

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Abrecht et M. Zbinden, assesseur
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

N._____, à Cheseaux-sur-Lausanne, recourante, représentée par Me
Christian Dénériaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI, 53 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. N._____, née en 1958, d'origine [...], travaillait depuis le 1^{er} juillet 1997 en qualité d'employée de maison au service de [...]. En incapacité de travailler à partir du 9 novembre 1999, elle a été licenciée avec effet au 31 mai 2000. Elle s'est annoncée à l'assurance-invalidité le 18 novembre 2000 alors qu'elle était domiciliée à [...].

Dans un rapport du 24 janvier 2000 adressé à la Dresse K._____, au Centre C._____, le Dr J._____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué une cervico-scapulalgie gauche (l'IRM cervico-dorsale n'ayant montré que de très légers troubles dégénératifs en C6-C7 et à un moindre degré en C4-C5) et un état dépressif.

Dans un rapport d'expertise du 16 mai 2000 adressé à la caisse maladie de l'employeur de l'assurée, le Dr T._____, interniste FMH, a apprécié le cas comme suit :

« 1- Diagnostic :

- Probable trouble somatoforme douloureux.
- HTA non traitée.
- Dyspepsie non ulcéreuse et colopathie fonctionnelle.

2- Appréciation de la maladie :

Mme N._____ présente de multiples plaintes somatiques (thoracodynie, céphalées, cervicalgies et lombalgies, dyspepsie), mais hormis l'HTA et une possible infection à Hélicobacter, les investigations n'ont identifié que des troubles mineurs ou sans signification.

Lors de ma consultation, les plaintes principales concernent les douleurs cervicales et lombaires, mais elles sont mal systématisées et n'ont pas les caractéristiques d'un trouble mécanique. Dans l'ensemble, l'existence de plaintes multiples et variables durant plus de 6 mois en l'absence d'une maladie somatique identifiable, et ayant comme conséquence un arrêt de travail de 100 % de longue durée, évoque l'existence d'un trouble somatoforme. On peut aussi évoquer des somatisations secondaires à un trouble dépressif, mais il semble qu'un traitement anti-dépresseur soit resté sans résultat. Par ailleurs, le tableau clinique ne correspond pas à celui d'une fibromyalgie (douleurs de l'hémicorps gauche accompagnées de plaintes cardiovasculaires ou digestives).

3- Appréciation de l'incapacité de travail :

La cause de l'incapacité de travail de 100 % depuis 6 mois est essentiellement le trouble somatoforme douloureux. En effet, l'HTA et les éventuels diagnostics gastro-œsophagiens ne justifient pas une incapacité de longue durée. La Dresse K. _____ mentionne des discopathies et une arthrose cervicale, mais d'après le Dr J. _____, ces troubles sont mineurs et n'expliquent pas entièrement les douleurs. L'incapacité doit donc être discutée en fonction du trouble somatoforme principalement.

Dans ce genre de problème, il n'y a pas de relation causale entre les douleurs et l'activité physique, même si les patients ont tendance à rendre le travail responsable de leurs maux. On recommande d'éviter l'immobilité et le repos prolongé (qui entraîne un phénomène de déconditionnement), et il est nécessaire de stimuler les activités, même si celles-ci s'accompagnent de plaintes douloureuses.

Le travail de femme de ménage comporte des activités répétitives, nécessitant de travailler le dos incliné en avant, ce qui sollicite le rachis cervical et lombaire. On admet souvent une incapacité partielle dans cette activité, que j'estimerais de l'ordre de 50 %. Une incapacité complète n'est pas justifiée à long terme, mais celle-ci peut être admise pendant les périodes de traitement actif, ce qui est actuellement le cas (infiltrations locales à but antalgiques). Pour cette raison, il me semble raisonnable d'admettre l'incapacité complète jusqu'à la fin du traitement du Dr [...], qui doit durer en principe 1-2 mois.

J'ai téléphoné à la Dresse K. _____ qui admet l'hypothèse de phénomènes psychosomatiques à l'origine des douleurs, et au Dr [...] qui estime la durée de son traitement pour 1 à 2 mois.

En conclusion; l'incapacité de 100 % depuis le 09.11.1999 doit être acceptée jusqu'à la fin juin 2000. Je demande au Dr [...] de me signaler la date de la fin de son traitement, puisqu'après cela il n'y aura pas d'autre traitement ou investigation à but curatif; et que la prise en charge sera celle d'une maladie chronique. A ce moment, une reprise du travail à 50 % doit être imposée à Mme N. _____ ce qui concrètement signifiera une annonce au chômage. A long terme, il est peu probable qu'une activité plus élevée, puisse être obtenue, et il faut s'attendre à une demande de rente AI à 50 % ».

Le 22 janvier 2001, la Dresse K. _____ a posé le diagnostic de syndrome cervical sur discopathie C4-C7, tendinite du membre supérieur gauche et dépression. Elle a estimé que l'assurée pouvait travailler à 50 % à partir du 10 août 2000, dans un travail ne nécessitant pas le port de lourdes charges ni de grandes manipulations avec les membres supérieurs.

Le 2 avril 2001, le médecin de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Fribourg a diagnostiqué les affections invalidantes de

syndrome cervical sur discopathies dégénératives étagées de C4 à C7 et D8, BPCO sur tabagisme, HTA traitée efficacement, dyspepsie non ulcéreuse, colopathie fonctionnelle et troubles somatoformes douloureux chroniques. Il a retenu le même taux d'activité exigible et les mêmes limitations fonctionnelles que la Dresse K._____.

Il ressort d'un rapport du 26 septembre 2001 sur la réadaptation professionnelle que l'assurée a retrouvé un travail de dame de nettoyage à 25 % dans une banque à 18 fr. l'heure et poursuit ses recherches d'emploi dans ce domaine.

Dans un prononcé du 19 octobre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Fribourg a estimé que l'assurée était en mesure de travailler à 50 % dans une activité adaptée, telle celle de dame de nettoyage pour des bureaux. Ainsi, en comparant le revenu annuel raisonnablement exigible de 18'144 fr. (18 fr. x 42 heures/semaine x 48 semaines x 50 %) et le salaire annuel qu'elle aurait réalisé sans atteinte à la santé auprès de son ancien employeur (3'156 fr. x 13), son taux d'invalidité était de 56 %. L'intéressée n'ayant pas contesté ce prononcé, une demi-rente d'invalidité lui a été octroyée à compter du 1^{er} novembre 2000 par décision du 12 février 2002.

Le 3 mars 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Fribourg a transmis le dossier de l'assurée à l'office compétent du canton de Vaud vu le nouveau domicile de celle-ci.

Le 8 mars 2004, l'assurée a rempli le questionnaire pour la révision de la rente, en indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis une année.

Invité le 12 mars 2004 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) à remplir un rapport médical, le Dr P._____, rhumatologue FMH, a produit une lettre du 5 janvier 2004 qu'il avait adressée au Dr W._____, au Centre C._____, dans laquelle il avait diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant et

retenu qu'étant donné que sa patiente ne présentait aucune modification du status ostéo-articulaire ou neurologique, il n'y avait pas lieu de procéder à une investigation complémentaire plus invasive.

Dans un rapport médical du 19 mars 2004, le Dr J._____ a fait état de cervicoscapulalgies et lombo-sciatalgies gauches et d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente. Précisant que l'examen neurologique ne montrait pas de cause aux douleurs qui semblaient plutôt liées à une insertionite à l'hémicorps gauche, il a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans son activité de femme de ménage depuis avril 2002, ainsi que dans toute autre activité.

Les 26 mars et 7 avril 2004, le Dr W._____ a indiqué que l'état de santé physique et psychique de l'assurée s'était progressivement péjoré. Il a diagnostiqué, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, des troubles somatoformes douloureux persistants, une insertionite de l'hémicorps gauche, un état anxio-dépressif et des insomnies. Il a en outre affirmé qu'il ne voyait pas de modalités thérapeutiques susceptibles d'améliorer le tableau clinique, et donc l'aptitude de sa patiente à exercer une quelconque activité professionnelle.

Mandatés par l'Office AI, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la Clinique D._____, ont établi un rapport d'expertise le 14 avril 2006. Ont fonctionné comme interprètes le mari de l'assurée pour la part somatique et une traductrice neutre et professionnelle pour la part psychiatrique. Il résulte notamment ce qui suit de l'expertise :

« DONNES FOURNIES PAR L'ASSUREE

Retentissement sur les activités courantes

D'ordinaire, l'assurée se lève à 07.00 heures du matin. Elle déjeune et exerce les activités ménagères qu'elle assume pleinement. Elle se promène avec son mari, lit un peu les journaux, regarde beaucoup la télévision, fait les courses. Elle entretient des relations avec la communauté serbe, a plusieurs amies mais elle préfère rester la

plupart du temps à la maison. Elle garde de temps en temps ses petits-enfants. Elle ne possède pas de permis de conduire et c'est son mari qui l'a amenée pour la présente expertise en voiture.

(...)

DIAGNOSTICS

Diagnostic retentissant sur la capacité de travail :

- Trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4) et dysthymie (F34.1) chez une personnalité fruste dans un contexte de difficultés existentielles.

Diagnostic sans retentissement sur la capacité de travail :

- Hypertension artérielle traitée (I10)
- Status après appendicectomie
- Discopathie cervicale modérée de C3 à C6 (M51.9)

APPRECIATION

Il aura donc fallu respectivement moins d'un an depuis la demande de prestations, moins de deux ans à partir de la mise en incapacité pour qu'on octroie à Mme N. _____ une demi-rente AI sur la base d'une instruction médicale que l'on peut, rétrospectivement, qualifier de sommaire.

En effet, c'est deux ans après le début d'une activité de nettoyeuse dans [...] que l'assurée développe un tableau douloureux comportant des cervico-brachialgies gauches auxquelles s'ajoutent rapidement des lombosciatalgies gauches. Cette topographie ainsi que les symptômes d'accompagnement (vertiges, céphalées, paresthésies périphériques) font initialement évoquer une origine neurogène, soit centrale, soit périphérique, qui est toutefois réfutée par des bilans cliniques spécialisés.

Après l'octroi de la demi-rente, Mme N. _____ peut garder, pendant près de deux ans, une activité partielle. Suite à son déménagement dans le canton de Vaud en 2002, son dossier s'épaissit par des rapports de spécialistes qui vont tous dans le même sens : aussi bien les Drs P. _____ et H. _____, rhumatologues, que le Dr J. _____, neurologue, excluent une origine somatique susceptible d'expliquer les symptômes. Aussi lorsqu'il adresse à l'Office AI un rapport soutenant l'incapacité de travail complète, le médecin-traitant ne fait que relayer une notion partagée par tous les confrères à qui il a soumis le cas de l'intéressée : il avance comme diagnostic principal un trouble somatoforme douloureux.

L'approche clinique actuelle ne saurait s'écarter des évaluations médicales précédentes. Les douleurs dépeintes par Mme N. _____ restent vagues, sans caractère, sans rythme. Cette absence de consistance éloigne l'investigateur de la piste somatique.

L'examen physique est à l'avenant : il n'y a aucune malformation, aucune limitation, aucun signe inflammatoire au niveau de l'appareil locomoteur. L'examen neurologique, comme cela a été relevé à de nombreuses reprises, ne fournit aucun indice d'une atteinte neurogène centrale ou périphérique. Le tableau est donc uniquement composé de signes comportementaux, l'ostentation d'un handicap et d'une gêne douloureuse augmentant au fil des

tests cliniques et dans la mesure où la participation du sujet est requise (Cf détails ci-dessus).

Les documents d'imagerie intéressant le rachis cervical et lombaire ne montrent que des altérations dégénératives très modestes et surtout impropres à expliquer, comme cela a également été relevé par les médecins précédemment, tout ou partie des symptômes avancés.

L'énorme fossé séparant les doléances des constatations objectives, constamment relevé au cours des évaluations médicales depuis 5 ans, soulève l'hypothèse de singularités psychiques. Outre le syndrome douloureux somatoforme persistant, les diagnostics d'état anxio-dépressif (Dr W. _____) et d'agoraphobie (Dr [...]) ont été avancés. Pour l'expert psychiatre, les moments d'authentique émotion, se manifestant par des pleurs à l'évocation du décès de la mère ou du départ des enfants, et la tristesse qui se dégage d'un contact très pauvre et factuel, sont à inscrire dans le cadre d'une dysthymie. Toutefois, l'assurée n'est pas déprimée stricto sensu : il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas de rumination, pas d'idées noires, voire suicidaires. Bien que l'expertisée dise ne pas aimer la foule et s'y sentir à l'étroit, il n'y a pas d'anxiété, pas d'agoraphobie atteignant le niveau d'une pathologie. Enfin, le discours ne fait apparaître aucune anomalie dans sa forme et dans son contenu. Ne subsiste donc qu'un tableau fortement teinté par une douleur suscitant une prise en charge médicale constante depuis 7 ans, responsable d'une altération du fonctionnement social et professionnel, auquel s'associe une dysthymie ; ce tableau n'est pas structuré par une atteinte anatomique ou un trouble physiologique et résiste à tous les traitements appliqués. L'ensemble répond donc en effet à la définition du syndrome douloureux somatoforme persistant.

On comprend à l'analyse rétrospective de ce cas que ce sont des facteurs de mauvais pronostic d'une reprise professionnelle plus que l'atteinte à la santé proprement dite qui ont justifié, aux yeux des responsables de l'AI, la reconnaissance d'une invalidité à partir de l'année 2000. A une acculturation défailante, qu'atteste l'incapacité à communiquer en français après 12 ans passés en Suisse, s'ajoutent de faibles possibilités d'apprentissage chez cette personne déconditionnée, au tonus émotionnel bas et terne, peu motivée à surmonter les obstacles culturels et n'ayant échafaudé aucun projet professionnel. La longue interruption, l'âge avançant, l'invalidité du mari et la dépendance financière à l'institution l'ont progressivement enkystée dans son propre rôle d'invalides. Le symptôme est maintenant devenu la maladie et cette maladie provoque, légitimement à ses yeux, une incapacité totale.

Au terme de l'entretien de synthèse, nous ne pouvons qu'entériner les avis médicaux antérieurs et admettre, avec l'AI, que le trouble somatoforme douloureux constitue, dans ce cas précis, une atteinte à la santé retentissant sur la capacité de travail. Toutefois, les ressources adaptatives ne sont pas submergées et les restrictions de participation professionnelle sont en grande partie imputables à des facteurs contextuels, notamment aux facteurs socioculturels énoncés ci-dessus. On relèvera que, même après son arrivée à Renens en 2002, Mme N. _____ s'est mise en quête d'un emploi. Elle participe activement à la vie de famille, assumant certaines tâches ménagères, la garde de ses petits-enfants, évoquant même,

sans donner l'impression d'y croire, la reprise d'une activité rémunérée. Dans ce contexte, nous ne voyons pas de motif de nous écarter de l'appréciation du taux d'incapacité fixé, il y a 5 ans déjà, à 50 %. L'aggravation alléguée par l'assurée repose sur une estimation purement subjective, même si elle est confortée par des facteurs environnementaux ».

Dans un avis du 26 mai 2006, le Dr B._____, du Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : SMR), a relevé que l'expertise démontrait de façon claire et convaincante que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux persistant, sans comorbidité psychiatrique significative, ni perturbation grave de l'environnement psycho-social, ce qui ne justifiait aucune incapacité de travail.

Par projet de décision du 2 février 2007, l'Office AI a informé l'assurée qu'il devait reconsidérer la décision d'octroi de prestations du 14 (recte : 12) février 2002, au motif que la demi-rente d'invalidité avait été octroyée sans procéder à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique examinant si les critères jurisprudentiels du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux étaient remplis. Par conséquent, dès lors qu'elle pouvait mettre en valeur sa capacité de travail à 100 % et qu'il ressortait clairement du rapport d'expertise du 14 avril 2006 qu'elle ne présentait aucune comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux, il y avait lieu de supprimer la demi-rente octroyée à tort dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision.

L'assurée s'est opposée au projet de décision le 28 février 2007. Le 26 mars 2007, elle a produit une lettre du 20 mars 2007 du Dr V._____, du Centre C._____, retenant que l'on pouvait émettre l'hypothèse qu'elle souffrait d'un trouble dépressif et d'une agoraphobie et semblait être en incapacité complète de travail dans n'importe quelle activité.

Par décision du 31 mai 2007, l'Office AI a confirmé les termes de son projet du 2 février 2007.

B. Assistée de son conseil, Christian Dénériaz, avocat à Lausanne, l'assurée a recouru par acte du 5 juillet 2007, en concluant au maintien de la demi-rente d'invalidité. Elle soutient que tous les médecins s'accordent à dire que son état de santé s'est aggravé depuis 2002, que les deux experts de la Clinique D._____ ont confirmé son incapacité de travail à 50 % et que les quatre conditions posées par la jurisprudence quant au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont remplies. Outre la demande de restitution de l'effet suspensif, l'intéressée requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et l'exigibilité de sa réintégration dans le monde du travail. Elle critique également l'appréciation du médecin de l'Office AI qui ne se fonde que sur un dossier et qui n'est partagée par aucun de ses confrères. Elle produit également les documents suivants :

- une lettre du Dr V._____ attestant d'un épisode dépressif modéré avec syndrome somatique (F32.11) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4);
- deux rapports des 30 mars et 27 juin 2007 du Dr P._____ confirmant le trouble somatoforme douloureux et l'absence de maladie ostéoarticulaire grave ou invalidante, et proposant une expertise psychiatrique. Dans son dernier rapport, il relève notamment ce qui suit :

« Appréciation du cas

Il ressort donc des lombalgies compliquées de pseudo-sciatalgies bilatérales prédominant à gauche, dans un contexte d'examen clinique caricatural, où prédominent des signes majeurs de surcharge fonctionnelle, alliant exagération de la réponse verbale, projection non-anatomique de la douleur, mouvements de contre-pulsion et opposition active, cris et gémissement sans que je ne puisse retrouver une altération manifeste de la mobilité tronculaire ni de signes irritatifs ou neuro-déficitaires des membres inférieurs.

La situation reste, pour le moins difficile, avec, à mon sens, un processus d'invalidation en cours me retrouvant comme pour le consilium précédent relativement démuné face à une quelconque thérapie à vous proposer.

J'ai toutefois argumenté auprès de la patiente et de son mari, le facteur de bon pronostic marqué par l'absence de troubles disco-dégénératifs au scanner, retenant principalement des tensions musculaires à l'origine des douleurs, justifiant la poursuite des mesures conservatrices (...) ».

Dans sa réponse du 3 octobre 2007, l'Office AI a conclu au rejet du recours et de la demande de restitution de l'effet suspensif.

Par jugement incident du 8 octobre 2007, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif, en raison de l'issue incertaine de la procédure au fond et des revenus modestes de l'époux de l'assurée.

Le 5 décembre 2007, estimant que la documentation médicale produite au dossier était complète, le juge instructeur a refusé de faire droit à la requête d'expertise psychiatrique.

L'assurée a fait opposition le 17 décembre 2007, en soutenant qu'une expertise psychiatrique devait être mise en œuvre afin d'établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité assez importante pour prétendre à l'octroi d'une rente, ou la réalisation des quatre critères posés par la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux. Elle affirme aussi qu'il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation du taux d'incapacité de 50 % retenu il y a cinq ans.

Le 30 janvier 2008, l'Office AI a conclu au rejet de l'opposition, en considérant que les critères jurisprudentiels établis pour déterminer l'invalidité du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis.

Par jugement incident du 13 mars 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté la demande d'expertise psychiatrique en ce sens que les griefs soulevés par la recourante relevaient d'une question d'appréciation des preuves, compétence appartenant au juge au fond.

E n d r o i t :

1. Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

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).

2. Remplissant les exigences formelles des art. 60 et 61 let. b LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), le recours est recevable.

3. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles 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 date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'espèce la décision du 31 mai 2007. Par conséquent, les modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne sont pas applicables au présent cas, qui doit être examiné au regard des normes légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

4. Le litige porte sur la suppression, par la voie de la reconsidération, de la demi-rente allouée à la recourante par décision du 31 mai 2007.

L'intimé considère que l'intéressée ne présente aucune comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux et qu'elle ne réunit pas les critères de la jurisprudence actuelle fondant un pronostic défavorable quant à l'effort raisonnablement exigible pour la

reprise d'une activité professionnelle. La recourante estime qu'au contraire, toutes les conditions précitées sont réunies pour que soit reconnue une incapacité de travail de 50 % et affirme en outre que l'avis du médecin du SMR à cet égard n'est pas déterminant dans la mesure où il ne l'a pas auscultée et que ledit avis n'est partagé par aucun de ses confrères

5. Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9_C 442/2007 du 29 février 2008 et les références).

6. **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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, les personnes assurées avaient droit à une rente entière si elles étaient invalides à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente si elles étaient invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles étaient invalides à 40 % au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatique et psychique, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (TF I_131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 et les références; TF I_143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.3).

c) En matière d'assurances sociales, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports en cause remplissent les exigences requises (TF I_110/06 du 9 février 2007 consid. 1.3 in fine). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient en effet de tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (TF I_205/04 du 26 octobre 2004 consid. 4; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cela étant, l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée des différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant, ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur; pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-

fondé de l'évaluation (TF 9C_773 du 23 juin 2008 consid. 5.2 et la référence).

7. a) S'agissant des atteintes à la santé de la recourante sur le plan somatique, avant la première décision du 12 février 2002, le Dr J._____ a observé que l'IRM cervico-dorsale ne montrait que de très légers troubles dégénératifs en C6-C7, et à un moindre degré en C4-C5, et relevé une cervico-scapulalgie gauche et la Dresse K._____ un syndrome cervical sur discopathie C4-C7 et une tendinite du membre supérieur gauche. Dans son expertise, le Dr T._____ a exposé que la cause de l'incapacité de travail était essentiellement le trouble somatoforme douloureux et que l'incapacité devait donc être discutée en fonction du trouble somatoforme principalement dès lors que les éventuels diagnostics gastro-œsophagiens ne justifiaient pas une incapacité de longue durée et que les discopathies, ainsi que l'arthrose cervicale, étaient des troubles mineurs n'expliquant pas les douleurs. Il a conclu ainsi à une incapacité de travail de 50 % en raison des troubles psychiques. Quant au médecin de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Fribourg, il s'est limité à retenir les affections décrites par les praticiens précités.

Il résulte ainsi de ces rapports qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan somatique.

b) En ce qui concerne la période postérieure à la décision du 12 février 2002, les experts ont diagnostiqué une hypertension artérielle traitée, un status après appendicectomie et une discopathie cervicale modérée de C3 à C6, ces affections n'entraînant pas d'incapacité de travail. Ils rappellent qu'aussi bien les Drs P._____ et H._____, rhumatologues, que le Dr J._____, neurologue, excluent une origine somatique susceptible d'expliquer les symptômes, le médecin-traitant ne faisant que relayer une notion partagée par tous les confrères à qui il a soumis le cas de l'intéressée, savoir comme diagnostic principal un trouble somatoforme douloureux. Les experts expliquent que l'approche clinique actuelle ne saurait s'écarter des évaluations médicales précédentes, l'examen physique ne révélant aucune malformation, aucune limitation,

aucun signe inflammatoire au niveau de l'appareil locomoteur et l'examen neurologique ne fournissant aucun indice d'une atteinte neurogène centrale ou périphérique. Les observations des experts sont confirmées par celles du Dr P. _____ en 2007.

Il n'y a ainsi pas d'incapacité de travail sur le plan somatique.

8. a) S'agissant des atteintes à la santé de la recourante sur le plan psychiatrique avant la première décision du 12 février 2002, les différents praticiens consultés, dont aucun n'est spécialiste en psychiatrie, ont tous diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux. Or, selon la jurisprudence, de tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b.).

En l'espèce, aucune expertise psychiatrique n'a été ordonnée.

En outre, le Dr J. _____ mentionne un état dépressif (janvier 2000) et la Dresse K. _____ une dépression (janvier 2001). Ces diagnostics, qui n'émanent pas de spécialistes, ne sont toutefois pas documentés.

Il apparaît en conséquence que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Fribourg ne pouvait statuer en l'état du dossier, mais aurait dû ordonner une expertise psychiatrique.

b) Le Tribunal fédéral des assurances a défini, en se fondant principalement sur une étude de Mosimann (Somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss), la tâche du médecin ou de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 152 précité). Selon cette jurisprudence, l'expert doit, sur le plan psychiatrique, poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit

évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes durables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psycho social de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact.

Dans l'arrêt ATF 130 V 352 rendu le 12 mars 2004, le Tribunal fédéral des assurances a précisé cette jurisprudence. Il considère que comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité mais qu'au contraire, il existe une présomption que 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 ces 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 figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son

acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Le Tribunal fédéral a en outre précisé s'agissant de la comorbidité psychiatrique que selon la doctrine médicale sur laquelle il s'appuie, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (TFA I_870/02 du 21 avril 2004, consid. 5.2).

c) En l'espèce, les diagnostics posés par le Dr J._____, soit un état dépressif et par la Dresse K._____, savoir une dépression ne sont, comme mentionnés ci-dessus, pas documentés. En outre, ces praticiens ne sont pas psychiatres. Le diagnostic d'état anxio-dépressif posé par le Dr W._____ n'est pas mieux étayé, ni celui d'épisode dépressif modéré du Dr V._____. Quant aux experts, ils expliquent que la recourante n'est pas déprimée stricto sensu dès lors qu'il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas de rumination, pas d'idées noires, voire suicidaires, ni d'anxiété, ni d'agoraphobie atteignant le niveau d'une pathologie. Ils retiennent une dysthymie.

