

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juin 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Monod et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. a) A._____ (ci-après: l'assurée), née le 25 août 1951, a travaillé en qualité d'ouvrière à 100% chez W._____ durant de nombreuses années. Elle est suivie depuis 1995 par le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine générale à Yverdon-les-Bains, et depuis 1997 par la Dresse X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Yverdon-les-Bains.

b) Le 25 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 18 mai 2004 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la Dresse X._____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif chronique, existant depuis 1995. Selon cette praticienne, l'incapacité de travail de l'assurée était totale tant dans l'activité exercée jusqu'à présent que dans toute autre activité, l'intéressée n'étant plus capable de gérer aucun stress. La thérapie consistait en un suivi psychiatrique et en une médication psychotrope, et l'évolution vers la chronicité s'était confirmée au cours des années.

c) Dans un rapport médical du 24 mai 2004 adressé à l'OAI, le Dr T._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif chronique et d'état douloureux chronique et indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 11 mars 2003. Dans son rapport, ce praticien a précisé ce qui suit:

"Il s'agit d'une patiente qui présente des douleurs musculaires multiples migrantes, depuis environ 20 ans, pour lesquelles les investigations cliniques et paracliniques n'ont jamais permis de poser un diagnostic objectif.

Peu à peu, au cours des années, un état dépressif s'est installé, en réaction au status douloureux et aux multiples difficultés existentielles.

Devant l'aggravation progressive de cet état dépressif, Mme A._____ a été référée à la Dresse X._____, Yverdon (Psychiatre), qui conclut à un état dépressif grave. Mme A._____ reçoit un traitement antidépresseur, anxiolytique et somnifère assez lourd.

Pour les douleurs, un traitement de physio et antalgique simple a été instauré, avec des résultats mitigés.

En conclusion, à mon avis, l'incapacité de travail que présente cette patiente est due au problème psychiatrique. Il n'y a pas de maladie somatique qui justifie une incapacité de travail totale.

Le pronostic est évidemment très sombre."

d) L'intéressée a alors été adressée au Service médical régional AI (ci-après: le SMR) pour un examen psychiatrique qui a eu lieu le 22 mars 2006. Du rapport d'examen clinique psychiatrique établi le 6 août 2006 par le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il ressort notamment ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:
 - DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE AUCUN.
- sans répercussion sur la capacité de travail:
 - DYSTHYMIE (F34.1).

APPRECIATION DU CAS

Nous observons, comme déjà la Dresse X._____ dans son rapport du 18.05.2004, un état dépressif chronifié réactionnel à la maladie sévère de son fils et également à l'augmentation du rythme de travail chez W._____.

Les critères du code CIM-10 pour une maladie dépressive majeure (que ce soit de degré léger, moyen ou sévère) (F32, F33), ne sont pas rencontrés, par contre il y a toute une série de symptôme d'un état dépressif chronifié, qui répond aux critères d'une dysthymie selon le dit code (F 34.1). Il s'agit d'une condition qui, chez l'assurée, est certes liée à une souffrance psychique, mais qui n'occasionne pas de limitations fonctionnelles incapacitantes.

Nous observons d'ailleurs un traitement sub-optimal, en particulier il manque un médicament spécifique pour les troubles du maintien du sommeil. Par contre, les benzodiazépines sont clairement surdosés et provoquent une fatigue importante pendant la journée avec plusieurs heures de sommeil et en même temps avec un trouble du sommeil nocturne (symptômes typiques d'une dépendance aux benzodiazépines) avec augmentation de la dose, dans ce cas par prescription médicale.

L'assurée dispose de suffisamment de ressources de sa personnalité pour qu'on puisse lui demander d'optimiser son traitement médicamenteux.

Nous relevons, de nouveau comme déjà la Dresse X. _____ dans son rapport, qu'une partie de la souffrance subjective la dévalorisation et les sentiments d'insuffisances, proviennent de «l'exclusion du monde du travail». Lors de l'entretien, nous constatons, par contre, que l'assurée considère qu'après 35 ans de travail en usine «cela suffit».

D'un point de vue humain, on peut bien comprendre et accepter un tel jugement, mais il sort du champ médical, ne représente pas un trouble psychique et n'est pas incapacitant.

La plainte de douleurs musculaires fluctuantes ne domine pas le tableau et nous n'avons pas de critère pour retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Les limitations fonctionnelles

Au moment de l'entretien psychiatrique, nous n'observons pas de limitations fonctionnelles psychiatriques qui justifierait une incapacité de travail durable. A l'exception de la somnolence importante et de l'envie de dormir pendant la journée au moins 3 heures, et à la présence d'un trouble du sommeil nocturne important. Il s'agit ici des séquelles d'un traitement médicamenteux sub-optimal. Après correction de ce traitement (ce qui peut nécessiter deux mois pour le sevrage graduel des benzodiazépines), la capacité de travail est pleine.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 10.03.2003.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Depuis lors, une incapacité de travail de 100% a été attestée par la Dresse X. _____, psychiatre traitant à Yverdon, jusqu'à ce jour. Actuellement, nous observons une somnolence importante qui réduit la capacité de travail à 0%. Après une correction du traitement, c'est-à-dire après le 1^{er} novembre 2006, la capacité de travail sera de 100%. (Il faut deux mois pour oeuvrer à une diminution graduelle de la surdose de benzodiazépines prescrite)."

e) Dans un avis médical SMR du 20 décembre 2006, la Dresse D. _____ a retenu, sur la base de l'examen clinique psychiatrique effectué le 22 mars 2006 au SMR, que l'incapacité de travail était entière du 1^{er} mars 2003 au 31 octobre 2006, la capacité de travail étant complète sans baisse de rendement dès le 1^{er} novembre 2006.

B. **a)** Le 21 février 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2004 au 31 janvier 2007, dont la motivation était en substance la suivante:

Depuis le 11 mars 2003 (début du délai d'attente d'un an), l'assurée avait présenté en raison de problèmes de santé une incapacité de travail de 100%. Toutefois, lors de l'examen effectué par le Service médical régional, il avait été remarqué que le traitement médicamenteux n'était pas adéquat; après trois mois d'un traitement médicamenteux approprié, la capacité de travail de l'assurée devait être considérée à nouveau comme entière. L'assurée pouvait ainsi reprendre son activité habituelle ou toute autre activité dès le 1^{er} novembre 2006. Dans ces conditions, elle avait droit dès le 1^{er} mars 2004 à une rente entière et ce jusqu'au 31 janvier 2007, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé; par la suite, elle ne remplissait plus les conditions pour l'octroi d'une rente AI.

b) L'assurée ayant contesté ce projet de décision, de nouveaux rapports médicaux ont été demandés aux médecins traitants.

Dans un rapport médical du 23 juillet 2007 adressé à l'OAI, le Dr T._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive grave, existant depuis 1990, et de trouble somatoforme douloureux chronique, existant depuis 1997, et a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 11 mars 2003. Dans son rapport, ce praticien a précisé ce qui suit:

"Depuis le début 2006, l'état de cette patiente s'est fortement péjoré:

1) Elle présente actuellement un tableau de fibromyalgie floride, empêchant clairement toute activité un tant soit peu suivie.

2) A cela s'ajoute un état dépressif grave, avec menaces suicidaires exprimées de façon récurrente. On note aussi un anhédonisme très marqué, des sentiments de dévalorisation très importants et un retrait social quasi complet.

Actuellement, Mme A. _____ vit à peu près recluse, souvent couchée, sans rien faire (son mari doit s'occuper à peu près de toutes les tâches ménagères). Elle se plaint de fatigue continue dès le matin. Les douleurs, notamment aux épaules et à la nuque, l'empêchent même de se dédier aux travaux ménagers habituels.

L'évolution est donc très mauvaise, et le pronostic à moyen terme très sombre, ainsi que je le disais déjà dans mon rapport de 2004. En toute sincérité, je pense tout à fait irréaliste de penser que cette patiente puisse reprendre une activité lucrative quelconque."

Dans un rapport médical du 30 juillet 2007 adressé à l'OAI, la Dresse X. _____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), existant depuis 1995, et de fibromyalgie, existant depuis plusieurs années. Selon cette praticienne, l'incapacité de travail de l'assurée était totale dès le 16 mars 2003, l'intéressée n'étant plus capable de gérer aucun stress. Dans son rapport, cette praticienne a précisé ce qui suit:

"Anamnèse : l'anamnèse de cette patiente vous est bien connue. Mon dernier rapport date du 18.5.04. Depuis l'état psychique de ma patiente est resté inquiétant. Elle ne sort pratiquement pas. Tout l'irrite. Elle a perdu le goût de vivre, elle a une image négative d'elle-même et a peur des gens, elle souffre d'états d'angoisse quotidiens et quand ils sont très forts ils sont accompagnés de crises de boulimie. Elle a pris beaucoup de poids et ne peut accepter son image corporelle. Souffrant d'une fatigue chronique Mme A. _____ s'alite fréquemment durant la journée. Quelquefois elle a un comportement agressif envers son mari. On note une aggravation de l'état psychique de ma patiente depuis l'année passée. En fait, progressivement ne pouvant plus travailler, elle se sent inutile et marginalisée. De plus comme elle est très liée à son fils [...] qui souffre d'une maladie de Crohn, elle a eu depuis l'année dernière des soucis à son égard qui ont péjoré son état dépressif. Souvent ces derniers mois des idées suicidaires sont apparues et je n'ai pu renoncer à une hospitalisation en milieu spécialisé que parce que ma patiente est bien entourée à la maison. Malgré diverses modifications de sa médication l'état de santé de ma patiente s'est même péjoré.

Plaintes subjectives : Mme A. _____ se plaint d'une perte de la joie de vivre, d'une forte nervosité, de forts états d'angoisse, d'une image négative de son corps, d'une forte peur des gens, d'une importante irritabilité avec des difficultés à supporter le bruit, d'accès d'agressivité envers son époux, d'une fatigue chronique, d'idées d'autodestruction, d'un sentiment d'inutilité mêlé à une perte d'estime de soi. Elle évoque aussi un sommeil agité entrecoupé de fréquents réveils. A ceci s'ajoutent les symptômes physiques liés à la fibromyalgie.

Constatations objectives : fort abaissement de l'humeur, perte de l'intérêt et du plaisir, forte fatigue, perte de la confiance en soi et de

l'estime de soi, attitude morose face à l'avenir, idées suicidaires, troubles du sommeil, angoisse, forte nervosité, crises de boulimie.

Thérapie : suivi psychiatrique, médication : Risperdal 0,5 mg 0-0-1, Temesta 1 mg 0-0-1, Somnium 0-0-0-1, Stilnox 10 mg 0-0-0-1, Anafranil 25 mg 1-1-1, Deanxit 1-0-0.

Pronostic : quant à une amélioration de l'état psychique : très réservé, quant à une reprise de l'activité professionnelle : impensable."

Dans un avis médical SMR du 5 septembre 2007, le Dr B. _____ a indiqué qu'en comparant la symptomatologie exposée par les deux médecins traitants et le status psychiatrique avec le contenu de l'examen SMR d'août 2006, on se rendait compte qu'il n'y avait pratiquement aucun changement, de sorte qu'on voyait mal ce qui pourrait justifier une incapacité de travail. En présence d'une appréciation différente d'une situation identique, l'avis du psychiatre consultant du SMR devait être privilégié à celui des médecins traitants, naturellement enclins à plus d'empathie du fait même de la relation thérapeutique.

c) Par décision du 7 décembre 2007, accompagnée d'une lettre explicative du 12 novembre 2007, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 février 2007, octroyant ainsi à l'assurée une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} mars 2004 au 31 janvier 2007. Il s'est fondé sur le rapport d'examen clinique SMR du 6 août 2006, en précisant que les rapports des médecins traitants, à savoir le Dr T. _____ et la Dresse X. _____, n'étaient pas de nature à mettre en doute les conclusions du Dr G. _____.

C. a) L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 21 janvier 2008. Elle fait valoir qu'elle souffre de troubles psychiatriques depuis 1995 et qu'elle est traitée par un médecin spécialiste depuis 1997; de plus, elle souffre de douleurs diffuses globales, celles-ci se concentrant particulièrement dans les bras, et son médecin traitant a évoqué le possible diagnostic de fibromyalgie. Elle fait grief à l'OAI d'avoir retenu, alors qu'aucune modification de son état de santé n'est intervenue depuis 2003 et qu'elle a eu droit à une rente jusqu'au 31 janvier 2007, qu'elle présente à nouveau une pleine capacité de travail. Selon la recourante,

L'OAI argue du fait que le traitement médicamenteux n'est pas approprié, mais le SMR ne propose pas un nouveau traitement médicamenteux précis. L'OAI se serait donc uniquement fondé sur une amélioration hypothétique de l'état de santé, sans tenir compte du diagnostic et du traitement effectué par le psychiatre traitant, qui suit régulièrement (une à deux fois par mois) sa patiente et est certainement plus à même de donner le meilleur traitement à sa patiente; si la Dresse X._____ avait estimé qu'un traitement médicamenteux plus adéquat serait non seulement utile pour améliorer l'état de santé de sa patiente, mais encore lui donnerait une capacité entière de travail, elle l'aurait fait. La recourante conclut dès lors à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente entière doit être versée pour une durée indéterminée. Pour le cas où la cour de céans ne s'estimerait pas suffisamment renseignée par les pièces du dossier, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, qui aurait notamment pour but d'examiner si un autre traitement lui permettrait d'avoir une capacité résiduelle de travail.

b) Dans sa réponse du 22 février 2008, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter à sa décision et a proposé le rejet du recours.

c) Le juge instructeur a ordonné une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, qui a été confiée au Dr L._____ pour le volet rhumatologique et au Dr R._____ pour le volet psychiatrique. Les rapports des experts, datés du 26 août 2009 s'agissant du rapport du Dr L._____ et du 26 octobre 2009 s'agissant du rapport du Dr R._____, sont parvenus le 2 novembre 2009 au greffe du Tribunal.

d) Du rapport d'expertise rhumatologique du 26 août 2009, il ressort en particulier ce qui suit:

"4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombalgies chroniques
- Troubles disco-dégénératifs importants de L5-S1

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires
- Gonarthrose gauche débutante

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Mme A. _____ est une assurée de 59 ans, ayant travaillé durant 35 ans comme ouvrière auprès de l'entreprise W. _____. Elle est en incapacité de travail de 100% depuis le 11 mars 2003.

L'assurée évoque des douleurs ubiquitaires, fluctuantes et migrantes de la musculature et de son squelette intéressant tant le rachis, les grosses comme les petites articulations périphériques depuis plus d'une dizaine d'années. De larges investigations menées à l'époque ont permis d'écarter un rhumatisme inflammatoire. Les symptômes, bien que fluctuants en fonction des périodes vont rester stationnaires jusqu'au jour de l'expertise et ceci malgré la poursuite de mesures conservatrices au long cours, alliant de la prise de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires complétées par des séances de physiothérapie tant à sec qu'en piscine.

L'examen clinique actuel reste relativement rassurant, sans véritable limitation fonctionnelle objectivable et dès lors peu contributive quant à l'étiologie des symptômes. On retrouve une altération douloureuse de la mobilité tronculaire prédominant en flexion antérieure avec une distance doigts-sol de 35 cm alors que la distance doigts-orteils lorsque l'assurée est assise sur la table d'examen est de 10 cm. Il n'y a pas de véritable limitation fonctionnelle objectivable tant du squelette axial que périphérique, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. La palpation segmentaire retrouve des douleurs diffuses cervico-dorsolombaires, s'associant des zones d'insertionnelles intéressant la musculature s'y rattachant. Il n'y a pas de syndrome irritatif ni neurodéficitaire des membres.

Les examens radiologiques relèvent la présence d'une discrète discopathie de C5-C6 et une gonarthrose gauche débutante sans retentissement fonctionnel au status mais principalement une discarthrose L5-S1 importante avec antélisthésis de grade II de L5/S1 sur lyse isthmique postérieure.

Ce trouble disco-dégénératif important de L5-S1 ne permet que d'expliquer qu'en partie la symptomatologie alléguée par l'assurée, force étant de constater que ni le status ni les examens complémentaires ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre l'assurée, leurs localisations, leurs intensités et leurs retentissements sur son fonctionnement actuel. On retrouve à l'examen clinique 18/18 points de Smythe douloureux à la palpation évocateur d'une fibromyalgie. La présence de nombreux signes comportementaux et des points de contrôles positifs restent évocateurs d'un syndrome douloureux chronique, entité dont la prise en charge et le pronostic restent similaires. Le tableau clinique dépassant largement le cadre d'une fibromyalgie, ce diagnostic n'a pas été pas retenu.

L'expert se réfère à l'examen spécialisé pour une éventuelle atteinte psychiatrique permettant d'expliquer le syndrome douloureux persistant.

Compte tenu de la présence de la discartrhose importante de L5-S1, la capacité de travail de Mme A. _____ est de 80% d'une activité adaptée. Il s'agit d'une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout. La diminution de rendement de 20% est justifiée par la diminution de [la vitesse d'] exécution de certaines tâches impliquant son dos et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. D'après la description qu'elle [en] a faite, son activité professionnelle d'ouvrière chez W. _____ respecte les limitations fonctionnelles décrites.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de mesure particulière à proposer au-delà de la poursuite de la prise en charge conservatrice établie par son médecin traitant en collaboration avec le Dr K. _____, Rhumatologue au Centre Thermal V. _____. L'assurée pourrait bénéficier d'une médication antidépresseur spécifique reconnue pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur. Une activité physique régulière est également recommandée."

e) Du rapport d'expertise psychiatrique du 26 octobre 2009, il ressort en particulier ce qui suit:

"VI. Sources d'informations extérieures:

Analyses sanguines:

Suite aux indications de l'assurée, nous avons procédé à un examen sanguin pour déterminer le taux sérique des médicaments prescrits. Ceci donne les résultats suivants (jointés à l'expertise):

Cymbalta (Duloxétine)	résultat:	15 ng/ml
zone thérapeutique:		20-80

Paracetamol	résultat:	en dessous des limites de détection
-------------	-----------	-------------------------------------

Ces résultats montrent que le taux sérique de la substance antidépresseur est largement insuffisant. L'assurée est proche d'une non observance.

Pour l'antalgique Dafalgan l'assurée disait de prendre 3 à 4 cps. par jour. Il s'avère qu'elle est ici totalement non observante.

VII. Discussion:

(...)

Nous nous trouvons dans la situation d'une femme de maintenant 58 ans, qui est en arrêt de travail continu depuis 2003. Elle était ouvrière dans une grande usine pour production de [...] et elle a assumé son travail d'une manière presque linéaire depuis l'âge de 17 ans et durant 35 ans. A partir de la deuxième moitié des années 1990, des signaux de fatigue d'épuisement sont mentionnés et ensuite des manifestations douloureuses ubiquitaires dans le corps.

C'est à ce moment-là que son médecin traitant procède à de nombreuses investigations mais qui ne montrent pas de substrat anatomo-pathologique inquiétant. On conclut ensuite alternativement aux notions de fibromyalgie et de syndrome douloureux somatoforme.

L'expertise rhumatologique actuelle confirme partiellement ces notions en évoquant le diagnostic de «douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires». A part cela, il existe des lombalgies chroniques probablement liées à des troubles disco-dégénératifs L5-S1 objectivés.

Il y a donc sans doute une explication partielle aux douleurs évoquées bien qu'il y ait des différences entre les examinateurs concernant les conséquences asséurologiques. Aujourd'hui le co-expert rhumatologue conclut à la nécessité de retenir des limitations fonctionnelles mais dans une activité adaptée, l'exigibilité est de 80%.

Dans la biographie de l'assurée il n'y a tout d'abord aucune particularité psychique-psychiatrique à retenir. Il n'y a pas de carences affectives, pas de traumatisme particulier; l'assurée est issue d'une famille sicilienne qui est restée unie. Elle est venue en Suisse à l'âge de 9 ans, elle a eu quelques difficultés d'adaptation scolaire et culturelle mais sans que ceci ne conduise à des problèmes majeurs.

Directement après l'école elle est entrée chez son seul et unique employeur, l'usine de [...] W. _____ à [...], ceci jusqu'au moment de son arrêt de travail. Elle décrit pour les dernières années de son engagement une forte augmentation de la pression, l'exigence pour un rendement toujours plus haut, une atmosphère davantage anonyme et aussi déstabilisante. Ce qu'elle et ses médecins ont décrit correspond aussi à des informations que nous avons eues par d'autres sources, entre autres des patients qui ont passé à la même période, chez le même employeur. Finalement, les difficultés économiques ont pris le dessus et l'entreprise a été dans des mouvements de restructuration et a ensuite fermé (temporairement) ses portes.

En dehors du facteur professionnel, il existe d'autres éléments que l'assurée et ses médecins ont mentionnés comme facteurs déstabilisants et déclenchant des réactions dépressives. Il s'agit ici de:

- Développement d'une maladie de Crohn chez son 2^e fils, invalidante, avec opération en 2003 et ensuite mis en rente,
- Echec professionnel du fils aîné dans le projet de garage automobile qui n'a pas fonctionné,
- Veuvage de sa mère en 2008 avec soucis pour cette dernière.

L'assurée se décrit en général comme quelqu'un de sensible aux malheurs des autres, qui se fait facilement des soucis et qui les rumine souvent. Cela est lié à son mode de fonctionnement, à sa personnalité, mais il s'agit ici d'éléments plutôt psychologiques et non psychiatriques. Plusieurs des points mentionnés ont de plus un caractère transitoire, son fils aîné a retrouvé par exemple une activité correcte, sa mère n'est pas diminuée en soi, etc...

Il existe en parallèle certainement aussi une influence liée à la dynamique du couple. Le mari de l'assurée est de 9 ans son aîné, il est depuis 2004 au chômage, ensuite à la retraite. Bien qu'inconsciemment, ces éléments ont certainement influencé la perception des choses pour elle et augmenté la notion d'usure et son besoin de s'arrêter. Elle a exprimée ceci à plusieurs reprises.

Pour notre examen psychiatrique proprement dit, nous étions interpellés par un double aspect assez prononcé: nous avons vu l'expertisée d'abord assez vite en larmes, déstabilisée, triste, dans un premier temps presque inconsolable, avec une énergie vitale réduite, ralentie, sans humour et avec des sentiments d'amertume et très enfermée.

Pour une autre partie et lors de notre deuxième entretien, elle était d'avantage neutre, concise, assez posée, dysphorique et terne.

Nous ne pouvions pas nous défaire d'une impression de «conditionnement». Ceci s'est indirectement confirmé avec les observations de l'expert rhumatologue qui, durant son examen, n'a pas du tout aperçu l'aspect déprimé accentué mais qui a décrit un entretien qui se déroulait de façon conviviale chez une assurée répondant de façon claire aux questions posées. Un autre élément va dans le même sens, à savoir le constat et la présence de plusieurs signes comportementaux de Waddell qui indiquent le plus souvent une origine non anatomique/médicale des douleurs.

Dans le même sens vont les constats que l'assurée ne prend pas du tout le médicament Dafalgan pour lequel elle affirmait pourtant une prise de 3 à 4 grammes par jour, de même la prise insuffisante de l'antidépresseur.

Dès lors on comprend l'appréciation du psychiatre traitant qui constate que l'état de sa patiente ne s'améliore pas malgré les prescriptions. Il y a donc une grande marge de manoeuvre sur le plan thérapeutique pour améliorer les choses. En dehors de taux suffisant de l'antidépresseur il existe d'autres possibilités comme par exemple changement de la substance, combinaison de molécules, stabilisateur d'humeur etc.

Il se dégage donc dans l'ensemble l'image d'une personne qui souffre, qui, au niveau de sa personnalité, a un fonctionnement type «éponge» et qui est depuis longtemps dans un déconditionnement global, d'une part physique, d'autre part mental et psychique, excluant toute idée de reprise d'activité. Elle est aussi dans un cercle vicieux négatif et auto renforçant sur le plan social: toute participation en dehors de sa famille est supprimée et elle s'est retirée et a pris distance à des anciennes connaissances privées et professionnelles. Son cercle social s'est ainsi réduit avec comme seuls contacts son mari, ses frères et soeurs, sa mère, ses enfants et sa petite-fille.

Elle était dans ce domaine aussi contradictoire et à la limite du caricaturale: affichant d'un côté une vie presque végétative entre lit et canapé, sans aucun plaisir, elle a dû admettre sur question un

certain nombre d'activités dans le quotidien, de même qu'un plaisir régulier avec sa petite-fille.

Nous sommes dans cette situation aussi en présence de différents facteurs extramédicaux, à savoir par exemple

- notions d'usure,
- manque de motivation,
- plaintes liées aux symptômes,
- facteurs sociaux et financiers,
- problèmes liés à l'entourage de l'assurée et assimilés comme les siens (fils, mère etc.).

Il faut revenir sur l'atteinte dépressive alléguée dont on parle à plusieurs reprises dans le dossier et ceci avec une évolution en crescendo (d'abord état anxio-dépressif, ensuite «dépression grave») selon les médecins traitants. Si nous reprenons l'ensemble des données affectives, nous arrivons actuellement à la synopsis suivante:

[L'expert reprend ici les critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification Internationale des Maladies en vigueur (CIM-10, chapitre F 32) et constate que si l'on reprend l'ensemble des données affectives, un épisode dépressif léger n'est pas véritablement atteint.]

Il ressort ici que nous nous trouvons dans une situation plutôt de dysphorie que l'on peut, en analogie, attribuer au terme de dysthymie. Il s'agit de fluctuations d'humeur avec une symptomatologie par moments dépressive mais de durée et intensité insuffisantes pour retenir les diagnostics d'un état dépressif dans le sens clinique du terme. Il intervient dans cette terminologie de dysphorie aussi l'observation de la présence d'un certain négativisme, à savoir le manque de motivation globale pour la vie et ses activités mais qui appartient au fond à un choix personnel et non à une maladie.

Dans ce contexte thymique il est aussi à souligner que l'assurée prend l'antidépresseur prescrit d'une manière insuffisante. Si l'on formule ce constat «à l'envers» on pourrait aussi dire: si elle avait besoin d'un meilleur équilibre émotionnel, il existe ici une large marge thérapeutique supplémentaire pour l'aider comme souligné précédemment.

Lors de l'examen du SMR de 2006, le psychiatre consultant a insisté pour un sevrage des anxiolytiques et somnifères, ceci surtout dû à la fatigue constatée. Malheureusement ceci n'a pas été effectué et, en conséquence, l'assurée a toujours aujourd'hui deux substances type benzodiazépines qui entretiennent la dépendance, la fatigue (dont se plaint justement l'assurée) et qui sont à moyen et long termes nocifs pour les capacités cognitives de la personne. Au moment où ces substances sont, de la part de l'Office fédéral de la santé, attribuées au groupe des stupéfiants, il est nécessaire de trouver et d'appliquer des alternatives (qui existent).

En partant du constat qu'il existe un équivalent au syndrome douloureux somatoforme (formulation de l'expert rhumatologue: «douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires»), il est à vérifier dans

quelles mesures il pourrait avoir un impact invalidant. Les critères habituellement utilisés nous disent ceci:

(...)

1. Comorbidité psychiatrique importante (gravité, acuité, durée)? Non, elle n'est que partielle et légère.

2. Affection corporelle chronique (en dehors TSD, sans rémission durable)? Selon expertise rhumatologique affection corporelle légère.

3. Perte d'intégration sociale (dans toutes les manifestations de la vie)? Non, il existe toujours une vie sociale malgré affirmation d'enfermement à la maison.

4. Etat psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique)? Non.

5. Processus défectueux de résolution de conflit? Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier.

6. Echec de traitements conformes aux règles de l'art? Non, il existe des marges thérapeutiques supplémentaires considérables.

7. Attitude coopérative de la personne (effort et motivation)? Motivation probablement faible, fixation sur invalidité et compliance insuffisante pour antidépresseur et antalgique.

8. Divergences entre symptômes décrits et comportement observé? Oui, en expertise rhumatologique et examen psychiatrique.

9. Caractéristique des douleurs vague ou différenciée? Assez global.

10. Efforts thérapeutiques validés ou invalidés? Plutôt invalidés.

11. Collaboration, compliance de la personne? Insuffisantes.

12. Conflits émotionnels importants? Non.

13. Facteurs psychosociaux et culturels dominants? Ces facteurs jouent certainement un rôle important.

14. Appréciation actuelle dans situation conflictuelle? Oui.

Pondération, conclusions: critères insuffisants pour retenir un caractère invalidant.

Avec la dominance d'éléments comportementaux et extramédicaux, l'absence d'une co-morbidité psychiatrique sévère, un impact invalidant de ce terme diagnostique ne peut être retenu.

L'assurée a beaucoup argumenté avec son fonctionnement habituel de se faire des soucis pour les personnes autour d'elle («éponge»), d'en souffrir, de pleurer et d'y rester «accrochée». Même si nous pouvons tout à fait comprendre de quoi il s'agit, ce type de réaction

est une particularité psychique et non une maladie de personnalité. Il appartient à la psychologie de la personne et non à la psychiatrie.

VIII. Diagnostic et conclusions

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostic psychiatrique en finalité:

1. Dysthymie (F 34.1, CIM-10),
2. Syndrome douloureux somatoforme (F 45.4, CIM-10).

Avec l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative il n'y [a] formellement que peu d'impact sur la capacité de travail de l'assurée. Par le fait qu'une souffrance anxio-dépressive est documentée depuis longtemps et en acceptant les critères partiels de la catégorie B de la définition de l'OMS, on peut ici accepter une incapacité de travail de 20%, alternativement une diminution de rendement du même taux si l'assurée était dans une présence de 100%.

Nos constats sont en somme très proches à ce qui a été retenu dans l'examen détaillé et nuancé du Dr G. _____ en mars 2006. A part une aggravation temporaire d'au maximum quelques mois après l'annonce de la suppression de la rente (sorte de trouble d'adaptation transitoire), la situation n'a dès [lors] pas changé d'une manière substantielle."

f) Se déterminant le 30 novembre 2009 sur les deux rapports d'expertise, l'OAI a fait valoir ce qui suit:

Du point de vue somatique, l'expert rhumatologue fait état d'un examen relativement rassurant, sans véritable limitation fonctionnelle objectivable. Ni le status ni les examens complémentaires ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre la recourante. Le Dr L. _____ relève également 18/18 points de fibromyalgie ainsi que de nombreux signes comportementaux. La capacité de travail exigible retenue est de 80% dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée.

Du point de vue psychiatrique, le Dr R. _____ ne retient pas d'atteinte à la santé invalidante. Le syndrome douloureux somatoforme n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative. Les autres critères de gravité développés par la jurisprudence ne sont également pas présents. L'expert confirme l'appréciation qui avait été faite par l'examineur du SMR en 2006, et retient tout au plus une diminution de la capacité de travail de 20%.

Par ailleurs, selon la doctrine et la jurisprudence, le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Jacques Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 sv.; François Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, ibidem, p. 147 - arrêt non publié du 22 mars 2004, I 131/03). En l'espèce, il convient d'admettre que les problématiques somatiques et psychiatriques sont étroitement liées entre elles et se recoupent donc largement, de telle sorte qu'une incapacité de travail globale supérieure à 20% ne saurait se justifier.

Au vu des conclusions de ces expertises, l'OAI ne peut dès lors que confirmer sa décision, à savoir une suppression de la rente à compter du 1^{er} février 2007.

g) Se déterminant le 13 janvier 2010 sur les rapports des experts, la recourante a indiqué qu'il ressort du rapport du Dr L._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, que sur le plan physique, l'assurée souffre de nombreuses affections, lesquelles ont une influence sur sa capacité de travail. Quant au rapport de l'expert psychiatre, la recourante soutient qu'elle a toujours suivi les dosages médicamenteux qui lui ont été prescrits et que l'expert n'a pas demandé le dosage sanguin de la buprénorphine (substance active du patch Transtec) alors qu'il indiquait en page 8 de son rapport que l'expertisée appliquait un patch tous les quatre jours de Transtec. La recourante sollicite ainsi qu'il soit demandé à l'expert de produire les rapports relatifs aux prélèvements sanguins, ainsi que de faire un examen complémentaire concernant la substance active du patch Transtec; en effet, il doit être établi que l'intéressée s'est présentée chez l'expert en ayant pris l'intégralité des médicaments prescrits; l'expert devrait encore renseigner le Tribunal sur les dosages médicamenteux qui ont été prescrits à la recourante. La recourante sollicite une nouvelle expertise psychiatrique au motif que l'expert met en doute les souffrances de l'intéressée puisqu'il a

l'impression qu'on est proche d'une non-observance de la prise de médicaments, alors que l'assurée prend régulièrement et assidûment toutes les substances qui lui ont été prescrites.

i) Invité à se déterminer sur les questions soulevées par le conseil de la recourante dans son écriture du 13 janvier 2010, l'expert R. _____ a exposé ce qui suit par courrier du 18 février 2010:

"1. Concernant le dosage des médicaments, j'effectue un choix sélectif de un à deux substances clé, ceci basé sur les indications que l'assurée m'a données. En effet, la liste des médicaments se trouve dans le chapitre de l'anamnèse systématique, c.a.d. des informations qui sont strictement issues des dires de la personne. Je demande toujours quels médicaments elle prend régulièrement, ensuite lesquels occasionnellement.

Ici, Madame A. _____ m'a clairement indiqué de prendre deux comprimés de Cymbalta (antidépresseur) et 3 à 4 cps de Dafalgan tous les jours (pour ses douleurs).

Les résultats sont toujours à pondérer, mais l'absence sérique d'une substance montre tout de même une forte contradiction avec l'affirmation de prendre 3 à 4 comprimés tous les jours. Pour l'antidépresseur j'ai écrit: «est proche d'une non observance». Peut être j'ai été ici un peu trop «accentué», car effectivement il y a un niveau (bas) de la substance présent. Notons en passant que pour le Cymbalta (exception) les laboratoires ne disposent pas de métabolite pour définir dans quelle mesure la personne a pris le médicament dans le passé.

Mais ce résultat veut dire surtout qu'il existe une bonne marge thérapeutique pour une amélioration de la situation thymique si souhaité (cf page 21 de l'expertise). Un taux correct d'un antidépresseur a une forte chance d'une stabilisation sur le plan affectif. Par ailleurs, certains confrères utilisent le dosage pour vérifier et optimiser le traitement.

Avec mes constats je ne peux absolument pas me prononcer pour les autres médicaments prescrits ou mettre en doute l'observance générale de l'assurée en question. Ceci ne se trouve d'ailleurs nul part dans mon rapport.

Le terme «l'expert est ainsi impartial» de l'avocat n'a donc aucun fondement. Suivant les souhaits de Me Damond, j'ai demandé au laboratoire de faire un dosage du «Transtec». Malheureusement il n'y a pas de matériel suffisant restant et le laboratoire m'a envoyé un courrier (joint). Je n'ai pas estimé nécessaire de convoquer la patiente pour faire un dosage «averti».

2. La souffrance de Madame A. _____ est reconnue et décrite.

a) sur le plan subjectif: comme le relève justement Me Damond, j'ai noté ce qu'elle m'a transmis spontanément et sur questions, entre autres des pensées désespérées.

b) sur le plan objectif: il y a deux diagnostics reconnus qui «traduisent» cette souffrance.

C'est par contre une toute autre question de déterminer l'impact invalidant de cette souffrance. J'ai procédé ici à une évaluation et pondération nuancées sur plusieurs pages où interviennent des facteurs de fonctionnement de personnalité («éponge»), des facteurs physiques, psychologiques, extramédicaux, artefacts (benzodiazépines) et psychiatriques. Le diagnostic de dysthymie n'est pas simplement «rien» (bien qu'il «n'arrange par la visée de l'avocat»).

(...)

Dans les usages, un tel diagnostic de dysthymie donne lieu (selon la situation individuelle) à retenir une incapacité de travail entre 0 et 30%, alternativement aussi des diminutions de rendement du même ordre.

Après considération de tous les facteurs, j'ai de ce fait retenu une incapacité de travail de 20% (alternativement diminution de rendement). Après une nouvelle réflexion sur la situation et mes arguments exposés, je ne vois aucune raison de modifier mon appréciation."

j) Invité à se déterminer sur le courrier de l'expert R. _____ du 18 février 2010, l'OAI a indiqué le 12 mars 2010 n'avoir rien à ajouter à sa précédente écriture.

Se déterminant sur le courrier de l'expert R. _____ du 18 février 2010 par lettre du 21 avril 2010, la recourante a requis qu'il soit procédé à de nouvelles analyses sanguines, afin de constater qu'elle suit exactement la posologie relative aux médicaments qui lui sont prescrits, et qu'il soit nommé un nouvel expert judiciaire afin d'évaluer son état de santé psychiatrique en partant du postulat qu'elle est médicamentée.

Le 26 avril 2010, le juge instructeur a rejeté les requêtes de la recourante tendant à ce que soient effectuées de nouvelles analyses sanguines et une nouvelle expertise judiciaire psychiatrique, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical. Il a ainsi informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dans les meilleurs délais.

E n d r o i t :

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

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, 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) - entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD) -, qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA), par A. _____ contre la décision rendue le 7 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et donc applicable *ratione temporis* en l'espèce (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme

les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce

changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 155 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

3. a) En l'espèce, le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait retenu dans son rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 6 août 2006 (cf. lettre A.d supra) que la recourante présentait toute une série de symptômes d'un état dépressif chronifié, qui répondait aux critères d'une dysthymie (F 34.1 selon la CIM-10) mais qui n'occasionnait pas de limitations fonctionnelles incapacitantes justifiant une incapacité de travail durable; toutefois, en raison des séquelles d'un traitement médicamenteux sub-optimal qui entraînait une somnolence importante, la capacité de travail était réduite à 0%; après une correction du traitement, c'est-à-dire après le 1^{er} novembre 2006 (dès lors qu'il fallait deux mois pour oeuvrer à une diminution graduelle de la surdose de benzodiazépines prescrite), la capacité de travail serait à nouveau de 100% dans toute activité. En raison de l'appréciation divergente des médecins traitants de la recourante - à savoir du Dr T._____, spécialiste FMH en médecine générale à Yverdon-les-Bains (rapport médical du 24

mai 2004, lettre A.c supra; rapport médical du 23 juillet 2007, lettre B.b supra), et de la Dresse X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Yverdon-les-Bains (rapport médical du 18 mai 2004, lettre A.b supra; rapport médical du 30 juillet 2007, lettre B.b supra), qui estimaient en substance que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis le mois de mars 2003 en raison d'une fibromyalgie, respectivement d'un trouble somatoforme douloureux persistant, et d'un état dépressif chronique sévère -, la Cour des assurances sociales a confié une expertise judiciaire bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au Dr L._____, (pour le volet rhumatologique) et au Dr R._____ (pour le volet psychiatrique).

b) Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 26 août 2009 (cf. lettre C.d supra), l'expert L._____ a posé sur le plan somatique les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et de troubles disco-dégénératifs importants de L5-S1, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires et de gonarthrose gauche débutante. Il a expliqué que le trouble disco-dégénératif important de L5-S1 ne permettait d'expliquer qu'en partie la symptomatologie alléguée par l'assurée. La présence de nombreux signes comportementaux et des points de contrôles positifs évoquait un syndrome douloureux chronique, entité dont la prise en charge et le pronostic étaient similaires au diagnostic de fibromyalgie, auquel l'expert l'a préféré au vu du tableau clinique élargi dépassant le cadre d'une fibromyalgie. Se référant à l'examen spécialisé pour une éventuelle atteinte psychiatrique permettant d'expliquer le syndrome douloureux persistant, l'expert rhumatologue a considéré que sur le plan strictement somatique, compte tenu de la présence de la discarthrose importante de L5-S1, la capacité de travail de la recourante était de 80% dans une activité adaptée - à savoir une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout - et a précisé que l'activité antérieure d'ouvrière chez W._____ respectait les limitations fonctionnelles décrites (cf. lettre C.d supra).

Le rapport d'expertise rhumatologique du 26 août 2009 repose sur des examens complets, prend en compte les plaintes subjectives de la recourante et décrit clairement la situation médicale. Il ne contient pas de contradictions et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif qui permettraient d'en mettre en cause les conclusions bien motivées et convaincantes. Force est dès lors de lui reconnaître une pleine valeur probante et de constater que sur le plan strictement somatique, la recourante présente en raison d'une importante discartrhose de L5-S1 une capacité de travail réduite à 80% dans une activité adaptée, telle que son activité antérieure d'ouvrière chez W._____.

c) Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 26 octobre 2009 (cf. lettre C.e supra), l'expert R._____ retient quant à lui les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de trouble douloureux somatoforme (F45.4), en précisant que ce second diagnostic correspond au diagnostic de douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires formulé par l'expert rhumatologue et pour lequel ce dernier s'est référé à l'examen psychiatrique spécialisé. Au terme d'une analyse complète de la situation, l'expert R._____ est parvenu à la conclusion qu'en l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative - la dysthymie ne constituant pas une telle comorbidité -, il n'y avait formellement que peu d'impact sur la capacité de travail de l'assurée, une incapacité de travail de 20%, alternativement une diminution de rendement du même taux si l'assurée était dans une présence de 100%, pouvant être acceptée par le fait qu'une souffrance anxio-dépressive était documentée depuis longtemps. L'expert R._____ a souligné que ses constats étaient en définitive très proches de ceux qu'avait fait le Dr G._____ en mars 2006 (cf. lettre A.d supra) et qu'à part une aggravation temporaire d'au maximum quelques mois après l'annonce de la suppression de la rente (sorte de trouble d'adaptation transitoire), la situation n'avait depuis lors pas changé d'une manière substantielle (cf. lettre C.e supra).

Le rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 26 octobre 2009 contient une anamnèse complète (p. 3-5), les plaintes et descriptions subjectives de l'assurée, qu'elle a données spontanément ou sur question (p. 5-9), et un résumé du dossier et de l'historique médical (p. 9-11). Il décrit les constatations cliniques faites par l'expert au cours de deux entretiens (p. 12-16) et les résultats des examens sanguins effectués pour déterminer le taux sérique des deux principaux médicaments prescrits (p. 17). Il comporte ensuite une discussion approfondie dans laquelle l'expert expose clairement la situation médicale et motive dûment les conclusions auxquelles il parvient au terme d'une analyse circonstanciée de la situation. Ce rapport est complet, exempt de contradictions et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif dont l'expert judiciaire n'aurait pas tenu compte et qui permettrait de mettre en doute ses conclusions (cf. consid. 2c supra). L'expert explique dûment les raisons pour lesquelles le diagnostic de dysthymie, qui avait déjà été retenu par le Dr G. _____ en 2006 (cf. lettre A.d supra), doit être retenu en l'espèce plutôt que celui d'état anxio-dépressif chronique ou celui de trouble dépressif chronique, épisode actuel sévère, posés successivement par la Dresse X. _____, psychiatre traitant, dans ses rapports des 18 mai 2004 (cf. lettre A.b supra) et 30 juillet 2007 (cf. lettre B.b supra). On relèvera au demeurant que le diagnostic posé le 30 juillet 2007 par la Dresse X. _____ l'a été dans le cadre de la contestation du projet de décision du 21 février 2007 d'octroi d'une rente limitée dans le temps (cf. lettre B.a supra) et que l'expert R. _____ a évoqué dans ce contexte une aggravation temporaire de quelques mois après l'annonce de la suppression de la rente, sous la forme d'un trouble d'adaptation transitoire.

d) Par ailleurs, les arguments soulevés par la recourante pour mettre en doute le rapport d'expertise psychiatrique judiciaire (cf. lettre C.g supra) ne permettent nullement d'en écarter la force probante et une nouvelle expertise judiciaire, telle que requise par la recourante (cf. lettre C.j supra), ne se justifie pas. Au regard notamment des explications fournies par l'expert R. _____ dans son courrier du 18 février 2010 (cf. lettre C.i supra), force est de constater que le bas niveau de Cymbalta

(antidépresseur) constaté lors de l'analyse du dosage sérique - qui ne permet pas de définir dans quelle mesure la personne a pris le médicament par le passé - est un fait incontestable. L'appréciation selon laquelle, au vu du fait que le taux sérique de la substance antidépressive était en-dessous de la zone thérapeutique, l'assurée était proche d'une non-observance ne peut être comprise comme traduisant une attitude partielle de la part de l'expert. Celui-ci a au contraire expliqué dans son rapport que le fait - objectivement établi - que l'assurée prenait l'antidépresseur prescrit d'une manière insuffisante voulait surtout dire qu'il existait une large marge thérapeutique pour l'amélioration de la situation thymique (cf. lettres C.e et C.i supra). Par ailleurs, le fait que l'expert n'ait pas demandé de dosage du Transtec n'a aucune influence sur les résultats de l'expertise, en partant du principe que, comme la recourante l'affirme elle-même, elle prend régulièrement ce médicament. Enfin, l'affirmation selon laquelle l'expert R. _____ mettrait en doute les souffrances de la recourante n'a aucun fondement, le rapport d'expertise décrivant dûment les plaintes subjectives de l'expertisée et relevant la souffrance réelle constatée chez celle-ci. Le fait que l'expert retienne le diagnostic de dysthymie, soit une comorbidité seulement partielle et légère au syndrome douloureux somatoforme dont souffre la recourante, ne constitue pas une négation de sa souffrance mais conduit, à côté de l'appréciation des autres critères pertinents, à retenir que les troubles psychiques constatés ne peuvent être considérés comme invalidants au regard de la jurisprudence.

e) Sur ce dernier point, il convient en effet de rappeler que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il existe dans les cas de troubles somatoformes douloureux une présomption - qui a été étendue au diagnostic de fibromyalgie - selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet,

l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

En l'espèce, force est de constater, à la lumière des constatations ressortant du rapport d'expertise psychiatrique, que la recourante ne remplit pas les critères qui permettraient de retenir exceptionnellement le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail. Seule peut être retenue sur le plan psychiatrique une incapacité de travail de 20%, dont on doit considérer qu'elle recoupe l'incapacité de travail de 20% retenue sur le plan somatique. En effet, le

taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de l'addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale, au moyen généralement d'une expertise pluridisciplinaire (TFA I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.3 et les références citées; TFA I 207/04 du 23 juin 2004, consid. 7), telle qu'elle a précisément été ordonnée en l'espèce (cf. lettre C.c supra).

f) En définitive, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle retient que trois mois après l'adaptation du traitement médicamenteux préconisée par le Dr G._____ dans son rapport du 6 août 2006, soit dès le 1^{er} novembre 2006, la recourante aurait pu reprendre son activité habituelle ou toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques et mettre à profit une capacité de travail et de gain excluant le droit à une rente d'invalidité. En effet, comme on vient de le voir, il doit être retenu, au regard de l'expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique, que la recourante aurait pu dès cette date mettre à profit une capacité de travail raisonnablement exigible de 80% dans son activité habituelle, laquelle était adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques, de sorte qu'elle présentait désormais un degré d'invalidité largement inférieur à 40%, entraînant la suppression de la rente d'invalidité trois mois après l'amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; 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 LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 7 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.

- 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 :

- Me Laurent Damond, avocat (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :