

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Moyard et M. Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

T._____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée, par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____, née en 1964, a travaillé dès le 24 juin 1996 à 60 % au service d'entretien de l'Hôpital [...]. Souffrant de céphalées depuis 2001 environ qui se sont progressivement exacerbées, elle a présenté une incapacité totale de travail dès le 2 décembre 2004.

Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain la L._____ qui a versé des indemnités journalières maladie à 100 % du 2 décembre 2004 au 31 mai 2005, à 50 % du 1er juin 2005 au 6 juin 2005 et à 100 % du 7 juin 2005 au 5 mars 2006. En date du 21 février 2005, le Dr S._____, médecin traitant de l'assurée a indiqué à l'intention de l'assureur précité ce qui suit:

"Cette patiente présente de longue date des céphalées (possibles migraines) qui se sont aggravées depuis déc. 04. Ces dernières "pourraient" être aggravées par un état anxio-dépressif nié par la patiente. Mme T._____ a été adressée au service de neurologie du [...] pour contrôle qui aurait conclu à 1 migraine. Je suis dans l'attente de leurs conclusions".

Suite à l'avis médical du 28 avril 2005 du Dr Q._____, médecin conseil de la L._____, préconisant une reprise progressive de l'activité professionnelle soit à 30 %, puis à 60 %, l'intéressée a accepté de reprendre son emploi le 1^{er} juin 2005, mais a présenté le 7 juin 2005 un malaise avec perte de connaissance sur son lieu de travail (rapport du Dr S._____ du 14 juin 2005). En date du 22 juin 2005, le Dr X._____, médecin associé au service de neurologie du [...] a retenu le diagnostic de probable migraine chronique. Sans se prononcer, sur la capacité de travail de l'assurée, il a estimé qu'il y avait lieu d'augmenter le Saroten et de solliciter un avis psychiatrique, car "il y a un état anxio-dépressif qui semble assez sévère". Étant dans l'incapacité de juger du bien-fondé des symptômes avancés par sa patiente, à savoir des céphalées intenses, des douleurs dorso-lombaires irradiant dans la jambe et des malaises avec chutes, le Dr S._____ a poursuivi l'arrêt de travail sur la base de

l'anamnèse de l'assurée (avis médical du 30 juin 2005). Il a précisé qu'il avait à plusieurs reprises tenté de mettre en relation les douleurs de la patiente avec son état psychologique, mais qu'elle avait toujours nié un état dépressif. Par ailleurs, elle se présentait toujours à la consultation accompagnée de l'un de ses fils qui assurait la traduction, ce qui ne rendait pas toujours facile la prise de renseignements (avis médical du 1er septembre 2005). Dans un rapport du 30 novembre 2005, le Dr L. W. _____, chef de clinique et la Dresse P. _____ médecin assistante à [...] (O. _____) ont conclu ce qui suit:

“Nous nous trouvons en face d'une patiente qui souffre de céphalées, qu'elle perçoit comme très invalidantes. Mme T. _____ a peu de capacités d'élaboration et de verbalisation d'autres problèmes à part ses douleurs. Dans ce contexte, il nous est difficile de trouver un facteur déclenchant l'exacerbation de sa symptomatologie. Cependant, il est évident que Mme T. _____ présente des symptômes anxiodépressifs d'intensité légère à moyenne, qui accompagnent ses céphalées. Dans ces conditions, nous proposons à la patiente un nouveau traitement antidépresseur (par exemple Efexor), par rapport auquel Mme T. _____ et son fils se montrent assez réticents, disant que son problème n'est pas d'ordre psychique, ce qui rend notre tâche encore plus difficile”.

Sur la base de ces éléments, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne, a considéré que les morbidités présentées par T. _____ ne paraissaient pas justifier une incapacité totale de travail. Dès lors, il recommandait à la L. _____ de tenir compte d'une capacité de travail de 50 % (d'un poste à 60 %) dès le 1er janvier 2006 (avis médical du 22 décembre 2005).

En date du 20 janvier 2006, la L. _____ a décidé de mandater les Drs K. _____, spécialiste FMH en neurologie et M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au J. _____) à [...], pour la réalisation d'une expertise. Dans leur rapport du 24 février 2006, les experts ont posé les diagnostics de céphalées tensionnelles, de migraines sans aura, de possibles céphalées par abus médicamenteux et de syndrome douloureux chronique, voire troubles somatoformes douloureux. Ils ont estimé qu'une reprise de travail à 100 % était envisageable dès la date de l'expertise, le pronostic étant bon si l'assurée faisait des efforts.

Par lettre du 11 janvier 2006, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 avril 2006.

T._____ a déposé le 28 décembre 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une atteinte existant depuis octobre 2004 tout en se référant à son dossier médical pour la description de l'atteinte. Par avis médical du 10 avril 2006, le Dr S._____ a considéré que le diagnostic de migraine chronique avait des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, ce qui n'était pas le cas de la rhinite chronique à probable composante allergique, faible sensibilisation aux acariens domestiques et du status post opération des varices du membre inférieur droit. Ce praticien a constaté qu'on se trouvait devant une impasse avec une patiente déclarant être dans l'incapacité de travailler et des experts qui concluaient à sa capacité totale à reprendre son activité. Le Dr S._____ a également précisé que sa patiente avait déposé une demande AI sans l'en avoir informé.

B. Par décision du 15 juin 2006, l'OAI a considéré que l'assurée n'avait pas droit à des prestations. Se fondant sur les renseignements médicaux contenus dans le dossier, il a considéré qu'il n'y avait aucun élément permettant de retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Suite à l'opposition formée par l'intéressée, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR), qui a souhaité compléter l'instruction du dossier, car l'assurée alléguait souffrir d'une allergie à la poussière qui l'empêchait d'effectuer son ménage (avis médical du 31 mars 2008). Dans un rapport du 29 avril 2008, le Dr S._____ a indiqué que sa patiente présentait certes une allergie aux acariens domestiques, mais qui n'entraînait ni empêchements ménagers, ni limitations fonctionnelles dans l'activité d'employée de maison, ni réduction de la capacité de travail.

Par décision sur opposition du 10 juin 2008, l'OAI a confirmé sa décision antérieure, considérant que l'expertise médicale du J. _____ remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document, le Dr S. _____ ayant par ailleurs établi que l'allergie qu'elle présentait n'avait aucune conséquence sur sa capacité de travail.

C. a) En date du 9 juillet 2008, T. _____ interjette recours contre cette décision et conclut à l'annulation de la décision sur opposition, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire. Elle relève que sur le plan psychiatrique, il est fait état par ses médecins d'un trouble somatoforme douloureux persistant, d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de personnalité sensitive. Selon eux, ces troubles sont graves et influent de manière négative sur sa capacité résiduelle de travail. Enfin, la comparaison des revenus hypothétiques déterminants à la date de l'ouverture du droit éventuel à une rente, conduit à un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. Elle transmet à l'appui de son recours une attestation de suivi du 14 juillet 2008 établie par Madame C. _____, psychologue à Appartenances à Yverdon, ainsi qu'un certificat médical établi par le Dr S. _____ en date du 5 février 2009.

b) Dans sa réponse du 9 janvier 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il a considéré que la pièce dont se prévalait la recourante n'était pas une pièce médicale, puisqu'elle émanait d'une psychologue et non d'un psychiatre.

c) Dans sa réplique du 10 mars 2009, le mandataire de l'assurée a également conclu, mais de manière subsidiaire, à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il constate que l'existence d'un trouble somatoforme douloureux était admise par les experts, sans en tirer les conséquences. Ainsi, l'intimé ne pouvait pas considérer l'expertise réalisée par le J. _____ comme suffisamment étayée, plusieurs facteurs (comorbidité psychiatrique, perte d'intégration sociale) ayant au

demeurant été passés sous silence, alors que les constatations de l'O. _____ du 30 novembre 2005 n'ont pas du tout été discutées par le J. _____.

d) Dans sa duplique du 20 avril 2009, l'intimé a confirmé son écriture du 9 janvier 2009 sans formuler d'observations.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 9 juillet 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable aux causes pendantes devant les autorités de justice administratives à cette date (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la

législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante, de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2) en l'occurrence le 20 août 2008. Les modifications consécutives à la 5^e révision de la LAI n'ont par conséquent pas à être prises en considération dans le présent cas.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1 janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils sont posés.

3. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui; si cette perte résulte d'une atteinte à sa

santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions, de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. En l'espèce, est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Cette dernière soutient qu'elle présente un trouble somatoforme douloureux, ainsi qu'une allergie aux acariens. Ces atteintes l'empêchent de reprendre une activité professionnelle en qualité de nettoyeuse.

a) Si les différents praticiens s'accordent à dire que la recourante présente une pathologie dorso-lombaire consécutive à des céphalées, ainsi qu'un syndrome douloureux, ils divergent s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée compte tenu des atteintes qu'elle présente. Il y a dès lors lieu de déterminer si le tableau douloureux présenté par l'assurée relève d'une pathologie objectivable sur le plan somatique ou d'un trouble somatoforme douloureux.

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

5. Pour statuer sur le droit à la rente, l'OAI s'est référé au rapport d'expertise neuro-psychiatrique du 24 février 2006 établi par les Drs K._____, spécialiste FMH en neurologie, et M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui ont été mandatés par l'assureur perte de gain. Le Dr K._____ a indiqué que l'examen neurologique n'avait révélé aucune anomalie (rapport d'expertise, p. 13). Le Dr X._____, médecin au service de neurologie du [...], était également arrivé à cette conclusion, précisant que l'IRM cérébrale effectuée était normale (rapport médical du 22 juin 2005). Le dossier radiologique constitué, ainsi que les rapports des praticiens précités ne mettent dès lors en évidence aucun substrat anatomique ou biologique cohérent pouvant expliquer les plaintes perpétuelles et réfractaires de l'assurée.

6. Il convient dès lors d'examiner si, à la lumière des critères dégagés par la jurisprudence, le diagnostic de syndrome douloureux chronique, voire de trouble somatoforme douloureux posé par les experts permet de retenir une invalidité.

a) Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352

consid. 3.3.1 et la référence p. 358). 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-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2).

Une expertise psychiatrique s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; Tf du 23 mai 2007 I 533/06 consid. 3.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

A cet égard, selon le Tribunal fédéral, la mission de l'expert consiste à apporter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 132 V 65). Dans cet arrêt, la Haute Cour a encore rappelé que l'absence de toute comorbidité psychiatrique n'était pas suffisante pour conclure à l'existence d'une capacité de travail, car si ce critère est d'importance, il n'était toutefois pas exclusif (ATF 132 V 73 consid. 5.1).

b) En l'espèce, le diagnostic de syndrome douloureux chronique, voire trouble somatoforme douloureux n'émane pas d'un spécialiste en rhumatologie, mais en neurologie. Le Dr K._____ s'est ainsi limité à relever un contexte douloureux chronique centré au niveau cervical et lombaire compte tenu des plaintes de l'assurée. Il a ajouté que la palpation des nerfs crâniens et de la nuque avait permis la reproduction de certaines plaintes relevées à l'anamnèse. L'assertion du Dr Q._____ qui n'est pas un spécialiste en rhumatologie, selon laquelle l'assurée présente une hyperlordose et une irradiation douloureuse au niveau de la région lombaire (rapport du 28 avril 2005), n'est pas suffisante pour déterminer avec précision si l'assurée présente un trouble somatoforme douloureux.

Sur le plan psychiatrique, l'analyse du cas est peu précise, voire lacunaire. Ainsi, les Drs W._____ et P._____ de l'O._____ ont indiqué que la recourante présentait des troubles anxiodépressifs d'intensité légère à moyenne qui accompagnaient les céphalées (rapport du 30 novembre 2005), élément corroboré par Mme C._____ qui a expliqué qu'en raison d'un trouble dépressif, l'intéressée avait des entretiens psychothérapeutiques mensuels depuis le 20 septembre 2007 (rapport du 14 juillet 2008). Pour sa part, le Dr M._____ a exclu toute pathologie grave et invalidante, tout en préconisant une prise en charge spécialisée. Il a ainsi relevé que "le discours est peu précis, mais le processus de pensée ne montre rien qui laisse suggérer une pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou actuellement décompensée". S'étant

cependant limité à déterminer si l'assurée présentait une atteinte psychique grave, le Dr M._____ n'a notamment pas examiné si la recourante, compte tenu compte des critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3, p. 70 et 71), était en mesure de fournir, au moment de la décision litigieuse, l'effort de volonté raisonnablement exigible en vue de surmonter les effets de ses douleurs. Le Dr M._____ s'est en effet contenté d'indiquer que le pronostic était bon, si l'assurée faisait des efforts, élément largement insuffisant pour pouvoir se déterminer en toute connaissance de cause.

c) Enfin sur le plan somatique, la recourante soutient que l'activité qu'elle exerçait, soit celle d'employée de maison, n'est plus adaptée en raison d'une allergie aux acariens domestiques. Si dans son rapport du 1^{er} février 2008, le Dr S._____ a estimé que ladite allergie n'entraînait ni empêchement ménager, ni limitation fonctionnelle, ni réduction de la capacité de travail dans l'activité d'employée de maison, il a précisé dans un rapport du 5 février 2009 que la tentative de désensibilisation réalisée par la Dresse N._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique avait échoué et péjorait l'état de santé de sa patiente une bonne partie de l'année. En effet, l'utilisation de médicaments anti-allergiques pouvait provoquer une certaine somnolence amenant parfois à interrompre le travail, mais ne contre-indiquait pas une activité adaptée à cette affection. Au vu de ces éléments, la Cour de céans ne saurait, en l'absence d'un avis émanant d'un spécialiste, retenir que l'assurée est en mesure de reprendre son ancienne activité d'employée de maison malgré l'utilisation de médicaments ou si une activité adaptée est rendue nécessaire compte tenu de cette atteinte.

7. Dans ces conditions, la Cour de céans constate que le dossier tel qu'il est constitué ne lui permet pas de statuer en toute connaissance de cause sur l'existence ou non d'un trouble somatoforme douloureux et sur son éventuel caractère invalidant. L'absence d'investigation par l'intimé sur le plan rhumatologique et psychiatrique, alors que le

diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé par les experts mandatés par l'assureur perte de gain, ne permet pas de trancher le litige de façon sûre. Par ailleurs, faute d'une évaluation circonstanciée rendue par un médecin spécialiste des problèmes relatifs aux allergies, l'instruction médicale apparaît incomplète, car elle ne permet pas de déterminer avec précision l'incidence de ces troubles, ainsi que l'impact de la prise de médicaments sur la capacité de travail de l'assurée. Il convient donc de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

Il n'est en effet pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

Le recours étant admis, dans le sens ci-dessus, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue 10 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V. Une indemnité de dépens fixée à 2'000 fr. est allouée à la recourante à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :