

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Berthoud et Monod
Greffier : Mme Vuagniaux

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Claire Charton,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. H._____, née en [...], travaillait à plein temps en qualité de femme de chambre depuis le 1^{er} janvier 1994 pour le compte de N._____, puis à mi-temps à partir du 15 janvier 2006.

Le 11 octobre 2006, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après : OAI).

Dans un rapport médical du 10 mars 2006 adressé à l'assureur perte de gain de l'employeur, le Dr J._____, rhumatologue, a diagnostiqué des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorsaux et un déconditionnement physique global et focal. Il a confirmé que l'assurée était en incapacité de travailler à 50 % depuis le 15 janvier 2006.

Le 16 mars 2006, le Dr J._____ a constaté que la situation s'améliorait, que les paresthésies des mains avaient totalement diminué mais que la région lombaire restait encore instable. Compte tenu de la double localisation cervicale et lombaire, le praticien a prolongé l'incapacité de travail à 50 % jusqu'à mi-avril 2006 et préconisé une reprise du travail à 75 % sur un seul site de travail, à discuter avec l'employeur. Le 22 août 2006, il a attesté une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et indiqué que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dans une activité légère, toutefois sans indiquer à quel taux et à partir de quand.

Dans un rapport médical du 3 novembre 2006, le Dr P._____, généraliste FMH et médecin traitant, a indiqué qu'il suivait sa patiente depuis 1994, que son état de santé s'aggravait et qu'elle était en incapacité totale de travailler à titre définitif. Il a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif avec insomnies graves et somatisation et de cervico-lombalgies chroniques non-spécifiques.

Le 21 novembre 2006, le Dr J._____ a indiqué que l'intéressée était en incapacité de travailler à 100 % depuis une date qu'il convenait de vérifier avec le Dr P._____, car il ne l'avait pas revue depuis avril 2006, époque où il pouvait encore reconnaître une incapacité à mi-temps. Il a relevé ce qui suit :

« Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Cervico-lombalgies chroniques non spécifiques persistantes;
 - Troubles statiques et dégénératifs étagés cervico-dorso-lombaires diffus (en particulier protrusion discale postéro-médiane L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec canal lombaire étroit dans les limites inférieures de la norme;
 - Déconditionnement physique global et focal.
- Dyssomnie et céphalées.

Co-morbidités :

- Etat anxio-dépressif réactionnel à sa symptomatologie douloureuse.

Madame H._____ présente une symptomatologie douloureuse rachidienne mécanique, diffuse, structurellement basée sur des modifications anatomiques, radiologiques, prenant son rachis de la tête à la région sacrée, sous forme de discopathies étagées et de spondylo-discarthrose. Cette situation correspond au status clinique et à l'anamnèse, montrant un déconditionnement physique et des limitations segmentaires étagées, handicapantes, expliquant la douleur, laquelle débouche, comme c'est classiquement le cas, sur une souffrance chronique chez une patiente ne pouvant répondre aux exigences de son poste de travail (...).

Dans ce contexte, il est illusoire de proposer à Madame H._____ un poste de travail quelconque, en effet, celui-ci devrait correspondre pratiquement à un travail en position couchée, afin d'éviter les charges anormales aussi bien au niveau lombaire que cervical. Dans ce sens, elle est en incapacité de travail totale, ceci dans une activité même légère (...). , si celle-ci doit être régulière et suivie, c'est-à-dire correspondant aux normes du marché du travail actuel ».

Dans un rapport médical du 21 février 2007, le Prof. X._____, neurologue, a indiqué ce qui suit :

« **Diagnostics** : cervico-lombalgies chroniques non spécifiques persistantes sur des troubles dégénératifs diffus, avec des protrusions discales, en particulier L3-L4-L5-S1. Canal lombaire étroit dans les limites inférieures de la norme. Il y a en plus des troubles

statiques avec un déconditionnement physique global et focal. La patiente présente ensuite, en raison de ces douleurs lombaires sur une surcharge de travail qui est inadéquate puisqu'elle fait des ménages et des travaux de nettoyage, une dyssomnie et des céphalées. Il en découle dès lors un état anxio-dépressif réactionnel aussi bien à la symptomatologie douloureuse qu'à la dyssomnie. Ces phénomènes ont débuté en 2002 et se sont considérablement aggravés depuis 2003. De ce fait, si on accumule la problématique cervico-dorsale, la dyssomnie, la fatigue chronique et l'état anxio-dépressif, nous arrivons à une rente complète.

L'état de santé s'est aggravé ».

Dans une lettre du 26 juin 2007 adressée au médecin traitant, le Prof. X. _____ a écrit ce qui suit :

« Actuellement, la situation devient quasi impossible. Les douleurs lombaires sont très importantes. Elles s'accroissent dès que la patiente reste debout, avec une douleur qui irradie dans la hanche gauche. Echec de toutes les séances de physiothérapie, les seules choses qui peuvent un peu l'améliorer, ce sont des douches, ainsi que des massages faits par son mari. Elle prend passablement de Dafalgan. Elle est déjà sous Saroten Retard 50 mg à 18h00 et à 21h00 (...).

A mon examen neurologique de ce jour, au niveau des nerfs crâniens, aucune dysfonction. La marche est aisée, sans boiterie. On déclenche des douleurs à la marche sur les talons ou sur la pointe des pieds. La DDS reste restreinte à 25 cm. Il y a une douleur lombaire basse, quelques points de Valleix douloureux, surtout pour le membre inférieur gauche. En décubitus dorsal, l'épreuve de Lasègue est étonnamment normale. Le testing musculaire contre-résistance pour les membres inférieurs, ne révèle pour le moment aucun déficit, tout comme l'examen minutieux de la sensibilité. Les réflexes sont présents et symétriques, plus faibles pour les membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs. A la palpation musculaire, on déclenche toujours des douleurs de toute la ceinture scapulaire et au niveau des épicondyles ».

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été effectuée par le Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : CEMED) qui a établi son rapport le 24 octobre 2007. Les experts mentionnent notamment les données personnelles et familiales suivantes (pp. 15-16) :

« Histoire personnelle :

L'assurée est née dans un village près de la ville de [...]. La naissance s'est déroulée sans particularité tout comme son développement psychomoteur. L'enfance s'est déroulée sans particularité, hormis les difficultés scolaires.

Elle s'est mariée en 1978 et le couple s'est installé chez ses parents. Ils vivent en Suisse depuis 1991. Le couple a une fille qui vit chez un

ami. Elle est sans enfant et [...] de profession. Son mari est [...] et il bénéficie actuellement de prestations de la Suva suite à un accident de travail. Elle est au bénéfice d'un permis C (...).

Scolarité / Formation professionnelle :

Scolarité difficile. L'assurée a fait ses classes de primaire en 7 ans redoublant à 3 reprises. Dès l'âge de 14 ans, elle a travaillé comme couturière durant 3 ans puis dès 17 ans a travaillé dans une usine.

Professions occupées :

Depuis qu'elle est en Suisse, elle travaille dans un [...] comme femme de ménage.

Vie sociale :

L'assurée a quelques connaissances mais décrit qu'elle est assez timide ».

Les experts résument l'histoire médicale de l'expertisée comme il suit (pp. 9-10) :

« Madame Nunes est une ressortissante [...] qui vit en Suisse depuis 1994 ; dès cette date elle a travaillé comme employée de maison dans un [...] à 100 %. Elle est au bénéfice d'un arrêt de travail à 50 % depuis le 15 janvier 2006 suite à l'exacerbation de lombalgies présentes depuis 2002.

Elle est suivie de longue date par son médecin traitant, le Dr P._____, elle l'a consulté en 2002 en raison de l'exacerbation de douleurs lombaires basses en barre irradiant en ceinture avec des épisodes de blocage. Elle a également consulté d'elle-même le Dr J._____ en rhumatologie au [...] sur les conseils d'une amie également traitée par ce médecin. Plusieurs séries de séances de physiothérapie lui ont été prescrites sans amélioration, elle a également pris de multiples anti-inflammatoires, myorelaxants et antalgiques sans effet notoire. Les douleurs ont perduré, d'abord limitées à la région lombaire. Elles se sont progressivement étendues à la région dorsale et cervicale surtout depuis 2003.

Fin 2005, les douleurs cervicales étaient au premier plan, l'assurée a alors consulté à nouveau au [...], mais cette fois-ci le Professeur X._____ en raison de l'exacerbation de troubles du sommeil associés à des cervicalgies importantes et des céphalées. Elle a de la difficulté à trouver le sommeil, mais parfois parvient à dormir d'une traite. Elle ne sait pas depuis quand sont apparus ces problèmes, mais elle dort actuellement mieux surtout depuis la prescription de Saroten retard. Avec ce traitement elle a par contre pris six kilos en une année.

Des séances de physiothérapie ont été tentées sans succès, Madame H._____ a reçu des antidépresseurs ainsi que des somnifères qui ont peu à peu réussi à stabiliser les troubles du sommeil et à diminuer les douleurs cervicales, mais par contre les lombalgies sont toujours identiques, malgré les traitements prescrits par le Professeur X._____.

L'assurée note également qu'il n'y a aucune influence de son activité professionnelle sur ses douleurs ; même en vacances ou les

week-ends elle ressent les mêmes douleurs. Habituellement, elle se couche au moins une heure l'après-midi, soit après avoir travaillé le matin, soit au cours d'une journée de congé ou de vacances. Le repos en position couchée sur le dos la soulage.

A la question sur d'éventuels troubles psychiques, l'assurée donne des réponses assez vagues parlant de ses problèmes de sommeil, de ses réveils la nuit avec l'impression d'avoir des fourmillements dans les membres, dus aux effets secondaires des médicaments. Elle mentionne également des comportements de type somnambulisme.

Elle travaille à 50 % depuis janvier 2006, soit de 9h30 à 13h30. Elle est femme de chambre dans un [...] à Lausanne où elle travaille depuis 1991 soit depuis son arrivée en Suisse ».

S'agissant des plaintes actuelles, les experts indiquent ce qui suit (pp. 10-13) :

« Sur le plan somatique en premier lieu, l'assurée cite les cervicalgies avec des céphalées tensionnelles en casque. Les douleurs sont présentes en permanence mais parfois exacerbées, nettement plus intenses durant quelques jours ou quelques heures. Pour calmer les douleurs, l'assurée prend du Dafalgan qui est relativement peu efficace. En raison de ses douleurs cervicales et des céphalées, l'assurée a parfois pensé au suicide ces derniers mois. Les douleurs n'irradient pas au niveau des membres supérieurs.

En deuxième lieu, l'assurée cite les douleurs lombaires basses en ceinture présentes en permanence mais s'exacerbant par moment, irradiant vers les membres inférieurs de façon irrégulière non latéralisée et non radiculaire. Les douleurs lombaires sont parfois impulsives. Ces derniers temps il y a un peu de plus de douleurs dans le membre inférieur gauche que dans le droit, mais cela peut changer.

En troisième lieu, l'assurée cite des douleurs migratrices, présentes par intermittence aux 4 membres, davantage au membre supérieur droit, davantage lorsqu'elle travaille, par exemple lorsqu'elle doit serrer les torchons. Les douleurs siègent aux insertions musculaires et évoquent plutôt des douleurs de surcharge musculaire. Ces douleurs-là ne sont pas présentes les jours de congé et les jours de vacances.

Spontanément, l'assurée montre l'épicondyle droit comme étant le siège des douleurs principales.

Par ailleurs il n'y a pas d'autres plaintes ostéo-articulaires, l'assurée est suivie et traitée pour une hypertension artérielle.

Sur le plan fonctionnel en raison des douleurs lombaires, elle tolère mal la position assise au-delà de 30 minutes et la station debout immobile au-delà de 5 à 10 minutes. Elle peut marcher jusqu'à deux heures à plat mais redoute les montées d'escalier ou les pentes, qui exacerbent les douleurs davantage que les descentes. La nuit elle ressent des douleurs seulement si elle est en décubitus ventral.

Les douleurs n'irradient que rarement dans les membres inférieurs, de façon intermittente et dans un territoire qui n'évoque pas un territoire radiculaire ; il n'y a pas de dysesthésie, pas d'hypoesthésie, pas de parésie dans les membres inférieurs. Malgré les douleurs, l'assurée effectue régulièrement ses tâches ménagères, toutefois elle demande de l'aide à son mari qui est sans emploi depuis longtemps, il l'aide à passer l'aspirateur, à porter le linge mouillé depuis le lave-linge et à effectuer quelques courses lourdes.

Sur le plan neurologique, Madame H. _____ se plaint donc de la persistance de rachialgies cervico-dorso-lombaires se compliquant de douleurs diffuses des membres supérieurs et inférieurs ainsi que de douleurs thoraciques. Elle signale également des douleurs tout particulièrement situées au niveau des genoux et dans la région pré-tibiale des deux côtés.

Par ailleurs, l'assurée se plaint toujours de phénomène de paresthésies / endormissement des deux mains nocturnes et matinaux se compliquant d'une tuméfaction digitale. Elle ne signale pas de troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs.

La force musculaire des membres supérieurs et inférieurs est considérée comme pratiquement dans les normes.

Enfin, Madame H. _____ se plaint de troubles du sommeil ainsi que de céphalées à point de départ cervical décrites comme à type de poids/étai qualifiées de constantes (...).

Sur le plan psychique, spontanément, elle se plaint de troubles de sommeil et de douleurs lombaires.

A l'anamnèse orientée les douleurs sont présentes tous les jours mais ne sont pas permanentes. Il est très difficile de lui faire évaluer l'intensité de la douleur sur une échelle visuelle analogique, finalement elle donne un score de 2 sur 10. Les douleurs ne sont pas forcément présentes d'emblée le matin. Elles sont responsables d'une certaine fatigue.

Il n'y a pas de problèmes de concentration, mais parfois des troubles de la mémoire. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur et par moments quelques ruminations. Elle se dit angoissée partout sans pouvoir donner d'exemples précis. Il n'y a pas de notion d'attaque de panique ni d'agoraphobie. Elle décrit une timidité importante depuis qu'elle est toute petite. Elle n'a pas présenté de phénomènes hallucinatoires mais parfois elle entend des bourdonnements d'abeilles. Elle a aussi des fois l'impression que dans la rue, elle voit son frère alors que ce n'est pas lui.

A la question de savoir si elle a eu des idées délirantes à thème persécutoire elle répond qu'elle a eu d'importantes difficultés professionnelles avec des collègues qui se liguèrent contre elle. Finalement le directeur est intervenu et *il a remis les choses en place*. Depuis elle est moins importunée. Depuis ses problèmes professionnels son travail est considérablement perturbé et pour cette raison son médecin traitant l'a adressé au Professeur X. _____, puis il l'a également adressé au Dr S. _____, psychiatre [...]. Actuellement l'assurée n'a pas d'angoisse de se rendre sur son lieu de travail. Elle ne décrit pas de tristesse permanente mais plutôt des épisodes de tristesse occasionnelle. Il n'y a pas de fatigue d'emblée mais plutôt l'apparition d'une fatigue secondairement à

ses douleurs. Elle n'est pas irritable, elle n'a pas de réduction marquée de la capacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt. Elle n'a pas de sentiment de culpabilité mais une certaine dévalorisation liée à sa prise de poids suite à la prescription de Saroten. Elle décrit un sentiment de pessimisme ce qui correspond à sa nature. Il n'y a pas véritablement d'idée noire ni d'idée suicidaire. La latence d'endormissement n'est pas augmentée. L'appétit est très augmenté sous l'effet du traitement. La libido est diminuée en lien avec des céphalées ».

Les experts ont fait la synthèse suivante (pp. 24-27) :

« Sur le plan somatique, on peut relever des cervicalgies et des céphalées tensionnelles qui sont liées, ainsi que des lombalgies basses en barre. Il n'y a pas d'éléments ni anamnestiques, ni à l'examen clinique pour une radiculalgie d'accompagnement. L'examen radiologique ne montre que des troubles dégénératifs modérés au niveau cervical dorsal et lombaire, sans conflits discoradiculaires ou autres conflits radiculaires possibles. L'examen clinique met en évidence également une fibromyalgie avec présence de tous les points de Smythe.

En conclusion, sur le plan rhumatologique, cette patiente est capable de travailler à 50 % dans une activité d'employée de maison comme elle le fait actuellement, mais serait capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée plus légère où elle ne porte plus de charges au-delà de 5 kg et où elle n'effectue plus des flexions antérieures du tronc de manière répétée.

Sur le plan neurologique, Madame H. _____ se plaint de la persistance de rachialgies cervico-dorso-lombaires se compliquant de douleurs plus ou moins diffuses des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs. Il n'y a pas d'atteinte sensitivomotrice majeure rapportée par la patiente. Elle signale par contre des phénomènes de paresthésies/endormissements des deux mains nocturnes et matinaux se compliquant d'une tuméfaction digitale.

Madame H. _____ se plaint également toujours de troubles du sommeil ainsi que de céphalées à point de départ cervical à type de poids/étau constantes.

En résumé, l'examen neurologique montre une nuque de bonne mobilité, dont la mobilisation est tout au plus un peu sensible localement. L'examen du rachis dorso-lombaire révèle de discrets troubles statiques vertébraux mais pas de syndrome dorso-lombaire vertébral significatif avec une flexion latérale et antérieure lombaire un peu sensible mais encore bonne. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal. A l'examen des membres supérieurs, on relève des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien ainsi qu'une possible hypoesthésie tactile et douloureuse de la pulpe des doigts I à V des deux côtés sans autre anomalie significative du status et notamment sans éléments en direction d'une atteinte radiculaire ou médullaire. A l'examen des membres inférieurs, l'examen neurologique est à considérer comme normal avec notamment des points de Valleix et une manoeuvre Lasègue bilatéralement négatifs, aucune altération significative de

la trophicité musculaire, des réflexes tendineux, de la force musculaire et de la sensibilité superficielle et profonde.

En bref, un examen neurologique ne démontrant comme seule anomalie significative des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien avec une possible hypoesthésie tactile et douloureuse de la pulpe des doigts I à V des deux côtés. Aucun élément à cet examen en direction d'une pathologie radriculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs. Pas d'élément non plus en direction d'une pathologie cérébrale ou médullaire.

L'examen neurologique a été complété par un ENMG des deux membres supérieurs qui confirme l'existence d'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien d'un degré moyennement important à important à droite (avec menace fonctionnelle) et modéré à moyennement important à gauche (encore sans menace fonctionnelle).

Nous avons revu l'ensemble des documents radiologiques à disposition. Les radiographies standard de la colonne cervicale révèlent une ébauche de discarthrose C4-C5 et C5-C6. L'IRM cervico-dorsale révèle de discrets relâchements ligamentaires diffus de C4 à C7 sans évidence de compression radriculaire ou médullaire. L'IRM dorsale ne démontre qu'une discopathie D9-D10 banale. L'IRM lombaire révèle quant à elle, une protrusion discale médiane et paramédiane droite L3-L4, une protrusion médiane et paramédiane gauche L4-L5 et enfin une protrusion discale médiane L5-S1 sans évidence de compression radriculaire significative.

Sur le plan psychique, l'assurée se plaint essentiellement de douleurs avec des cervicalgies et des céphalées permanentes qui ont été accompagnées d'idées suicidaires, des douleurs lombaires aussi permanentes et finalement de douleurs migratrices, présentes par intermittence aux 4 membres lors de l'évaluation somatique, alors que durant l'évaluation psychiatrique, les douleurs n'étaient pas permanentes, les douleurs n'étant pas forcément présentes d'emblée le matin. Elle se plaignait aussi de fatigue, de troubles de la mémoire, d'angoisses, de difficulté d'affirmation de soi. Elle a des conflits au travail et avec sa famille au [...]. Elle ne décrit pas de tristesse permanente mais plutôt des épisodes de tristesse occasionnelle. Il n'y a pas de fatigue d'emblée mais plutôt l'apparition d'une fatigue secondairement à ses douleurs. Elle ne présente pas de réduction marquée de la capacité à éprouver du plaisir. A l'examen clinique, l'assurée semble avoir une intelligence limite, ce qui correspond aux difficultés scolaires dans le passé. Elle ne présente pas de comportement algique manifeste. Le discours est assez digressif. On observe une thymie légèrement triste, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.

Ces éléments correspondent aux diagnostics de dysthymie (F34.1) et l'anamnèse ne met pas en évidence d'épisode dépressif majeur, mais un syndrome douloureux somatoforme persistant.

On note que l'assurée fait de multiples démarches pour soulager ses douleurs et qu'elle sollicite des avis spécialisés de sa propre initiative. Les douleurs sont parfois décrites comme permanentes, parfois non avec une intensité pas très forte, mais il y a de sérieux doute sur la bonne compréhension des consignes d'évaluation de l'intensité de la douleur. On retrouve à l'origine des conflits interpersonnels tant avec ses collègues qu'avec sa propre famille,

probablement en partie secondaire à ses difficultés d'affirmation de soi correspondant à une personnalité anxieuse.

La dysthymie n'est pas une comorbidité psychiatrique sévère, mais la personnalité anxieuse l'empêche de régler correctement ses conflits et provoque une évolution chronique de ses problèmes relationnels qui s'expriment en grande partie sous forme de plaintes algiques. Ses limitations intellectuelles l'empêchent aussi de passer outre ou de résoudre ses conflits. L'état clinique se cristallise progressivement, mais irréversiblement depuis 2000, avec des fluctuations de son humeur.

A côté de cela on observe qu'il y a encore certaines ressources, l'assurance sollicitant des spécialistes, alors qu'elle peine à s'exprimer en français. Nous pensons qu'elle a encore une capacité de travail à 50 % dans son activité habituelle et qu'elle peut tout à fait exercer dans un autre [...] si les conflits sont trop importants. A 50 %, le rendement est total. Il n'y a pas lieu d'envisager une réadaptation professionnelle. Un soutien psychologique n'est pas indiqué, sauf lors de phases de dysthymie plus marquée ».

Les experts ont posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion sur la capacité de travail :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2000;
- cervicalgies et lombalgies sur troubles dégénératifs depuis 2002 au moins;
- personnalité anxieuse (F60.6);
- intelligence limite.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du tunnel carpien d'un degré moyennement important à important à droite (avec menace fonctionnelle) et modéré à moyennement important à gauche (sans menace fonctionnelle);
- dysthymie (F34.1) ».

S'agissant des limitations consécutives aux troubles constatés, ils ont conclu que sur le plan neurologique, sans prendre en compte les rachialgies, il n'y avait pas de limitation significative de la capacité de travail. Sur le plan ostéoarticulaire, il y avait impossibilité d'effectuer des flexions antérieures du tronc et de soulever des charges de plus de 5-6 kg en raison des rachialgies. Sur le plan psychique et mental, il existait des limitations en lien avec l'incapacité à résoudre des conflits interpersonnels, responsable d'une symptomatologie douloureuse chez

une assurée ayant un fonctionnement de pensée rigide de type opératoire. Enfin, il n'y avait pas de limitations sur le plan social.

Selon les experts, la capacité de travail était ainsi totale sur le plan neurologique dans l'activité exercée habituellement, totale sur le plan somatique dans une activité adaptée, soit sans port de charges excédant 5-6 kg et sans flexion antérieure du tronc, et de 50 % sur le plan psychique dans toute activité dès le 15 janvier 2006. Les experts ont en outre relevé que l'adaptation de l'assurée à son environnement professionnel était difficile indépendamment du milieu professionnel en raison de ses faibles capacités assertives. Ils ont estimé qu'un suivi psychiatrique n'aurait pas d'incidence sur la capacité de travail au vu du caractère très chronique de l'affection et du manque de capacité à envisager un comportement alternatif.

Dans un avis médical du 21 novembre 2007, le Dr C. _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a considéré ce qui suit :

« Au plan rhumatologique, l'assurée est capable de travailler à 50 % comme employée de maison, mais elle conserve une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

L'examen neurologique est dans les limites de la norme, mis à part qu'il révèle une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, plus important à droite. Cette pathologie peut nécessiter une neurolyse à plus ou moins court terme, mais ne saurait engendrer une incapacité de travail de longue durée.

Enfin, l'examen psychiatrique montre un syndrome douloureux somatoforme persistant et une dysthymie chez une personnalité anxieuse. L'intelligence est qualifiée de limite. Les experts s'accordent à dire que la capacité de travail résiduelle est réduite de 50 % dans toute activité sur la base de considérations psychiatriques.

Pour notre part, nous observons que la dysthymie est une dépression d'une durée ou d'une sévérité insuffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif léger. En tant que telle, la dysthymie ne peut pas être considérée comme invalidante. De même, la personnalité anxieuse, présente depuis l'âge adulte jeune, n'a pas un caractère morbide et ne peut pas justifier d'incapacité de travail. Il en va de même pour l'intelligence limite qui n'a pas empêché l'assurée de travailler auparavant.

Il n'y a pas de mention d'une perte d'intégration psycho-sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni de bénéfice secondaire ou d'échec du traitement.

A notre sens, l'incapacité de travail de 50 % attestée par les experts n'est pas du ressort de l'AI. Mais les critères de gravité de Meyer-Blaser étant du domaine juridique, nous laissons à l'administration le soin de dire s'ils sont réunis ».

Par décision du 20 février 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, d'une part parce que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux et, d'autre part, parce qu'elle ne réunissait pas plusieurs des critères fondant un pronostic défavorable pour la reprise d'une activité professionnelle; en effet, elle ne présentait ni affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni état psychique cristallisé et il n'y avait pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art. L'office a donc estimé que, du point de vue juridique, on pouvait exiger de l'intéressée qu'elle mette en valeur une capacité de travail à plein temps.

B. Par acte du 7 avril 2008, agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Claire Charton, H._____ a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il détermine les prestations qui lui étaient dues. Elle a soutenu que, compte tenu des rapports médicaux des Drs J._____, X._____ et P._____, ainsi que de l'expertise du CEMED, il convenait de lui reconnaître une incapacité de travail entière et que si une capacité de travail devait néanmoins être admise, celle-ci devrait être de 50 % au maximum dans une activité adaptée. Elle a produit un lot de pièces dont une lettre du Dr P._____ du 4 avril 2008 indiquant que l'état de santé de sa patiente s'aggravait, que toutes les mesures envisageables avaient été prises sans améliorer sa capacité de travail et qu'il n'avait pas d'autres activités compatibles avec son état de santé.

Le 12 juin 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions lors d'un second échange d'écritures.

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. d LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si les affections dont elle souffre justifient une incapacité de travail et sont invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

3. 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.

b) Selon les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur au 1^{er} janvier 2004 et applicables en l'espèce, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 1). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, 1^e phrase).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport

médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

4. Sur le plan neurologique, les experts indiquent que l'examen n'a démontré, comme seule anomalie significative, que des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien avec une possible hypoesthésie tactile et douloureuse de la pulpe des doigts I à V des deux côtés. Ils n'ont décelé ni pathologie radiculaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs ni pathologie cérébrale ou médullaire. Ils considèrent donc que la capacité de travail est entière. On ne retiendra pas l'avis du Prof. X. _____ qui estime que sa patiente ne peut plus travailler, dès lors que son appréciation ne se fonde sur aucune affection neurologique spécifique entraînant en tant que telle une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, les experts diagnostiquent des cervicalgies et lombalgies sur troubles dégénératifs, en précisant que l'examen radiologique ne montre que des troubles dégénératifs modérés, sans conflits disco-radiculaires ou autres conflits radiculaires possibles. Il n'y a pas d'éléments, ni anamnestiques ni à l'examen clinique, pour une radiculalgie d'accompagnement. Ils observent en outre des cervicalgies et des céphalées tensionnelles qui sont liées, ainsi que des lombalgies basses en barre. L'examen clinique met en évidence également une fibromyalgie avec présence de tous les points de Smythe. Ils en concluent que la recourante est capable de travailler à 50 % dans son activité habituelle d'employée de maison, mais serait capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée plus légère excluant le port de charges de plus de 5 kg et sans flexions antérieures du tronc de manière répétée. Le Dr J. _____ pose le même diagnostic, à savoir des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorsaux et un déconditionnement physique global et focal. En mars et août 2006, il a aussi indiqué que la recourante pouvait travailler à 50 % dans son activité habituelle; en novembre 2004, il a modifié son estimation dans le sens d'une incapacité de travailler à 100 %.

Or, outre le fait qu'il signale ne pas avoir revu la recourante depuis le mois d'avril 2006, on constate que son appréciation ne tient pas seulement compte des troubles rhumatologiques, mais également des diagnostics de dyssomnies et état anxio-dépressif réactionnel à la symptomatologie douloureuse. Son évaluation n'est donc pas pertinente du point de vue strictement rhumatologique. Il en va de même pour le Dr P. _____ qui retient également l'ensemble des troubles physiques et psychiques de sa patiente pour attester une incapacité totale de travailler.

Il suit de là que les conclusions des experts convaincantes et motivées s'agissant de l'aspect somatique doivent être suivies. Il y a dès lors lieu de retenir que sur ce plan, la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 15 janvier 2006.

5. Sur le plan psychiatrique, les experts posent les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, personnalité anxieuse, intelligence limitée et dysthymie, précisant que ce dernier diagnostic n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Ils retiennent une incapacité de travail de 50 pour-cent.

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). 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. 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 ses

douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan 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 (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), 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 traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_547 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

En l'espèce, les diagnostics de dysthymie, personnalité anxieuse et intelligence limite ne suffisent pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part de la recourante. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs - dans le cas particulier, la dysthymie - ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135). Les experts estiment d'ailleurs que ce diagnostic n'entraîne pas d'incapacité de travail. Quant aux deux derniers diagnostics précités, il faut admettre qu'ils n'ont pas empêché la recourante de travailler.

En ce qui concerne les autres critères permettant de nier l'exigibilité d'un effort de volonté pour surmonter les douleurs, il est constant que la recourante souffre d'affections corporelles chroniques, à savoir de cervicalgies et lombalgies sur troubles dégénératifs depuis au moins 2002, ce qui la contraint à exercer une autre profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le trouble somatoforme douloureux persistant, présent depuis 2000, résulte d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, qui a progressivement évolué de la région lombaire à la région dorso-cervicale, se compliquant de brachialgies plus ou moins diffuses, de douleurs thoraciques et de douleurs aux deux membres inférieurs (plus particulièrement les genoux et la région pré-tibiale), de paresthésies des deux mains nocturnes et matinales, de troubles du sommeil et de céphalées. En ce qui concerne l'état psychique cristallisé, il résulte de l'expertise que la personnalité anxieuse de la recourante l'empêche de régler correctement ses conflits et provoque une évolution chronique de ses problèmes relationnels (elle a des conflits au travail et avec sa famille au [...] en partie secondaires à ses difficultés d'affirmation

de soi) qui s'expriment en grande partie sous forme de plaintes algiques; ses limitations intellectuelles l'empêchant de verbaliser et ainsi de passer outre ou de résoudre ses conflits, l'état clinique s'est ainsi progressivement mais irréversiblement cristallisé depuis 2000. On constate également un échec des traitements conformes aux règles de l'art dans le sens où les troubles persistent malgré de nombreux traitements (cf. expertise, p. 23), la patiente ayant même sollicité des avis spécialisés de sa propre initiative (cf. expertise, p. 27). En revanche, travaillant toujours à 50 % et bien que se décrivant comme assez timide, on ne peut pas faire état d'une rupture des relations sociales de la recourante dans toutes les manifestations de la vie.

Il résulte de ce qui précède que la majorité des critères retenus par la jurisprudence pour évaluer le caractère du trouble somatoforme douloureux sont réalisés, avec une constance et une intensité suffisante pour que l'on puisse admettre une réduction de la capacité de travail de la recourante, contrairement à ce que retiennent les médecins du SMR dont les conclusions ne sauraient dès lors être suivies.

Au surplus, il y a lieu d'ajouter qu'il n'y a pas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, ni de grandes divergences entre les informations fournies par la recourante et celles ressortant de l'anamnèse. Comme relevé précédemment, la recourante s'est soumise à de nombreux traitements. Enfin, ses plaintes n'ont pas laissé les experts insensibles.

Il suit de là que sur le plan psychique également, l'expertise, qui procède d'une étude approfondie du cas de la recourante, ne comporte pas de contradictions et dont les conclusions sont claires et bien motivées, souscrit aux critères posés par la jurisprudence. Elle a ainsi valeur probante.

Il y a en conséquence lieu de retenir une incapacité de travail de 50 % dans toute profession dès le 15 janvier 2006.

6. Dès lors que la recourante peut travailler à 50 % dans sa profession tant sur le plan somatique que psychique, son taux d'incapacité de travail se confond avec son taux d'invalidité.

Elle a ainsi droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007 (cf. supra, consid. 3b).

7. En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007.

8. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 61 let. g LPGA et 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Claire Charton, avocat (pour H. _____)
- 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 :