La comorbidité psychiatrique n'est ainsi pas importante et ne saurait justifier à elle seule le caractère invalidant du trouble somatoforme.

d) Il y a lieu en conséquence d'examiner les critères rappelés ci-dessus, lesquels, que l'on se réfère à la jurisprudence applicable en 2002 ou à celle applicable dès 2004, ne sont pas remplis.

En effet, la recourante ne souffre d'aucune affection somatique invalidante. Au regard du déroulement de ses journées, elle prépare les repas, lit le journal, regarde la télévision, se promène dans un parc proche de son domicile, sort parfois avec son époux, reçoit quotidiennement son fils, garde de temps en temps ses petits enfants, entretient des relations avec la communauté [...] et a plusieurs amies, éléments qui ne conduisent pas à retenir une perte d'intégration sociale. A la lecture de l'anamnèse et de ses plaintes, on ne voit pas non plus quel processus défectueux de résolution du conflit serait à l'origine de la persistance du trouble somatoforme douloureux et il n'y a pas lieu non plus de parler d'un échec de traitements conformes aux règles de l'art dans le sens où la recourante s'est progressivement enkystée dans son propre rôle d'invalidé.

A cela s'ajoute le cumul d'autres éléments, déjà définis en lien avec les critères de Mosimann parlant en défaveur de l'octroi d'une rente d'invalidité. En effet, lors de l'examen rhumatologique, l'expert S. _____ a relevé une nette discordance entre les doléances de la recourante et les constatations objectives, un comportement douloureux alors qu'elle maintient la position assise sans difficulté pendant l'heure que dure l'anamnèse, une boiterie ostensible mais inconstante, l'expression de soupirs, de râles et de petits cris qui l'ont laissé insensible et une collaboration douteuse lors des tests de mouvements rachidiens.

e) Au regard de la capacité de travail exigible, les Dr J. _____ et W. _____ estiment que la recourante ne peut exercer aucune activité lucrative en raison respectivement de ses douleurs et de l'absence de modalités thérapeutiques susceptibles d'améliorer le tableau clinique. Pour leur part, les experts attribuent leur appréciation d'une reprise de travail à 50 % uniquement à l'importance de facteurs extra-médicaux, soit une acculturation défailante, de faibles possibilités d'apprentissage chez une personne déconditionnée, une longue interruption du travail, l'âge,

l'invalidité du mari et la dépendance financière à l'institution (cf. expertise, p. 9). Or, ce ne sont pas de tels facteurs qu'il convient de considérer, mais bien l'effort de volonté que l'on peut raisonnablement exiger de l'assurée quant à la reprise d'un emploi, en l'absence de toute circonstance exceptionnelle permettant de conclure à l'inexigibilité d'une réintégration dans le monde du travail. Tel est précisément le cas de la recourante dont on a vu ci-dessus qu'elle ne réalisait pas les critères posés par la jurisprudence à cet égard. Il convient au demeurant de retenir avec circonspection les appréciations des Drs J._____ et W._____ dans la mesure où il est constant que les médecins traitant ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Enfin, le Dr B._____ a repris à son compte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant posé par l'ensemble des médecins et a expliqué pourquoi il estimait que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle travaille à plein temps. Il n'était donc pas utile qu'il l'examine personnellement et il pouvait se déterminer uniquement en se fondant sur les pièces au dossier, ce qui est d'ailleurs conforme à la pratique habituelle en présence d'affections avérées et non contestées.

Force est par conséquent de déduire que la recourante dispose, et a toujours disposé, de toutes les ressources physiques et psychiques nécessaires pour exercer son activité habituelle de femme de ménage à plein temps. Il en résulte qu'elle ne subit aucune incapacité de gain et, partant, ne peut se prévaloir d'un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente.

9. Il découle de ce qui précède que la décision rendue le 12 février 2002 était manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable, de sorte que les conditions de sa reconsidération sont remplies. L'Office AI est en conséquence fondé à nier tout droit à une demi-rente d'invalidité.

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision du 31 mai 2007 confirmée.

10. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christian Dénériaz, avocat (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :