

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Jomini et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Perret

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourante, représentée par l'avocat Raphaël Tatti,
à Lausanne.

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** S._____, née le 9 août 1945, a travaillé en qualité de secrétaire à l'Etat de Vaud du 18 mars 1996 au 28 février 2001. A partir du 1^{er} août 1998, son contrat de travail concernait un taux d'activité de 60 pour-cent. Depuis le 1^{er} mars 2001, elle a touché des indemnités de chômage. Le 2 mars 2001, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison de problèmes aux jambes, aux genoux, au dos et d'une dépression. L'OAI a alors demandé les renseignements médicaux nécessaires aux médecins consultés. Dans un rapport du 5 juin 2001 à l'OAI, le Dr N._____, psychiatre, attestait une incapacité de travail de 40 % dès le 1^{er} août 1998 en raison d'une dysthymie avec troubles hypochondriaques sur probable épine organique chez une personnalité de structure limite.

Dans un rapport du 6 juin 2001 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée, le Dr P._____, attestait une incapacité de travail de 40 % en raison d'un état dépressivo-anxieux chronique avec troubles somatoformes douloureux des deux membres inférieurs. Le Dr P._____ relevait que les examens effectués par de nombreux spécialistes n'avaient pas mis en évidence de pathologie compatible avec l'importance de la symptomatologie douloureuse; les examens angiologiques, neurologiques, orthopédiques et rhumatologiques avaient en effet tous été considérés comme normaux et ce à plusieurs reprises.

Dans un rapport d'examen du 29 juillet 2002, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé qu'il n'existait pas d'incapacité de travail sur le plan somatique dans la profession exercée, mais que le rapport du Dr N._____ mettait bien en lumière l'incapacité de l'assurée à exercer une activité à plein temps pour raison psychiatrique, de sorte que l'incapacité de travail de 40 % attestée était médicalement justifiée.

Sur la base de ces avis médicaux, l'OAI a, par décision du 10 janvier 2003 entrée en force, reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente dès juillet 1999 en raison d'un degré d'invalidité de 40 pour-cent.

b) Le 23 août 2004, l'assurée a demandé la révision de son droit à la rente en raison d'une aggravation de son état de santé. L'atteinte à la santé était décrite principalement par les termes de "douleurs intolérables du rachis, jambes, blocage et immobilité totale, douleurs à l'aine, bas-ventre, hanche". Elle indiquait être en arrêt de travail depuis le 6 juillet 2004.

L'OAI a alors à nouveau recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins de l'assurée.

Dans un rapport à l'OAI du 5 octobre 2004, le Dr M._____, nouveau médecin traitant de l'assurée, atteste une incapacité de travail de 100 % dès le 5 juillet 2004 en raison d'intenses syndromes douloureux lombaires et des membres inférieurs sans corrélation claire avec un substrat organique et d'un état dépressivo-anxieux chronique sévère avec troubles hypocondriaques.

Dans un rapport du 4 décembre 2004, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, atteste une incapacité de travail de 100 % depuis le 3 août 2004 en raison de lombosciatalgies droites invalidantes, de gonalgies bilatérales et de troubles de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive.

Dans un rapport du 26 juillet 2005, le Dr N._____ atteste une incapacité de travail de 90 % dans la profession de secrétaire dès le 1^{er} juillet 2004 en raison d'un syndrome douloureux chronique rachidien et des membres inférieurs dans le cadre d'une dysthymie avec troubles hypocondriaques.

Dans un avis médical du 6 octobre 2005, le SMR considère que le rapport du Dr N._____ n'apporte aucun élément médical objectif en

faveur d'une aggravation, les diagnostics étant inchangés et les symptômes décrits étant les mêmes que ceux décrits dans le rapport de ce praticien du 5 juin 2001.

Par décision du 13 octobre 2005, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR, a refusé d'augmenter la rente d'invalidité au motif que les rapports médicaux au dossier ne démontraient pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, l'augmentation de l'incapacité de travail alléguée par le Dr N._____ étant liée à la perte d'un emploi, ce qui n'était pas un facteur médical.

c) Par décision sur opposition du 20 décembre 2006, l'OAI a considéré que l'opposition de l'assurée, qui se référait aux rapports médicaux au dossier pour alléguer une incapacité de travail totale depuis le 3 août 2004 et conclure en conséquence à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2004, n'amenait aucun élément susceptible de modifier sa position, dès lors qu'il ressortait clairement des nombreuses pièces médicales au dossier qu'il n'existait aucune atteinte à la santé sur le plan somatique qui expliquât l'importance de la symptomatologie douloureuse, le rapport du Dr M._____ confirmant que l'assurée présentait un syndrome douloureux sans substrat organique clair.

L'OAI a considéré, sur le vu des pièces médicales au dossier, qu'il n'existait aucune contre-indication objective sur le plan somatique à l'exercice de la profession de secrétaire ou d'enseignante. C'était donc en raison de troubles psychiques qu'une incapacité de travail était justifiée. Toutefois, comme le relevait le SMR dans son avis médical du 6 octobre 2005, les rapports médicaux recueillis suite à la demande de révision du 23 août 2004 n'apportaient aucun élément médical objectif permettant de retenir une aggravation de l'état de santé sur le plan psychique justifiant une incapacité totale de travail. Force était de constater, comme le relevait le Dr M._____, que l'aggravation de l'état de santé consistait en une augmentation de la symptomatologie douloureuse, ce qui ne suffisait pas, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2), pour justifier une invalidité.

B. **a)** S._____, représentée par l'avocat Raphaël Tatti, a recouru par acte du 1^{er} février 2007 contre cette décision sur opposition. Elle fait valoir que les conditions d'une révision selon l'art. 17 LPGA sont incontestablement données en l'espèce (pp. 2-3). S'agissant des troubles physiques, l'autorité intimée se méprendrait lorsqu'elle indique que, faute de substrat organique clair, ils n'influenceraient pas la question de l'augmentation de la rente d'invalidité. A cet égard, la recourante se réfère à la jurisprudence relative à la reconnaissance des troubles somatoformes douloureux et soutient que tous les critères à la reconnaissance du caractère invalidant de tels troubles seraient présents dans l'ensemble du dossier (pp. 4-5). En outre, l'état psychique de la recourante se serait également fortement dégradé depuis 2004, comme en attesterait notamment un certificat médical du Dr M._____ du 30 janvier 2007 produit à l'appui du recours (p. 6). Enfin, la convergence des avis des trois médecins qui l'ont examinée (à savoir les Drs M._____, N._____ et T._____) à lui reconnaître une incapacité de travail de 90 % à 100 % aurait dû entraîner une acceptation de la demande d'augmentation de rente (p. 6). La recourante requiert une expertise médicale par un médecin indépendant et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2004.

L'avance de frais de 1'000 fr. a été effectuée.

b) Dans sa réponse du 20 mars 2007, l'OAI n'a pas contesté que la recourante présente un trouble somatoforme douloureux pouvant être considéré comme invalidant, la décision du 13 septembre 2002 ayant reconnu un taux d'invalidité de 40 % ouvrant le droit à un quart de rente, en raison d'une dysthymie avec trouble hypocondriaque chez une personnalité limite et instable et d'un trouble somatoforme douloureux. En revanche, la recourante n'apporterait aucun élément en faveur d'une aggravation dudit trouble ou de sa comorbidité psychiatrique susceptible de justifier l'augmentation de sa rente. L'aggravation de l'état de santé consisterait uniquement en une augmentation de la symptomatologie douloureuse. En l'absence d'aggravation objective de l'état de santé sur le

plan somatique ou psychiatrique, il ne serait pas possible d'admettre une péjoration de l'état de santé de la recourante susceptible de modifier son droit à la rente. L'OAI conclut dès lors au rejet du recours.

c) Par réplique du 31 mai 2007, la recourante se réfère à un rapport du Dr M. _____ du 14 mai 2007, qu'elle produit en annexe, dans lequel celui-ci précise que si le diagnostic n'a pas substantiellement changé, les symptômes afférents au syndrome se sont aggravés, de même que l'état anxio-dépressif. Elle se réfère également à un rapport du 24 avril 2007 du Dr T. _____, dans lequel ce praticien expose qu'il y a un remaniement structurel de l'axe cervical qui peut expliquer le comportement récurrent des symptômes douloureux et conclut que la recourante ne présente pas une capacité de travail supérieure à 30 pour-cent. La recourante réitère ainsi formellement ses conclusions tendant à la mise sur pied d'une expertise médicale.

d) Par duplique du 12 juillet 2007, l'OAI constate que suite au nouveau diagnostic du Dr T. _____ sur une nouvelle atteinte ayant été un facteur fortement limitant en 2006 déjà, il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise judiciaire sur le plan rhumatologique pour déterminer les répercussions de cette nouvelle atteinte sur la capacité de travail de la recourante. En revanche, sur le plan psychiatrique, les rapports produits par la recourante n'apporteraient rien de nouveau. L'intimé maintient par conséquent sa position.

C. **a)** Une expertise judiciaire rhumatologique a été confiée au Dr Q. _____, qui a déposé son rapport d'expertise le 17 décembre 2007. De ce rapport ressortent notamment les constatations suivantes :

"RÉSUMÉ

Le trait marquant de ce dossier est caractérisé par le nombre très élevé de médecins de diverses spécialités consultés. Tous s'accordent pour reconnaître aux plaintes multiples une origine fonctionnelle (absence de réelle origine organique) chez cette patiente connue pour son passé psychiatrique. Dans ce concert harmonieux, le Dr T. _____ fait exception, étant le seul à reconnaître une incapacité de travail totale, non seulement pour

raisons psychiatriques, mais récemment aussi et surtout pour raison somatique en l'occurrence une disco-uncarthrose étagée de C4 à C6.

La patiente me dit ressentir des cervico-scapulalgies bilatérales depuis janvier 2007. Toutefois, la 1^{ère} IRM cervicale date du 2 novembre 2000 [et a été] effectuée selon le rapport radiologique pour des cervico-brachialgies droites non déficitaires.

L'examen neurologique actuel est normal, sans déficit sensitif ou moteur. L'examen cervical témoigne d'une nette limitation **active** de la mobilité de la tête. La mobilisation passive est difficile à apprécier car vite limitée par des cervicalgies. Ces dernières sont (*sic*) aussi été provoquées lors des tests de Waddell de la région lombaire (test qui mobilise passivement le rachis d'un seul tenant sans mobilisation spécifique de la tête). A noter par ailleurs d'autres manifestations de non-organicité, notamment lors de l'analyse du segment lombaire.

Les radiographies témoignent incontestablement d'une aggravation des lésions dégénératives C4-C5 et C5-C6 et l'apparition d'une discopathie C3-C4. Elles ne contraignent néanmoins pas la moelle épinière, ni les racines des M.S.

RÉPONSES AUX QUESTIONS

A. QUESTIONS CLINIQUES

1. Anamnèse :

[...]

Evolution de la maladie et résultats des thérapies :

Les plaintes ont toujours été diffuses, peu spécifiques et non organiques, si ce n'est les cervicalgies dont l'origine somatique est certaine et dont l'amplification pour raisons fonctionnelles est indiscutable. Toute thérapie a été vouée à l'échec.

[...]

4. Diagnostics :

4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Syndrome douloureux chronique rachidien et des M.I. dans le cadre d'une dysthonie avec troubles hypochondriaques (26.7.2005, Dr N. _____, psychiatre), présents depuis 1985.

Cervico-scapulo-brachialgies bilatérales connues depuis 2000, sur troubles dégénératifs étagés du segment cervical, compliqués de troubles somatoformes douloureux chroniques.

5. Appréciation du cas et pronostic:

La maladie psychiatrique prédomine incontestablement la maladie organique. Comme nombre de médecins qui l'ont exprimé, on peut affirmer que le pronostic est très réservé, non pas pour la maladie organique, mais pour la maladie psychiatrique.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Limitations en relation avec les troubles constatés :

Physiquement :

Ils sont modestes en ce qui concerne le rachis et en particulier le segment cervical, quand bien même les lésions dégénératives, auparavant limitées à deux disques C4-C5 et C5-C6, concernent aussi C3-C4. Ces lésions restent toutefois relativement modestes.

Psychiquement et mentalement :

Elles me paraissent très importantes Je ne me sens néanmoins pas suffisamment compétent pour les apprécier à leur juste valeur, raison pour laquelle je suggérerais **une expertise psychiatrique**.

Socialement :

Aucune qui ressorte du dossier.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

La patiente est en incapacité de travail à 100 % depuis le 3.8.2004 (Dr T. _____).

[...]

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?

Oui du point de vue organique (rhumatologique). Quand bien même les lésions discales dégénératives sont étagées, leur importance reste modérée. La dernière activité professionnelle de la patiente était secrétaire à 50 %, ce qui est parfaitement compatible avec l'atteinte organique cervicale.

2.4. Y a-t-il une diminution du rendement?

De 20 %.

[...]

C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Non. La dernière activité professionnelle de la patiente était secrétaire à l'Etat de Vaud, activité adaptée à ses lésions organiques.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Oui d'un point de vue organique, [...], non pour raisons psychiatriques.

2.1. Si oui, par quelle mesure?

La composante organique dégénérative des différentes localisations touchées, notamment cervicale, est susceptible de répondre à un traitement de physiothérapie, mais pour des raisons psychiatriques et somatoformes douloureuses, le programme organisé judicieusement par le Dr T._____ a échoué. Si des moyens auxiliaires ne paraissent pas susceptibles de l'aider, l'adaptation du poste de travail est toujours bénéfique.

2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Nulle, puisque l'incapacité de travail est essentiellement due à une pathologie psychiatrique.

[...]

REMARQUES :

L'ensemble du dossier de la cause sinon le rapport du Dr T._____, mon anamnèse et mon examen clinique lors de ma consultation et le dossier radiologique témoignent de l'absence d'une origine organique suffisante pour étayer une incapacité totale de travail à son dernier poste comme secrétaire. En revanche, l'origine psychiatrique et la composante somatoforme douloureuse chronique me paraissent des arguments suffisants. On peut dès lors s'étonner que la dernière appréciation psychiatrique (Dr N._____) trouvée dans le dossier de la cause remonte au 24 juillet 2005. Une appréciation spécialisée paraît incontournable pour une analyse complète du cas."

b) L'OAI s'est déterminé le 21 janvier 2008 sur l'expertise Q._____, en relevant que les limitations sur le plan rhumatologique étaient modestes et en considérant qu'il n'y avait pas lieu de mettre sur pied une expertise psychiatrique.

La recourante s'est déterminée le 21 janvier 2008, en requérant la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, comme préconisé par l'expert lui-même.

c) Une expertise judiciaire psychiatrique a ainsi été confiée au Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a déposé son rapport le 7 novembre 2008. Il en résulte notamment ce qui suit :

"Diagnostics

[...]

Phobie sociale (F40.1)

Trouble panique avec agoraphobie (F40.01)

Trouble anxiété généralisée (F41.1)

Trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, sans caractéristiques psychotiques) (F33.2)

selon les critères et la dénomination exacte des ouvrages de référence.

Appréciation finale

[...]

Appréciation diagnostique

Pour tenter de décrire les troubles psychiques de l'assurée de façon exhaustive, il paraît maintenant justifié de retenir un trouble dépressif et diverses entités du chapitre des troubles anxieux. Pour le soussigné [réd. : l'expert], l'état dépressif est actuellement tellement sévère et typique qu'il écrase le syndrome douloureux somatoforme persistant, conformément à ce qui est prévu dans les critères diagnostiques de la CIM-10.

- *Troubles anxieux*

L'investigation ciblée a mis en évidence des crises qui rejoignent les critères d'une attaque de panique. Ces crises se manifestent par des vertiges, des palpitations, de l'oppression thoracique, des difficultés à respirer et à avaler et la crainte de perdre le contrôle ou de devenir fou.

Ces crises peuvent survenir sans crier gare. Ces crises et la peur de ces crises surviennent aussi dans des situations sociales. L'assurée évite les situations où elle pourrait être regardée, dévisagée, critiquée et où elle devrait parler ou agir en public. Cette présentation clinique vaut pour la *phobie sociale*. Le trouble est d'autant plus manifeste que Mme S. _____ avait auparavant des postes de responsabilité avec des exigences de performances en public.

L'assurée évite aussi les situations de foule et de confinement. On peut dès lors parler de *trouble panique avec agoraphobie*, au sens du DSM-IV-TR.

[...], ces troubles n'ont pas été mentionnés au dossier. Les sujets en cause évitent souvent de parler de leurs troubles phobiques par crainte de s'y exposer. Ils peuvent en avoir honte. Ils ne les identifient pas non plus comme une maladie à laquelle le système de soins pourrait répondre par une aide appropriée et ne voient dès lors pas d'intérêt à les mentionner spécifiquement. Il n'est pas rare que ces troubles n'apparaissent dans la rubrique diagnostique qu'après un examen par un spécialiste qui a appris à les rechercher systématiquement. Ces troubles anxieux peuvent cependant

engendrer des incapacités qui, pour le soussigné, sont souvent sous-évaluées.

Par ailleurs, l'expertisée présente aujourd'hui les critères du *trouble anxiété généralisée*. Il y a les soucis excessifs ressentis comme tels sous la forme d'une constante anticipation anxieuse. L'assurée dit aussi avoir constamment l'impression d'être tendue et à bout. La chose est d'ailleurs rapportée au dossier. L'expertisée se dit irritable, en particulier avec son époux. Elle dit présenter une tension musculaire importante et anormale qui peut d'ailleurs contribuer aux douleurs. Elle a par ailleurs des symptômes d'insomnie. Le tout vaut donc sans conteste pour le *trouble anxiété généralisée* selon les réquisits du DSM-IV-TR.

- *Trouble dépressif*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des *troubles de l'humeur* qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les *troubles bipolaires* et les *troubles dépressifs majeurs* sont les maladies les plus graves. La *dysthymie* et la *cyclothymie* caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

La CIM-10 et le DSM-IV-TR ont des critères diagnostiques superposables. Pour le DSM-IV-TR, l'épisode dépressif est diagnostiqué par la présence de 5 symptômes dont au moins l'un d'entre eux est un critère cardinal. Les deux critères cardinaux sont soit une humeur dépressive (1), soit une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir (2), la plupart du temps, tous les jours et au minimum pendant 2 semaines.

Les autres signes et symptômes possibles sont au nombre de 7. Ce sont l'insomnie ou l'hypersomnie (1), l'agitation ou le ralentissement psychomoteur (2), la fatigue ou perte d'énergie (3), le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (4), l'indécision ou la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (5), des idées de mort récurrentes (6) et enfin la perte ou le gain de poids significatif (en l'absence de régime) ou la diminution ou l'augmentation de l'appétit (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère.

Dans le cas présent, l'assurée présente manifestement une symptomatologie dépressive. Il y a les deux critères cardinaux requis par le DSM-IV-TR, à savoir la tristesse et la perte d'intérêt la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. L'auto-dévalorisation et la culpabilité pathologique sont marquées. Il y a d'autres éléments comme la fatigue, la fatigabilité, la perte d'énergie, les idées de mort avec scénarios, les difficultés à penser et à se concentrer ainsi qu'un net ralentissement psychomoteur. On a enfin les troubles du sommeil et un "dérèglement" de l'appétit. On doit par conséquent retenir un épisode dépressif au sens des

ouvrages de référence. La sévérité du tableau clinique va bien au delà d'une simple pathologie réactionnelle (trouble de l'adaptation). L'impression clinique et l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton permettent d'ailleurs de qualifier l'épisode dépressif actuel de sévère.

Comme il n'y a pas [de] notion de périodes d'élation de l'humeur (état maniaque ou hypomaniaque), le trouble bipolaire peut être exclu. L'histoire de l'assurée parle tout de même pour des épisodes dépressifs antérieurs (post-partum du premier enfant et début des années 80). Il paraît dès lors justifié de retenir la récurrence, bien qu'il n'y ait pas de certitude à ce sujet.

Au vu de ce qui précède, on doit finalement poser un diagnostic de *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, sans caractéristiques psychotiques)*.

- *Exclusion du syndrome douloureux somatoforme persistant*

En 1989, la CIM-10 a introduit le sous-chapitre des troubles somatoformes dans celui des "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" qui portent les codes F40 à F48. Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) y trouve sa place parmi le *trouble somatisation*, le *trouble somatoforme indifférencié*, le *trouble hypochondriaque* et le *dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme*. Le chapitre mentionne encore les troubles résiduels que sont les *autres troubles somatoformes (F45.8)* et le *trouble somatoforme sans précision (F45.9)*.

La CIM-10 définit actuellement le syndrome douloureux somatoforme persistant en passant par les étapes diagnostiques A et B figurant au Tableau 1 ci-après.

Tableau 1 :

Le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10, 1989)

- A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient.
- B. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur (affectif) (F30-F39), d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2).

Dans le cas présent, l'assurée rapporte des plaintes somatoformes depuis de nombreuses années. Il s'agit essentiellement de douleurs. La chose a pu valoir pour un syndrome douloureux somatoforme persistant. Comme cela a été souligné plus haut, il n'y a pourtant jamais eu ici d'évaluation circonstanciée par un médecin psychiatre FMH et selon les us et coutumes des ouvrages diagnostiques de

référence actuels. Quoi qu'il en soit, on peut admettre une telle pathologie jusqu'à ces dernières années, bien [que] le doute soit permis.

Actuellement, le trouble dépressif est grave. Sa sévérité est manifeste tant par l'impression clinique que par les instruments d'évaluation usuels (critères de la CIM-10 ou échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton). L'assurée se présente bien plus comme une dépressive que comme une douloureuse chronique. Pour le soussigné, on est indiscutablement dans la situation où s'applique le critère d'exclusion prévu au paragraphe B du tableau 1 définissant le syndrome douloureux somatoforme persistant. On est aujourd'hui dans le cas de figure où un trouble de l'humeur (affectif) est suffisamment grave et typique pour exclure le trouble somatoforme.

Au passage, il peut être utile de rappeler que l'existence de *symptômes de douleur corporelle (pain physical symptoms)* liée à la dépression ne fait guère de doute. Elle relève de différents modèles théoriques, de l'expérience clinique et des données épidémiologiques. Elle apparaît déjà dans les ouvrages diagnostiques de référence.

Si la CIM-10 ne mentionne que les éléments d'*hypochondrie* que peut signifier la dépression, le DSM-IV-TR est plus explicite. Il rapporte que les épisodes dépressifs voient certains sujets mettre l'accent "sur les plaintes somatiques (par exemple souffrance et douleurs corporelles) plutôt que sur le sentiment de tristesse". Il mentionne aussi les éléments hypochondriaques sous la forme de "préoccupations excessives sur leur santé physique et des douleurs (par exemple céphalées, douleur dans les articulations, l'abdomen ou autres)". Enfin, le DSM-IV-TR souligne que dans certaines cultures, la dépression peut être vécue "plutôt en termes somatiques qu'en termes de tristesse" et que certaines présentations "mêlent les caractéristiques des troubles dépressifs, anxieux et somatoformes".

[...]

Appréciation asséculoologique

Au vu de l'évolution diagnostique, il n'y a pas lieu de reprendre ici les règles en vigueur en cas de trouble somatoforme. Un syndrome douloureux somatoforme persistant doit aujourd'hui être écarté, dans la mesure où l'on respecte scrupuleusement les critères de la CIM-10. On se trouve dès lors face à une seule pathologie anxieuse et dépressive qui a les caractéristiques de sévérité qui valent pour une incapacité de travail.

Les éléments anxieux (phobie sociale, agoraphobie) limitent les activités de l'assurée. Elle est tout de même forcée d'éviter certaines situations sociales, de foule et de confinement. Elle doit déployer une énergie considérable pour affronter ces situations, s'il y a lieu. Le trouble a ses conséquences dans une éventuelle activité professionnelle, d'autant plus si l'assurée devait avoir des postes de responsabilité. Le trouble anxiété généralisée gêne à travers une certaine fatigue, l'irritabilité et des difficultés dans la prise de décisions.

Le trouble dépressif est aussi incapacitant. Il y a les difficultés à penser et à se concentrer. Il y a le ralentissement psychomoteur. Il y a la mauvaise estime de soi (auto-dévalorisation) qui peut fortement limiter l'assurée dans sa capacité de faire des projets et de les mener à terme, aussi petits soient-ils. Il y a la perte d'intérêt avec sa conséquence de démotivation. Il y a enfin la fatigue, la fatigabilité, la perte d'énergie et les conséquences d'une insomnie tout de même rebelle.

L'assurée conserve néanmoins des ressources. Elle peut difficilement mais peut tout de même collaborer correctement à une investigation psychiatrique de plus d'une heure trente. Elle a pu venir seule de Lausanne à Sion à deux reprises, sans avancer de difficultés particulières, hormis la fatigue. Elle semble capable de collaborer de façon autonome aux soins médicaux qui lui sont proposés. Bref, le soussigné est persuadé que Mme S. _____ garde quelques ressources et conserve, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail résiduelle.

Puisqu'il faut chiffrer, le soussigné retient ici une incapacité de travail de 60 % au moins pour le seul plan psychiatrique. Celle-ci ne s'additionnerait pas forcément à ce qui proviendrait des limitations somatiques puisqu'il s'agit de deux domaines différents qui ne sont pas forcément cumulables. Sur le plan psychiatrique, on peut admettre que l'expertisée garde une capacité de travail de 40 % exigible dans ses activités antérieures de gestion et d'organisation.

Il est difficile de fixer le début de cette aggravation. Des entretiens avec le Dr T. _____ et le Dr M. _____, il semble bien que 2006-2007 aient été un tournant. La chose rejoint les dires de l'assurée, bien qu'elle soit moins catégorique. Puisqu'il faut donner des dates, le soussigné propose de retenir une incapacité de travail psychiatrique de 40 % jusqu'au 31.12.2006 et de 60 % depuis lors. Cette incapacité n'a probablement pas varié dans sa moyenne depuis le début 2007, même si on sait que l'expertisée peut avoir ses hauts et ses bas. La situation est vraisemblablement fixée pour une longue durée, voire définitivement fixée.

Actuellement, le soussigné n'a guère de propositions à faire sur le plan médical. Le traitement est probablement optimal tant en qualité qu'en quantité. Une médication psychotrope est prescrite à posologie suffisante. Il est peu vraisemblable que l'expertisée soit accessible à un travail psychothérapeutique d'introspection, au vu de la longue évolution des troubles, d'une situation qui s'est vraisemblablement figée et, tout de même, de plus de 10 ans de psychothérapie analytique. Quelques séances de thérapie cognitive (gestion du stress, de la douleur, anxiété et dépression) pourraient être utiles en termes de qualité de vie, sans plus.

Sur le plan professionnel, le soussigné n'a pas de propositions à faire en l'état.

Conclusions

En conclusion, l'expertisée est une femme de 53 ans [recte : 63 ans] qui a une longue histoire de troubles psychiatriques. S'il y a notion

d'épisodes dépressifs (post-partum et début des années 80), le tableau clinique a tout d'abord été somatoforme, même si un diagnostic de ce chapitre n'a jamais été posé par un médecin psychiatre FMH, à la connaissance du soussigné.

La pathologie psychiatrique paraît avoir progressivement évolué vers un tableau anxieux et dépressif significatif. Depuis 2007, le trouble dépressif est manifestement prépondérant. Il écrase les plaintes somatoformes. Pour le surplus, cette assurée présente une pathologie anxieuse sévère qui n'a pas été formellement diagnostiquée jusqu'ici.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient une incapacité de travail psychiatrique de 60 % au moins depuis le 01.01.2007, pour des motifs qui sont explicités dans le texte de l'expertise. Il considère que la situation est fixée pour une longue durée, voire définitivement fixée. Il n'a pas de mesures à proposer tant sur le plan médical que professionnel.

[...]

4. Autres remarques

L'expert n'a pas de remarques à formuler. Il n'a pas répondu au questionnaire "fibromyalgie", puisque cette entité n'est pas retenue ici et que le syndrome douloureux somatoforme persistant doit être écarté, au vu de ce qui a été argumenté plus haut."

d) L'OAI s'est déterminé le 12 décembre 2008 sur l'expertise J._____. Se référant à un avis médical du SMR du 11 décembre 2008 - qui propose d'adhérer aux conclusions du Dr J._____ et de reconnaître une incapacité de travail de 60 % sur le plan psychiatrique dès le 31 décembre 2006 (40 % auparavant), laquelle ne s'additionne pas à l'incapacité de travail sur le plan somatique reconnue par l'expert-rhumatologue -, il fait valoir en substance ce qui suit :

- l'expert retient une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques de 60 % depuis le 1^{er} janvier 2007. Cette appréciation est parfaitement concordante avec les constatations médicales rapportées et l'argumentation développée;

- cela étant, cette aggravation doit être considérée comme postérieure à la décision attaquée, qui date du 20 décembre 2006. Elle n'a donc pas à être prise en compte dans le cadre de la présente procédure et fera l'objet d'une nouvelle décision une fois le jugement rendu;

- en ce qui concerne l'aspect somatique, l'expertise du Dr Q._____ confirme l'absence de substrat organique aux plaintes de la recourante, hormis pour les cervicalgies, diagnostiquées en mars 2007, soit après la décision attaquée. L'importance des lésions discales dégénératives est modérée et les limitations liées à cette atteinte sont modestes. L'expert ne chiffre pas clairement la capacité de travail, mais il estime que la dernière activité exercée par la recourante, soit secrétaire à 50 %, est parfaitement compatible avec l'atteinte organique cervicale;

- toujours selon le Dr Q._____, la maladie psychiatrique prédomine incontestablement la maladie organique. Dès lors qu'une incapacité de travail de 60 % doit être reconnue depuis le 1^{er} janvier 2007, il n'est pas nécessaire de chiffrer avec plus de précision l'incapacité de travail sur le plan somatique, laquelle est de toute façon inférieure à celle fixée à 60 % pour des raisons psychiatriques.

e) La recourante s'est également déterminée le 12 décembre 2008 sur l'expertise J._____. Relevant ce qu'elle estimait être des contradictions dans le rapport de l'expert, elle a requis un complément d'expertise portant sur les deux questions reproduites ci-après, auxquelles l'expert J._____ a répondu de la manière suivante le 13 janvier 2009 :

Question 1 :

Si le taux de l'incapacité de travail de S._____, en relation avec son seul état de santé psychiatrique, est de 60 % "au moins", quel est "au plus" ce taux en relation avec le fait que l'état de santé psychiatrique de celle-ci - état dépressif sévère - est tel qu'il relègue toute autre affection, en particulier le trouble somatoforme douloureux, au second plan?

Pour le soussigné [réd. : l'expert], l'expression d'une incapacité de travail de 60 % signifie que l'assurée est en dessus de la catégorie des incapacités de travail comprises entre 50 à 60 %.

Par ailleurs, le soussigné a aussi écrit qu'il était raisonnablement exigible que cette assurée reprenne son activité antérieure à un taux de 40 %.

La mise en parallèle de l'appréciation de l'incapacité de travail et de celle de l'exigibilité répondent à la question posée.

Question 2 :

En tenant compte des rapports médicaux des Drs T. _____ et M. _____, des 4 décembre 2004 et 24 août 2004, qui attestent à ce moment déjà de l'existence d'un "état dépressivo-anxieux chronique sévère" (cf. notamment rapports du Dr M. _____ des 24 août 2004 et 30 janvier 2007) ainsi que de l'appréciation du médecin cantonal du 22 décembre 2004 et de la date du dépôt de la demande d'augmentation de rente d'invalidité par S. _____, du 20 août 2004, l'expert peut-il admettre que l'aggravation de l'état de santé de la recourante est antérieure au 1^{er} janvier 2007 et, dans l'affirmative, fixer une nouvelle date de départ de dite aggravation, respectivement est-il à même de fixer un palier intermédiaire, concernant l'aggravation de l'état de santé de la recourante, entre l'été 2004 et le 31 décembre 2006 ?

Sur la base de son évaluation approfondie, le soussigné a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était de 40 % jusqu'au 31.12.2006 et de 60 % depuis lors.

Il n'a pas trouvé d'arguments tant dans son observation clinique que dans les renseignements à disposition pour retenir une aggravation antérieure au 01.01.2007 et pour fixer un palier intermédiaire avant le 31.12.2006, même en tenant compte des rapports médicaux cités dans la question 2."

f) La recourante s'est déterminée le 6 février 2009 sur le rapport complémentaire de l'expert J. _____ du 13 janvier 2009. Elle fait valoir qu'il serait contradictoire de retenir d'une part que l'assurée est en dessus de la catégorie des incapacités de travail comprises entre 50 à 60 % et d'autre part qu'elle présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 40 pour-cent. En outre, elle conteste les conclusions de l'expert lorsque celui-ci indique n'avoir pas trouvé d'arguments tant dans son observation clinique que dans les renseignements à disposition pour retenir une aggravation antérieure au 1^{er} janvier 2007, même en tenant compte des rapports médicaux cités par la recourante dans sa requête de complément d'expertise. Elle se réfère à l'ensemble des certificats médicaux des médecins qui l'ont suivie depuis plusieurs années et qui tous ont attesté une aggravation de l'état de santé bien avant la date retenue par l'expert (notamment les rapports du Dr T. _____ du 4 décembre 2004 et du 5 octobre 2004 du Dr M. _____, ainsi que les rapports du Dr M. _____ du 30 janvier et du 14 mai 2007. Par ailleurs, la recourante fait valoir qu'elle a été mise au bénéfice d'une rente LPP entière à partir de l'année 2004, suite à l'appréciation du médecin cantonal de l'époque, le Dr G. _____. Au surplus, il y aurait lieu de tenir

compte de l'incapacité admise par l'expert Q._____ sur le plan rhumatologique et qui viendrait s'ajouter à l'incapacité de 60 % retenue par l'expert psychiatre J._____.

g) Le 6 février 2009, l'OAI a estimé que les conclusions de l'expert J._____ confirmaient sa position et a préavisé en conséquence pour le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Le recours, interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour en corps (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. dans le cas d'une demande tendant à la révision d'une rente.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

3. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la décision litigieuse (ATF 127 V 466 consid. 1; ATF 126 V 134 consid. 4b et les références). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision administrative (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich-Bâle-Genève, 2^e éd. 2009, ch. 5 ad art. 82 LPGA, p. 1018). En outre, la légalité des décisions attaquées est appréciée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b).

Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, du point de vue matériel, par les nouvelles dispositions de la LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, eu égard au fait que la décision sur opposition attaquée – qui fixe définitivement l'état de fait – date du 20 décembre 2006.

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87

al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les articles précités. 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 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente. En outre, une modification peu importante des données statistiques de caractère général ne peut mener à révision (ATF 133 V 545). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (cf. jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 9 février 1995 dans la cause AI 105/94 - 42/1995). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'il se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 369 consid. 2 et la référence citée).

b) En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités; cf. encore arrêt du Tribunal fédéral 9C_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet

du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités).

c) En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si, entre la date de la décision initiale de rente du 10 janvier 2003 et celle de la décision sur opposition présentement attaquée du 20 décembre 2006, l'état de santé de la recourante s'est aggravé de telle manière à justifier une révision de la rente.

5. a) Par décision du 10 janvier 2003, l'OAI avait reconnu à la recourante le droit à un quart de rente dès juillet 1999 en raison d'un degré d'invalidité de 40 %. Il s'était fondé principalement sur un rapport du 5 juin 2001 du Dr N._____, psychiatre, qui attestait une incapacité de travail de 40 % dès le 1^{er} août 1998 en raison d'une dysthymie avec trouble hypocondriaque sur probable épine organique chez une personnalité de structure limite. En outre, dans un rapport du 6 juin 2001, le Dr P._____, médecin traitant, attestait une incapacité de travail de 40 % en raison d'un état dépressivo-anxieux chronique avec troubles somatoformes douloureux des deux membres inférieurs, en relevant que les examens effectués par de nombreux spécialistes n'avaient pas mis en évidence de pathologie compatible avec l'importance de la symptomatologie douloureuse, les examens angiologiques, neurologiques, orthopédiques et rhumatologiques ayant en effet tous été considérés comme normaux et ce à plusieurs reprises. Ainsi, dans un rapport d'examen du 29 juillet 2002, le SMR a relevé qu'il n'existait pas d'incapacité de travail sur le plan somatique dans la profession exercée, mais que le rapport du Dr N._____ mettait bien en lumière l'incapacité à exercer une activité à plein temps pour raison psychiatrique, de sorte que l'incapacité de travail de 40 % attestée était médicalement justifiée. C'est sur cette base que la décision du 10 janvier 2003 a été prise.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Selon une

jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1), le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 p. 352, 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

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 p. 352 s. et les références).

c) En l'espèce, l'expertise psychiatrique du Dr J._____, qui remplit tous les critères formels posés par la jurisprudence pour se valoir

reconnaître une pleine valeur probante, explique de manière convaincante les diagnostics retenus (Phobie sociale; Trouble panique avec agoraphobie; Trouble anxiété généralisée; Trouble dépressif majeur récurrent, état actuel sévère, sans caractéristiques psychotiques), soit un trouble dépressif et diverses entités du chapitre des troubles anxieux, et expose que l'état dépressif est actuellement tellement sévère et typique qu'il écrase le syndrome douloureux somatoforme persistant qui avait jusqu'alors principalement marqué le tableau clinique. L'expert psychiatre retient une incapacité de travail de 60 % au moins pour le seul plan psychiatrique - en soulignant que celle-ci ne s'additionnerait pas forcément à ce qui proviendrait des limitations somatiques puisqu'il s'agit de deux domaines différents qui ne sont pas forcément cumulables - et admet que sur le plan psychiatrique, l'expertisée garde une capacité de travail de 40 % exigible dans ses activités antérieures de gestion et d'organisation.

Retenant ainsi que la pathologie psychiatrique paraît avoir progressivement évolué vers un tableau anxieux et dépressif significatif et que le trouble dépressif est désormais manifestement prépondérant et écrase les plaintes somatoformes, l'expert relève qu'il est difficile de fixer le début de cette aggravation. Des entretiens avec le Dr T._____ et le Dr M._____, il apparaît que la période 2006-2007 a représenté un tournant, ce qui rejoint les déclarations de la recourante, bien qu'elle soit moins catégorique. L'expert propose de retenir une incapacité de travail psychiatrique de 40 % jusqu'au 31 décembre 2006 et de 60 % depuis lors.

d) Il n'existe pas de motifs concluants de s'écarter de l'appréciation de l'expert J._____ sur l'aggravation de l'incapacité de travail psychiatrique de la recourante, ni en ce qui concerne le taux de cette incapacité, ni en ce qui concerne la date de l'aggravation retenue par l'expert. Le rapport médical du Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, du 5 octobre 2004 (rapport demandé par l'OAI le 24 août 2004), ne permet pas de retenir un taux d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques plus élevé que celui retenu par l'expert psychiatre J._____ et ne fait pas état d'une

aggravation de l'état psychique, relevant au contraire que l'état anxieux et dépressif semblait s'être quelque peu stabilisé. Quant aux rapports du 30 janvier 2007 et du 14 mai 2007 de ce même praticien, il en ressort que l'état psychique de la recourante s'est significativement aggravé depuis 2004, ce qui ne contredit pas les constatations de l'expert, fondées en particulier sur des entretiens avec le Dr M._____, selon lesquelles 2006-2007 a été un tournant dans l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante. Ainsi, il y a lieu de s'en tenir aux conclusions de l'expert J._____, qui, dans son rapport complémentaire du 13 janvier 2009, a expressément indiqué n'avoir pas trouvé d'arguments tant dans son observation clinique que dans les renseignements à disposition pour retenir une aggravation antérieure au 1^{er} janvier 2007, même en tenant compte des rapports médicaux cités par la recourante dans sa requête de complément d'expertise. Par ailleurs, le fait que la recourante ait été mise au bénéfice d'une rente LPP entière à partir de l'année 2004, suite à l'appréciation du médecin cantonal de l'époque, le Dr G._____, ne constitue pas une raison de s'écarter de l'appréciation dûment motivée et convaincante portée sur la base d'examens actuels par l'expert J._____ spécifiquement sur l'état de santé psychique de la recourante.

e) Sur le plan rhumatologique, il ressort clairement de l'expertise judiciaire confiée au Dr Q._____ que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible du point de vue organique (rhumatologique), car quand bien même les lésions discales dégénératives sont étagées, leur importance reste modérée. L'expert Q._____ constate que la dernière activité professionnelle de la patiente était secrétaire à 50 % et que cette activité est parfaitement compatible avec l'atteinte organique cervicale, avec une diminution du rendement de 20 pour-cent. Il relève que si la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent peut être améliorée d'un point de vue organique, l'influence de ces mesures sur la capacité de travail sera toutefois nulle, puisque l'incapacité de travail est essentiellement due à une pathologie psychiatrique.

Il résulte ainsi de ces constatations, auxquelles doit être conférée pleine valeur probante, que le taux d'incapacité de travail

résultant des limitations fonctionnelles organiques ne doit pas être additionné arithmétiquement au taux d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques, mais qu'il faut partir de l'incapacité de travail d'origine psychiatrique, qui prédomine et dont le taux doit être fixé selon l'expertise J._____ à 60 %, pour constater que la capacité résiduelle de travail de 40 % retenue sur le plan psychique est compatible avec les limitations fonctionnelles organiques, qui permettent l'exercice de l'activité antérieure à 50 % avec une diminution de rendement de 20 pourcent. L'expert psychiatre souligne d'ailleurs lui aussi que l'incapacité de travail de 60 % ne s'additionnerait pas forcément à ce qui proviendrait des limitations somatiques puisqu'il s'agit de deux domaines différents qui ne sont pas forcément cumulables. Il convient ainsi en définitive de retenir - ce qui rejoint l'avis médical SMR du 11 décembre 2008 du Dr V._____ - que les incapacités de travail somatique et psychiatrique ne sont pas additives et que c'est le taux d'incapacité de travail de 60 % résultant de la maladie psychiatrique, laquelle prédomine incontestablement la maladie organique, qui doit être retenu comme déterminant et "absorbant" le taux d'incapacité de travail sur le plan somatique, lequel reste de toute manière inférieur.

6. a) Sur la base de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présente une aggravation de son état de santé et de sa capacité de gain par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision du 10 janvier 2003 - par laquelle lui a été reconnu le droit à un quart de rente dès juillet 1999 en raison d'un degré d'invalidité de 40 % correspondant au taux d'incapacité de travail dans son activité habituelle - en ce sens que l'incapacité de travail médicalement attestée dans l'activité habituelle (et dans toute autre activité) est de 60 % depuis le 1^{er} janvier 2007. Cette aggravation étant postérieure à la décision attaquée, rendue le 20 décembre 2006, elle ne peut être prise en compte dans le cadre de la présente procédure (cf. consid. 4b et c supra). En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Cela étant, au vu de l'évolution de l'état de santé de la recourante ressortant des considérants du présent arrêt, il convient de

rappeler qu'il incombe à l'OAI, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, de réviser d'office la rente d'invalidité lorsque le taux d'invalidité de son bénéficiaire subit une modification notable. Au demeurant, il est loisible à la recourante, en vertu de la même disposition, de saisir l'OAI d'une demande de révision de sa rente en invoquant une telle modification.

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 1000 francs (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20], applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1^{er} juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 700 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Le solde de l'avance de frais effectuée par la recourante, soit 300 fr., lui sera restitué. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 20 décembre 2006 est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 700 fr. (sept cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

Le greffier :

Du

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

- Me Raphaël Tatti (pour S. _____);
- 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 :