'OAI considérait que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait réalisé en 2005 un revenu annuel de 46'928 francs. Si elle ne pouvait plus exercer ses anciennes activités professionnelles, depuis le mois d'août 2004, elle disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En mettant à profit cette capacité résiduelle de travail, elle aurait pu réaliser, en 2005, un revenu de l'ordre de 44'209 fr. 15, ce qui excluait le droit à une rente d'invalidité. Pour fixer cette capacité résiduelle de gain, l'OAI s'est référé aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]), qu'elle a notamment adaptées en procédant à une déduction de 10 % du revenu déterminant, pour tenir compte des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée.

Le 4 août 2010, un rapport médical établi le 16 juin précédant par le Dr T. _____ a été remis à l'OAI. Le Dr T. _____ y indique suivre l'assurée depuis l'automne 2006 dans le contexte d'un «problème podologique ayant justifié la prescription de moyens auxiliaires [béquille] dont le financement avait été assuré par la SUVA». Le Dr T. _____ suggérait une réappréciation de la situation par l'assurance-invalidité en raison de la «problématique polymorphe» de l'assurée, qui cumulait «une problématique de l'épaule gauche, prise en charge par le Dr A. _____, ainsi qu'une récente fracture de fatigue au pied gauche, diagnostiquée et traitée par ce même médecin. [L'assurée souffrait] par ailleurs de rachialgies, de gonalgies droites, d'un état anxiodépressif chronique et d'une récente éventration, justifiant une prise en charge chirurgicale prévue le 8 juillet prochain». L'assurée bénéficiait d'un chaussage orthopédique parfaitement adapté, sous forme de chaussures montantes stabilisant les arrière-pieds et disposant d'un talon amortisseur, d'une barre de déroulement et de lits plantaires incorporés, de sorte qu'aucune indication opératoire n'était posée pour le problème de pied.

Le 13 août 2010, R. _____ a contesté le projet de décision du 6 juillet 2010. Par décision du 8 septembre 2010, l'OAI a toutefois maintenu son refus de prester.

B. Par acte du 8 octobre 2010, R._____ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, dont elle demande, en substance, la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée avec effet rétroactif au 1^{er} août 2005, sous suite de dépens. A titre préalable, elle demande qu'une expertise judiciaire soit administrée, sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

Le 7 novembre 2010, le Dr C._____, médecin traitant et spécialiste en oto-rhino-laryngologie et allergologie, a établi un nouveau rapport médical à l'intention de l'OAI, dans lequel il pose les diagnostics suivants: «Affection rhumato +/- orthopédique + état anxio-dépressif chronique», en suggérant la mise en oeuvre d'une «expertise neutre en vue de préciser le degré d'aptitude versus inaptitude de votre assurée à exercer une quelconque activité lucrative dans le marché du travail actuel». Le Dr C._____ a communiqué son rapport à l'OAI le 11 novembre 2010, en y joignant divers rapports médicaux. Il en ressort notamment que l'assurée a été hospitalisée du 13 au 21 juillet 2010 pour une cure d'éventration sous ombilicale. Les suites post-opératoires ont été simples et la patiente a pu quitter l'hôpital le 21 juillet 2010, après une évolution clinique favorable.

Parmi les pièces communiquées par le Dr C._____ figure également un rapport du 10 décembre 2009 du Dr H._____ du Service d'anesthésiologie du CHUV, à la Dresse???._____ et rédigé comme suit:

"J'ai vu au mois de juin 2009 cette patiente que tu nous as adressée pour des lombosciatalgies sur hernie discale L5-S1. Elle présente aussi un état dépressif, une obésité.

Les douleurs étaient décrites comme des douleurs aiguës sous forme de coups de couteau situés au niveau de la fesse et irradiant dans la jambe jusqu'au pied avec sensations de fourmillement.

J'ai effectué une infiltration épidurale lombaire qui semble-t-il a enlevé toute la symptomatologie sous forme de fourmillements, par contre, la douleur lombaire irradiant sur la face latérale de la cuisse jusqu'au genou n'a pas été influencée par les blocs sur les articulations postérieures. Les niveaux L4-L5 et L5-S1 à D semblent être complètement «innocents» par rapport à la symptomatologie douloureuse.

La patiente m'a convaincu de demander une autre IRM, qui a été effectuée au mois de septembre. La symptomatologie semble être

disproportionnée par rapport à une protrusion ilio-latérale D de L5-S1, sans contact avec la racine et une discopathie au niveau L4-L5. Les blocs sont toujours mal vécus par la patiente, ainsi que les périodes après les blocs, où elle présente des évanouissements et malaises etc...

Vu ce type d'évolution, je préfère ne pas effectuer d'autres gestes, je lui ai donné un TENS qu'elle nous ramènera si ce dernier se révèle inefficace."

Le Dr C. _____ a également communiqué à l'OAI un rapport médical que lui avait adressé le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique, le 4 octobre 2010, rédigé comme suit:

"J'ai examiné la patiente susmentionnée le 30.09.10.

Anamnèse:

Mme R. _____ vient d'elle-même, anamnèse un peu difficile.

Elle souffre en fait de douleurs multiples presque de la tête aux pieds. Les douleurs se localisent tout le long du dos, la colonne cervicale, dorsale et lombaire ainsi que des douleurs dans les deux genoux mais qui sont prédominantes à droite. Elle a aussi des douleurs dans l'épaule G avec une limitation fonctionnelle. Elle a encore des douleurs sur la cheville G où elle a été opérée suite à une fracture en 2004 puis une ablation du matériel en 2005.

En plus elle souffre de dépression.

Elle a des problèmes de travail, elle a arrêté le travail en raison des douleurs multiples, d'après ce que j'ai compris elle a été licenciée, elle a aussi un avocat qui s'occupe de son dossier. Une demande AI est en cours.

Elle a vu de nombreux médecins dont le Dr A. _____, chirurgien orthopédiste au [...], Dr T. _____ chirurgien orthopédiste à [...] pour le pied G, la Dresse???. _____ du service de rhumatologie du CHUV où elle avait même été hospitalisée.

Cet été elle a aussi été hospitalisée à Morges pour des hernies inguinales.

Elle prend passablement de médicaments, d'après ce que j'ai compris au moins du Ponstan, du Tramal et encore d'autres.

Elle a de la peine à maintenir ses activités ménagères.

Elle doit même parfois marcher avec des cannes.

Status:

Patiente en bon état général.

Se déplace lentement.

Colonne vertébrale: pas de trouble statique dans le plan frontal ni sagittal. Douleur à la palpation de toutes les épineuses.

DDS 5 cm, l'extension lombaire est bonne de même pour l'inclinaison D-G. La mobilité de la colonne cervicale est normale.

Epaule G: douleur nette sur l'acromion, abduction 170°, mais douleurs. La force est bonne. Les rotations sont souples.

L'épaule D est bonne.

Pour les deux genoux, douleurs antérieures, à la palpation des tendons, particulièrement à droite, sec, flexion-extension 145-0-0, stable dans tous les plans.

Cheville G: présence d'une cicatrice rétro-malléolaire externe un peu sensible à la pression mais par ailleurs une fonction normale.

Dans le dossier radiologique apporté, on trouve une RX de la colonne lombaire d'avril 2010 qui est parfaitement normale, pas de trouble statique, pas d'arthrose, les trous de conjugaison sont bien libres. Statique normale.

Il y a aussi une IRM de la colonne lombaire de 08 qui ne montre rien de particulier, je ne retrouve pas la petite hernie discale décrite.

Une IRM du genou D ne montre pas de pathologie.

Il n'y a rien non plus sur l'IRM de la colonne cervicale de 07 et la RX standard de l'épaule G de 07.

Diagnostic:

Très probable fibromyalgie.

Attitude:

Je pense que Mme R. _____ souffre de fibromyalgie, de tendinites multiples. Il n'y a donc absolument rien de chirurgical à faire. Je lui explique que c'est avant tout à elle à faire des efforts, à continuer à être active, à reprendre du travail, les médicaments sont rarement efficaces et de même les différentes séances de physio. Le suivi doit être assuré par vous-même ou par un médecin rhumatologue ou psychiatre."

Le 22 décembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. A l'appui de cette conclusion, il a notamment produit une détermination du 6 décembre 2010 des Drs AA _____ et K. _____, médecins au SMR. Se référant aux divers documents médicaux remis à l'OAI par le Dr C. _____ le 7 novembre 2010, ils indiquent qu'aucune de ces nouvelles pièces ne remet en question l'exigibilité d'une reprise d'une activité adaptée à 100%. La cure d'éventration pratiquée en juillet 2010 justifiait une incapacité de travail temporaire de huit semaines au maximum et n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles supplémentaires dans une activité légère (poids de moins de 8 kg).

La recourante s'est déterminée le 1^{er} février 2011 en maintenant intégralement ses conclusions. L'intimé a fait de même le 16 février 2011.

Le 10 mai 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a informé les parties du fait que sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, il n'estimait pas nécessaire d'administrer l'expertise pluridisciplinaire demandée par la recourante; sauf nouvelle réquisition, un jugement serait notifié dès que l'état du rôle le permettrait. Le 23 mai 2011, suite à la réquisition de la recourante d'une décision incidente, il a

maintenu ce refus en précisant qu'il pouvait faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral aux conditions posées par l'art. 93 al. 1 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110); il a réservé, par ailleurs, l'avis contraire de la Cour lorsqu'un rapport lui serait soumis.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) 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). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} août 2005.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007—partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) —, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003. Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même (cf. ATF 130 V 343, 393). Cette définition implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le

revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient réaliser en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire dite «de comparaison des revenus» (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 347 consid. 3.3 ss).

4. L'intimé considère que les atteintes à la santé physique présentées par la recourante ne lui permettent plus d'exercer ses anciennes activités lucratives. En revanche, elles ne l'empêchent pas, depuis le mois d'août 2005 au moins, d'exercer une activité lucrative à 100 % pour autant qu'elle soit légère (pas de port de charges égales ou supérieures à huit kilos) et sédentaire, et qu'elle autorise l'alternance des positions. L'intimé considère par ailleurs que la recourante ne souffre pas d'atteinte à la santé psychique qui entraînerait une incapacité de travail. La recourante conteste cette appréciation. Elle allègue une incapacité de travail totale entre 2008 et 2010, et semble considérer — mais sans se montrer très précise sur ce point — que cette incapacité de travail persistait en réalité depuis 2004 sans interruption. Elle soutient que l'instruction de la cause est incomplète et que le refus de l'intimé de compléter l'instruction sur le plan médical constitue une violation de son droit d'être entendue, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). Elle demande au Tribunal de compléter l'instruction en désignant lui-même des experts judiciaires pour la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

5. a) Aux termes de l'art. 42 LPGA, les parties à la procédure administrative en matière d'assurance sociale ont le droit d'être entendues. Ce droit comporte notamment celui de produire des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur leur résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision rendue. L'autorité ne doit toutefois y donner suite que si les preuves dont l'administration est demandée lui paraissent

pertinentes (art. 33 al. 1 PA, en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA; cf. également ATF 137 IV 33 consid. 9.2). Elle peut, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, refuser les mesures d'instruction proposées si l'état de fait déterminant lui paraît déjà suffisamment établi et que l'administration de nouveaux moyens de preuves n'apporterait pas, selon toute vraisemblance, d'élément nouveau; la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut refuser l'administration d'une preuve demandée par une partie, aux mêmes conditions (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration et, en cas de recours, le juge, ne sont pas liés par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, ils ne peuvent pas statuer sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 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 soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les

offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

6. a) En ce qui concerne l'état de santé physique de la recourante, le Dr X._____ a constaté dans un rapport établi le 8 septembre 2005 qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité pouvant être exercée essentiellement en position assise et comportant un minimum de déplacements sur le lieu de travail, sans port de charges ni déplacements en terrain irrégulier, permettant d'éviter les mouvements répétitifs des membres supérieurs. Parmi les rapports médicaux établis à la même époque, la recourante se réfère pour sa part aux avis des Drs Z._____ et M._____, ainsi que du Dr B._____, auxquels elle attribue elle-même une pleine valeur probante. Or, les médecins de la Clinique romande de réadaptation ont, certes, constaté une incapacité de travail totale dans la profession d'auxiliaire d'expédition ou d'employée de ménage; en revanche, ils ont exposé, dans un rapport établi le 13 avril 2005, qu'une reprise du travail pourrait être envisagée dans un délai de quatre semaines dans une activité ne nécessitant pas de marche en terrain inégal, de monter ou descendre fréquemment des escaliers ou de rester debout de manière prolongée. Les constatations du Dr X._____ ne contredisent donc pas celles de ces médecins, au

contraire. Pour sa part, le Dr B._____ ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans le rapport qu'il a établi le 7 septembre 2005. Il a néanmoins mentionné «de nombreux points tensionnels alliés à des signes comportementaux d'exagération de la réponse verbale et de projection non anatomique de la douleur, de même que des signes neurovégétatifs et fonctionnels (bouffées de chaleur, palpitations, paresthésies périphériques, constipation, troubles du sommeil) évocateurs d'un syndrome douloureux chronique ubiquitaire, [...] à inscrire dans un contexte plus large dépassant largement le cadre d'une fibromyalgie, mais de comorbidité psychologique, [...] soit des troubles de l'adaptation dans un contexte anxieux et dépressif.». Il a précisé que le diagnostic restait réservé «vu l'intensité de la symptomatologie douloureuse, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail.». On ne saurait déduire de ces explications que la recourante présentait à l'époque une incapacité de travail dans une activité telle que décrite par le Dr X._____, en raison d'atteintes à sa santé physique. En revanche, la question d'une atteinte à la santé psychique se posait selon le Dr X._____ (sur ce point, cf. consid. 7 ci-après).

En 2006, toujours en ce qui concerne l'état de santé physique de la recourante, le Dr B._____ a procédé à un nouvel examen clinique. La recourante lui a fait part d'une aggravation des rachialgies de même que de douleurs ubiquitaires, s'accompagnant de paresthésies ressenties comme des fourmillements et une faiblesse des membres supérieurs, une fatigabilité allant jusqu'à l'état d'épuisement, et des palpitations. L'examen clinique était superposable à celui pratiqué en septembre 2005, sans véritable limitation fonctionnelle majeure, axiale ou périphérique reproductible, et laissait ressortir principalement l'absence de troubles neuro-moteurs des membres supérieurs ou inférieurs. Le Dr B._____ notait des signes de surcharge fonctionnelle et des symptômes neurovégétatifs et fonctionnels anamnétiques, sans avoir pour sa part constaté de trouble reproductible justifiant des examens complémentaires. Le pronostic restait réservé, s'orientant inexorablement dans un contexte de syndrome douloureux chronique. Il n'y avait pas de

proposition thérapeutique magistrale à proposer, au-delà de la poursuite des antalgiques à la demande, complétés par un antidépresseur vespéral, le point majeur restant la prise en charge psychologique cognitivo-comportementale. Sur la base de ce rapport médical, il n'y a donc pas de motif de constater une incapacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr X. _____ en septembre 2005, en raison d'une atteinte à la santé physique. Le Dr P. _____ est d'ailleurs parvenu à la même constatation lors de son examen du 27 février 2006.

Enfin, le Dr C. _____ a indiqué, dans un rapport du 25 février 2006 que l'assurée pouvait exercer une autre activité professionnelle «qui tient compte des séquelles de l'accident», mais pour une durée limitée à deux à quatre heures par jour (50 %). Toutefois, le Dr C. _____ pose notamment les diagnostics — avec répercussion sur la capacité de travail — de trouble dépressif majeur, récurrent, et de trouble somatoforme douloureux. Vu les autres avis médicaux au dossier, l'attestation d'une incapacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée repose essentiellement sur ces deux diagnostics. Le Dr C. _____ n'expose d'ailleurs aucunement pour quel autre motif la recourante devrait limiter son activité de 50 % dans un travail lui permettant de ménager sa cheville.

b) La recourante allègue s'être bloquée le dos en septembre 2007, ainsi qu'une péjoration générale de son état de santé physique, avec une apparition de paresthésies partant du genou et irradiant dans la face latérale du mollet jusqu'au pied, ainsi qu'un lâchage du membre inférieur droit, raison pour laquelle elle a été contrainte de se déplacer à l'aide d'une canne dès le mois de janvier 2008. Elle allègue également avoir ressenti de vives douleurs alors qu'elle était en train de soulever des charges relativement lourdes (10 kg). Elle a subi une opération de cure de syndrome du tunnel carpien à gauche, en février 2008, dont l'évolution a été jugée favorable par le Dr A. _____, malgré la persistance de douleurs de l'épaule gauche. L'assurée a également subi une hémicolectomie gauche par laparoscopie en août 2008. Dans un rapport du 18 novembre 2008, le Dr A. _____ pose les diagnostics, avec

répercussion sur la capacité de travail, de status post-fracture tri-malléolaire de la cheville gauche, tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches, arthropathie acromio claviculaire gauche et hernie discale L5-S1 droite et atteste une incapacité de travail totale pour la période du 18 janvier au 17 novembre 2008.

La Dresse???._____, qui a pris en charge l'assurée à l'Unité du rachis et réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur du CHUV du 23 février au 13 mars 2009, a notamment posé les diagnostics de lombo-sciatalgies droites sur petite hernie discale L5/S1 à droite et déconditionnement musculaire global. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le mois de septembre 2007, puis sans constater de véritable amélioration de l'état de santé de l'assurée, une capacité de travail de 50 % dans une activité permettant l'alternance des positions, sans port de charges et n'impliquant pas de se pencher régulièrement ni de travailler régulièrement les bras au-dessus de la tête, depuis le mois de janvier 2008. Ces deux rapports médicaux sont partiellement contradictoires et n'expliquent pas pourquoi la recourante présente l'incapacité de travail attestée, dans une activité légère lui permettant de changer régulièrement de position. Les constatations de la Dresse???._____ convainquent d'autant moins d'une véritable incapacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, en raison d'une hernie discale, que dans un rapport du 10 décembre 2009, le Dr H._____ a constaté que les niveaux L4-L5 et L5-S1 à droite semblaient être complètement «innocents» par rapport à la symptomatologie douloureuse; cette symptomatologie paraissait disproportionnée par rapport à une protrusion ilio-latérale droite de L5-S1, sans contact avec la racine et une discopathie au niveau L4-L5. Les constatations du Dr [...] dans son rapport du 4 octobre 2010 vont exactement dans le même sens, ce médecin posant pour seul diagnostic celui de probable fibromyalgie.

En résumé, on constate que l'incapacité de travail attestée par la Dresse???._____ depuis le mois de septembre 2007 en raison principalement d'une hernie discale n'est pas établie de manière probante par les rapports rédigés par ce médecin, dont rien n'indique d'ailleurs qu'il

aurait été consulté avant 2009. Le rapport du 18 novembre 2008 du Dr A._____ n'établit pas davantage une telle incapacité de travail dans une activité adaptée, en tout cas pas une incapacité de travail d'une année au moins. En revanche, il ressort des rapports des Drs H._____ et [...] qu'en ce qui concerne les atteintes objectives à la santé physique de la recourante, la situation n'a pas changé depuis les rapports des Drs X._____ et B._____, et que les symptômes présentés par l'assurée découlent essentiellement soit d'une fibromyalgie, soit d'un trouble somatoforme douloureux associé à un trouble anxio-dépressif, soit encore d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Aucune atteinte à la santé physique de la recourante ne justifie une incapacité de travail dans une activité légère, n'imposant pas de station debout prolongée ou des déplacements réguliers, ni le port de charges, et permettant l'alternance des positions. Le syndrome du tunnel carpien a été traité chirurgicalement en février 2008, et une hémicolectomie par laparoscopie a été pratiquée en août 2008, mais aucun rapport médical au dossier ne permet de constater que l'une ou l'autre de ces atteintes, ou même les deux successivement auraient entraîné une incapacité de travail d'au moins 40 %, en moyenne, pendant une année, dans une activité adaptée. Il en va de même de l'opération de la vésicule biliaire et du traitement de la hernie inguinale (cure d'événtration) en 2010. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire n'apporterait pas, selon toute vraisemblance, de constatation différente sur ces points.

7. a) En ce qui concerne les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux, la jurisprudence pose la présomption que ces atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable et qu'elles peuvent être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent 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, 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), ainsi que 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 (ATF 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figure la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

b) En l'espèce, deux expertises psychiatriques figurent au dossier, dont les conclusions quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante sont diamétralement opposées. Les Drs S._____ et F._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, présent depuis 2004, d'état de stress post-traumatique, existant depuis 2004, et de trouble somatoforme indifférencié, existant depuis 2004. Ces atteintes à la santé entraînent, selon les experts, une incapacité de travail totale dans toute activité. L'intimé a toutefois considéré à juste titre que le rapport d'expertise en question n'était pas suffisamment probant. En effet, d'une part,

l'incapacité de travail n'est que peu motivée. D'autre part, le diagnostic posé par les experts est peu convaincant, en particulier le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Selon les Drs S._____ et F._____, cet état se caractérise par la reviviscence répétée de l'accident de moto subi en 2004, des souvenirs envahissants, des cauchemars, une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme ainsi que par une hyperactivité neurovégétative avec hypervigilance, troubles du sommeil, anxiété et symptômes dépressifs. L'assurée a en effet décrit aux experts revivre et revoir des images de son accident lorsqu'elle ferme les yeux, ainsi que la survenance de cauchemars toutes les nuits, dans lesquels elle revit la situation. Elle a également décrit une peur des voitures à l'origine du renoncement au passage de son permis de conduire et craint régulièrement d'avoir un accident ou d'être tuée lorsqu'elle se trouve dans un véhicule motorisé. Elle a ajouté avoir peur de l'avion, du train et du bus, raison pour laquelle elle n'imagine pas retourner au Portugal. Ces plaintes sont toutefois relativement tardives. Dans son consilium psychiatrique du 7 mars 2005, le Dr D._____ n'en fait aucunement état et précise: «Le problème est une chute à moto le 12.08.2004 avec fracture trimalléolaire de la cheville gauche et évolution vers des douleurs et des limitations fonctionnelles faisant maintenant suspecter une algodystrophie. Actuellement la patiente n'a pas de plainte d'ordre psychiatrique.». Il a conclu à un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression, mais a précisé que le tableau était plutôt rassurant avec des éléments dépressifs et anxieux de peu de gravité. Par ailleurs, le rapport des Drs L._____ et J._____, du 6 décembre 2005, fait état de cauchemars où l'assurée «voit des morts et se réveille parfois en voyant sa propre grand-mère qui la regarde sans rien dire». L'accident n'est pas mentionné dans ces cauchemars et les autres circonstances sur lesquelles les Drs S._____ et F._____ fondent le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne sont pas rapportées.

Indépendamment de cela, le diagnostic d'état de stress post-traumatique est expressément réfuté par l'expert W._____, de manière convaincante. Contrairement aux Drs S._____ et F._____, le Dr W._____ expose soigneusement la manière dont l'assurée décrit

l'accident survenu en août 2004. Il n'en ressort pas que cet accident ait été particulièrement impressionnant pour l'assurée, ni qu'elle éprouve des difficultés à le raconter. L'expert observe ainsi que l'assurée fait le récit de tous les détails de l'accident sans aucune réaction particulière ni déstabilisation affective, complètement neutre voire décontractée. Dans la partie «discussion» de l'expertise, le Dr W._____ a souligné que le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'avait été évoqué que tardivement et que l'assurée n'avait mentionné ni spontanément, ni sur questions, d'éléments spécifiques de ce trouble. Le Dr W._____ réfute également de manière convaincante l'existence d'un état dépressif d'une gravité suffisante pour entraîner une incapacité de travail durable. Il a décrit une assurée qui était, lors de l'entretien, «mobile, vivante, librement parlante, expressive, de contact facile, prenant passablement de place spontanément, même avec un plaisir de s'exprimer, affectivement souriante, faisant des blagues, sans tristesse, avec des intérêts maintenus, une tonicité bien présente etc.». L'expert a également souligné que le dosage médicamenteux auquel il avait procédé — contrairement notamment aux Drs S._____ et F._____, ainsi qu'aux Drs L._____ et J._____, qui avaient également constaté un état dépressif (épisode de gravité moyenne) — avait démontré une non-observance de la part de l'assurée. Enfin, l'expert s'est montré très sceptique quant à un trouble somatoforme indifférencié, privilégiant celui de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme. Quoiqu'il en soit, même en admettant un diagnostic différentiel de trouble somatoforme, il a réfuté que celui-ci soit de nature à entraîner une incapacité de travail de la recourante. Sur ce dernier point, il a notamment souligné l'absence de comorbidité psychiatrique significative et a relevé de nettes divergences entre les symptômes décrits et le comportement observé (absence de trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ou encore de fatigue particulière pendant l'entretien, qui a duré deux heures et vingt minutes sans interruption). L'expert a relativisé l'effort thérapeutique, compte tenu de la non-compliance au traitement médicamenteux. Il a également nié une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, mentionnant que la recourante avait évoqué un bon fonctionnement dans la réalité avec des activités extérieures, intérieures ainsi qu'une vie

sociale. L'assurée lui a notamment décrit, spontanément, de nombreux intérêts et plaisirs pour la vie, avec des sorties en couple le week-end et la participation à des lotos, par exemple, ainsi qu'une passion pour la pyrogravure. Au regard de ces éléments mis en évidence par l'expert W._____, son constat relatif à l'absence d'incapacité de travail de l'assurée en raison d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, ainsi qu'à l'absence de comorbidité psychiatrique, est probant. Il a été posé au terme d'une anamnèse et d'un entretien avec la recourante, en pleine connaissance du dossier, et motivé de manière claire. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr W._____ est un expert externe à l'intimé et son rapport ne peut être assimilé à un rapport interne à l'assurance. Son rapport revêt une pleine valeur probante et une nouvelle expertise sur le plan psychiatrique, dans la présente procédure, ne se justifie pas.

8. a) Il ressort de ce qui précède que les documents médicaux au dossier sont suffisants pour statuer et constater une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité. Il est vrai qu'au regard des atteintes à la santé d'ordre à la fois physique et psychique de la recourante, l'intimé aurait dû privilégier l'administration d'une expertise pluridisciplinaire plutôt que d'une expertise uniquement psychiatrique. Cela aurait permis d'avoir, dans une expertise, une description de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante, et d'éviter de devoir rechercher dans de nombreux rapports médicaux successifs, les renseignements sur lesquels s'appuie le constat d'une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Il n'en reste pas moins que cette expertise - et les rapports des Drs Z._____ et M._____, X._____, B._____, H._____ et [...], notamment — permet de poser ce constat en connaissance de cause, et qu'une expertise pluridisciplinaire n'apporterait selon toute vraisemblance pas d'élément nouveau déterminant. Partant, la requête présentée dans ce sens par la recourante doit être rejetée.

b) En ce qui concerne le grief de violation du droit d'être entendu en procédure administrative, il est douteux qu'il soit fondé, au

regard des considérants qui précèdent (consid. 6-8a ci-avant). Il est vrai que l'intimé ne disposait pas, pour apprécier de manière anticipée les preuves au dossier et statuer sur la demande d'expertise présentée par la recourante, des rapports des Drs H. _____ et [...]. Mais ces rapports ont été produits en procédure de recours et la recourante a pu se déterminer à leur sujet. Par conséquent, à supposer qu'ils fussent nécessaire pour statuer en connaissance de cause, malgré les diverses prises de positions des Drs K. _____ et V. _____ en 2008 et 2009, la procédure de recours a permis de clarifier les choses et de guérir une éventuelle violation du droit d'être entendue de l'assurée.

9. Hormis en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimée, la recourante ne conteste pas la comparaison de revenus à laquelle à procédé l'intimé. Il n'y a donc pas lieu de revenir en détail sur ce calcul qui, vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique. L'intimé a fixé à juste titre à 46'928 fr. par an, en 2005, le revenu hypothétique sans invalidité de la recourante, compte tenu des renseignements communiqués par les anciens employeurs de cette dernière ainsi que de l'extrait de compte individuel auprès de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité figurant au dossier. Il a également fixé à bon droit le revenu d'invalidité en se référant aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, comme l'admet la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75). Dans ce contexte, on précisera que même en procédant à un abattement maximal de 25 % de ces données salariales statistiques, après avoir procédé aux adaptations usuelles (cf. ATF 126 V 75 cité, consid. 3b/bb et consid. 5), le revenu d'invalidité serait de l'ordre de 37'000 fr. par an et exclurait un taux d'invalidité de 40 % au moins, pouvant ouvrir droit à la rente d'invalidité litigieuse.

10. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La recourante, qui a expressément maintenu ses conclusions sans modification, y compris après la réponse de l'intimé et la production de son dossier complet, ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGa);

55 al. 1 LPA-VD) et supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI; 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice sont fixés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de R._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- CAP Protection Juridique SA (pour R. _____),
- 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 :