

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2009

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Thalmann et M. Abrecht
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

J._____, à Cossonay-Ville, recourante, représentée par le Service juridique d'Intégration Handicap (ci-après : le SJH), à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** J._____, née en 1966, mariée, de nationalité portugaise, travaille en qualité de femme de ménage à 50%, depuis le 1^{er} novembre 1998, puis à 60% dès le 1^{er} mars 2000 pour F._____. Elle est également employée à 50% par l'entreprise X._____.S.A., à Renens, depuis le 1^{er} février 1999. Faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 2002 et de 50% dès le 2 juin 2003, pour laquelle l'intéressée a perçu des indemnités perte de gain de P._____ Assurances, J._____ a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 21 février 2000, tendant à l'octroi d'une rente.

Mandaté en qualité d'expert par P._____ Assurances, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport le 23 décembre 2003, dans lequel il pose le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus avec prédominance cervicobrachiale et lombaire. L'expert indique qu'il n'est pas mis en évidence de lésion organique susceptible d'expliquer l'ensemble et la persistance de la symptomatologie douloureuse. L'examen clinique ne révèle pas de limitation fonctionnelle anatomique de l'appareil locomoteur, une discopathie C6-C7, sans signe clinique radiculaire irritatif ou déficitaire, étant toutefois constatée. L'assurée présente également des points douloureux de fibromyalgie. L'expert précise que ce sont les douleurs ressenties par l'intéressée qui ont une répercussion fonctionnelle sur les activités de la vie quotidienne. Du point de vue rhumatologique-somatique, la capacité de travail de J._____ est entière. Il y a ainsi lieu de retenir que la capacité de travail globale de l'assurée, en tenant compte des répercussions fonctionnelles des douleurs, est actuellement de 60%, puis par la suite de 80% et enfin de 100% s'il n'y a pas d'élément psychiatrique justifiant une incapacité de travail.

Le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté en qualité d'expert par P._____ Assurances. Dans son rapport du 20 février 2004, il retient les diagnostics

de trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique de sévérité légère, et de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission sub-totale (burn out). L'expert indique que l'assurée a présenté une réaction anxio-dépressive en novembre-décembre 2002 qui a évolué favorablement au plus tard en avril-mai 2003. Il faut donc évoquer un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission sub-totale. Excepté les plaintes douloureuses, l'expert ne retient aucun autre diagnostic psychiatrique. L'assurée a assumé deux emplois physiquement exigeants. En l'absence de facteurs de stress familiaux, conjugaux ou autres dans l'environnement immédiat de l'assuré, il est possible d'évoquer un épuisement ou burn out professionnel (trouble de l'adaptation) à l'origine de l'état anxio-dépressif réactionnel diagnostiqué en novembre 2002 et qui s'est essentiellement manifesté par des somatisations et un abaissement du seuil de tolérance à la douleur. Sur le plan psychiatrique, l'expert estime que l'assurée présente une capacité de travail totale depuis le 21 janvier 2004, mais probablement depuis bien avant, dans toute activité adaptée à ses limitations physiques, à ses compétences et à sa motivation qui reste toutefois à démontrer.

Dans un rapport du 3 mars 2004, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic, affectant la capacité de travail, de syndrome douloureux diffus à prédominance cervico-brachiale et lombaire et d'état anxio-dépressif. Il indique que malgré les nombreux traitements instaurés, l'évolution n'est pas favorable. Le syndrome douloureux persiste et toute la vie de l'intéressée en est affectée, son temps de travail ayant dû être réduit à 50 pour-cent.

Le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation à la Clinique Z._____, a établi un rapport le 4 mars 2004, dans lequel il retient le diagnostic affectant la capacité de travail de cervico-scapulalgies sur troubles posturaux et discopathie dégénérative C6-C7 sans atteinte irritative neurogène et de lombopygalgies sur troubles posturaux et souffrances algodysfonctionnelles. Il atteste une

incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 2002 et de 50% dès le 2 juin 2003. Il est dès lors exigible que l'intéressée exerce une activité dans la proportion de 50 pour-cent.

Dans un rapport du 26 mai 2004, le Dr T._____, et la Dresse C._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au Département de psychiatrie S._____, (ci-après: S._____), retiennent les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen, et de trouble douloureux. Ils indiquent que l'assurée présente depuis environ une année et demie une symptomatologie dépressive (tristesse, pleurs, baisse de l'estime de soi, idées noires), exacerbée depuis environ trois mois. Le diagnostic de trouble douloureux est retenu compte tenu des plaintes douloureuses diffuses et fluctuantes en l'absence de substrat organique susceptible d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie, avec de plus la possibilité d'établir un lien entre différents facteurs de stress ou de conflits rencontrés par la patiente et une exacerbation de sa symptomatologie douloureuse. En ce qui concerne son traitement antidépresseur, il est proposé une augmentation par paliers de la posologie du Saroten Retard, afin de traiter l'état dépressif mais également d'agir favorablement sur la symptomatologie somatique. S'agissant de la capacité de travail, certains critères fondent un pronostic plutôt défavorable à la reprise d'une activité lucrative, parlant ainsi pour un caractère invalidant du trouble somatoforme. En effet, il est fait état d'une comorbidité psychiatrique sous forme d'un trouble dépressif, d'une chronicité (symptomatologie douloureuse depuis une année et demie) en voie d'installation, de symptômes stables, voire en évolution, d'un échec des traitements antérieurs et enfin de possibles bénéfices secondaires à la maladie. Par ailleurs, l'assurée se sent incapable de travailler plus qu'elle ne le fait actuellement. Ainsi, une activité professionnelle à temps partiel paraît être une solution appropriée car elle valide la capacité de travail de la patiente mais prend également en compte ses troubles douloureux et de l'humeur.

La Dresse W._____, médecin associé à l'Hôpital E._____, a établi un rapport le 15 novembre 2004, dans lequel elle retient les

diagnostics de cervico-scapulalgies bilatérales chroniques persistantes à caractère invalidant sur troubles dégénératifs (discopathies de C4 à C7 et hernie discale C6-C7), de dorso-lombalgies banales intermittentes sur troubles statiques et lésions dégénératives débutantes, de fibromyalgie, de syndrome de déconditionnement musculaire global, d'état dépressif majeur, d'excès pondéral (BMI: 28,2 kg/m²) et de status post-trombose veineuse profonde des veines péronières à droite après ostéotomie du premier métatarsien droit en juillet 2000. L'assurée présente des douleurs liées à des lésions dégénératives cervicales et à une hernie discale, problématique qui est reconnue pour engendrer une invalidité de degré plus ou moins important. Selon la Dresse W._____, J._____ ne présente pas de syndrome douloureux somatoforme, puisqu'elle fait bien la part des choses entre ses douleurs et son état dépressif, lequel semble assez important et pourrait à lui seul expliquer l'incapacité de travail. Relevant qu'elle n'est pas psychiatre, la Dresse W._____ estime toutefois que l'assurée n'a pas de bénéfices secondaires de sa maladie. En ce qui concerne uniquement la problématique ostéo-articulaire, il semble que la capacité de travail ne puisse dépasser le 50% vu les souffrances liées aux lésions dégénératives étagées cervicales et à la hernie cervicale.

b) Par décision du 18 mars 2005, la Caisse de pensions A._____ a mis J._____ au bénéfice d'une pension d'invalidité partielle de 50 pour-cent.

Le 13 juillet 2006, la Caisse de pensions A._____ a informé J._____ qu'après avoir pris connaissance du dossier de l'AI, elle avait décidé de supprimer sa pension d'invalidité partielle de 50% dès le 1^{er} juillet 2006. Elle relève que le Conseil d'administration a constaté qu'au moment de la reconnaissance de son invalidité, les données médicales en possession de son médecin-conseil étaient incomplètes.

J._____, représentée par le SJH, a déposé une demande auprès du tribunal des assurances du canton de Vaud, par acte du 28 septembre 2006, en concluant, avec dépens, au maintien de la rente d'invalidité de 50% au-delà du 1^{er} juillet 2006 et à ce que des intérêts

moratoires à 5% l'an, dès le dépôt de la présente demande, sont dus sur les arriérés de rente.

Par jugement du 4 décembre 2007 (PP 35/06 - 8/2008), le tribunal des assurances du canton de Vaud a admis la demande de J._____ (ch. I du dispositif) et maintenu le droit à une rente d'invalidité à 50% versée par la Caisse de pensions A._____ au-delà du 1^{er} juillet 2006 (ch. II du dispositif), considérant pour l'essentiel que l'expertise du Dr V._____ ne constituait pas un moyen de preuve nouveau (cf. TFA K 9/04 du 23 mars 2005), le diagnostic de cet expert ne s'écartant pas fondamentalement de celui du Département de psychiatrie S._____, mais constituant uniquement une appréciation différente (consid. 3).

c) Le 7 février 2008, la Dresse K._____ et le Dr H._____, tous deux médecins au Service médical régional AI (ci-après: SMR), ont établi un avis médical, dans lequel ils font notamment état de ce qui suit:

"L'expertise du Dr V._____ de janvier 2004 détaille avec beaucoup (réd: de) précision l'anamnèse psychique récente et lointaine, elle mentionne un épisode anxio-dépressif en hiver 2002-2003, à évolution favorable sous traitement. Au moment de l'expertise l'assurée ne s'estimait pas dépressive, ce qui a été confirmé par les observations faites par l'expert et par le test de Hamilton. Il est dès lors problématique d'affirmer en mai 2004 la présence d'une symptomatologie dépressive depuis 1 année ½, sur une base purement anamnestique, alors qu'un expert a constaté, description détaillée à l'appui, que tel n'était pas le cas en janvier 2004. Par ailleurs, les médecins du S._____ mentionnent que l'assurée a présenté une baisse de l'humeur suite au résultat de l'expertise de janvier, ce qui est fort probable, mais ceci ne permet pas de mettre en doute la pertinence des observations et des conclusions de l'expertise du Dr V._____. [...]

En ce qui concerne l'appréciation de la Dresse W._____ [...]. Elle conclut que les lésions dégénératives et la hernie discale sont une « problématique qui est reconnue pour engendrer une invalidité de degré plus ou moins importante ». Cette affirmation n'est pas admissible en l'absence de signes cliniques témoignant d'une éventuelle répercussion importante de ces lésions morphologiques sur l'état de l'assurée. Ce n'est pas pour rien qu'aucune indication opératoire n'avait été retenue face à cette hernie discale qui n'exerce pas de compression radiculaire cliniquement manifeste. La Dresse W._____ pose par ailleurs le diagnostic d'état dépressif majeur, sans aucune description du status, et en soulignant qu'elle n'est pas psychiatre. En effet, face à une expertise psychiatrique de

qualité, ces affirmations non-étayées ne peuvent être prises en compte. [...]

Ces deux documents ne permettent pas de contester les conclusions des expertises des Drs N. _____ et V. _____."

Par décision du 16 mai 2006, confirmée dans une décision sur opposition du 26 mars 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle.

B. J. _____, représentée par le SJH, a recouru contre la décision sur opposition de l'OAI du 26 mars 2008, par acte du 28 avril 2008, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et principalement à l'annulation de la décision attaquée, celle-ci étant réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il fixe le début du droit à la rente et son montant. Sur le plan somatique, l'assurée fait valoir d'une part que les conclusions du Dr N. _____ divergent de celle des Drs D. _____, Q. _____ et W. _____ et, d'autre part, que l'intimé a obtenu le rapport du Dr N. _____ sans autorisation expresse de l'assurée, de sorte qu'il ne peut être le fondement d'une décision. La recourante fait également valoir ce dernier argument s'agissant de l'expertise du Dr V. _____ qu'elle conteste en se fondant notamment sur l'expertise réalisée par les médecins du Département de psychiatrie S. _____. Elle considère en effet que le rapport circonstancié du Département de psychiatrie S. _____ retient un diagnostic de plus que celui du Dr V. _____, de sorte que l'OAI ne pouvait se baser sur cette expertise sans examiner au préalable les éléments supplémentaires évoqués par les médecins du Département de psychiatrie S. _____ qui convergent avec les rapports des Drs Q. _____ et N. _____.

Dans sa réponse du 16 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours.

Par réplique du 10 octobre 2008, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir entrepris l'investigation nécessaire afin d'établir

l'évolution ultérieure à l'expertise du Dr N._____, sur le plan somatique et ensuite de se baser uniquement sur le rapport du Dr V._____, alors qu'une contre-expertise du Département de psychiatrie S._____ arrive à des conclusions fondamentalement divergentes. La recourante relève que, dans le cadre du litige qui l'opposait à la Caisse de pensions A._____, les juges n'ont pas retenu les conclusions du Dr V._____. D'après ces derniers, il n'y avait pas de raison de préférer le rapport d'expertise du Dr V._____ à celui des médecins du Département de psychiatrie S._____ (TAss PP 35/06 - 8/2008 du 4 décembre 2007 pp. 7 et 8). Dès lors, l'office intimé n'a aucune raison de préférer un rapport d'expertise à un autre dans une telle situation (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008) de sorte qu'il convient de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Par duplique du 12 novembre 2008, l'OAI a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), 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 donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

2. En l'espèce, est litigieux le taux d'invalidité de la recourante.

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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'article 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 (art. 6 LPGA in fine).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Conformément à l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) La reconnaissance de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3 et 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 ces troubles 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 (ATF 131 V 49; 130 V 352). 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; à cet égard, une simple humeur dépressive ou un état dépressif réactionnel ne suffit pas (TF I 797/06 du 21 août 2007, consid. 4; TF I 129/02 du 29 janvier 2003, consid. 3.2 et les références).

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) ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) (1), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), 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) (3), ainsi que de l'échec des 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 (4) (ATF 130 V 352 précité). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra le caractère exigible de l'effort de volonté (TF I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3; Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77).

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

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialiste reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En outre, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

4. En premier lieu, la recourante fait valoir que l'OAI s'est procuré les expertises des Drs V. _____ et N. _____ de manière contraire à la loi. La demande de renseignements de l'OAI auprès de l'assureur-maladie perte de gain n'était toutefois pas illicite, dans la mesure où l'art. 43 LPGA autorise l'office à recueillir tous les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise en outre que l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté. En signant la demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée a autorisé notamment les caisses-maladies et les assurances publiques et privées à donner à l'OAI des renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations. Par surabondance, on relèvera qu'en vertu de l'art. 28 LPGA, la recourante aurait été tenue d'autoriser son assurance perte de gain à fournir les renseignements demandés par l'intimé.

Il convient dès lors de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante, en prenant en considération les pièces transmises par l'assureur-maladie perte de gain.

5. a) Sur le plan somatique, le Dr N. _____ retient le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus avec prédominance cervicobrachiale et lombaire, mais indique qu'il n'y a pas de lésion organique susceptible d'expliquer l'ensemble et la persistance de la symptomatologie douloureuse. Exposant que ce sont principalement les

douleurs qui ont une répercussion fonctionnelle sur les activités quotidiennes de l'assurée, il estime la capacité de travail entière si aucun élément psychiatrique ne justifie une incapacité de travail. Cette conclusion se fonde sur une étude circonstanciée. Le rapport repose sur des examens complets, prenant également en considération les plaintes de la recourante. L'anamnèse est détaillée et la description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont parfaitement claires. Les conclusions de l'expert sont bien motivées et convaincantes, de sorte que toutes les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître à ce rapport d'expertise une pleine valeur probante sont réunies. Par ailleurs, les autres avis médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de ce rapport d'expertise, lesquelles sont en outre confirmées par l'avis du 7 février 2008 des médecins du SMR.

En effet, pour le Dr Q._____, l'assurée présente un syndrome douloureux diffus à prédominance cervico-brachiale et lombaire et un état anxio-dépressif. Il indique que toute la vie de l'assurée est affectée par le syndrome douloureux de sorte que son temps de travail a dû être réduit à 50 pour-cent. Ainsi, le Dr Q._____ ne se prononce pas de manière explicite sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. En outre, il justifie l'incapacité de travail de 50% par le syndrome douloureux, soit un trouble psychique, de sorte que son estimation de la capacité résiduelle de travail de la recourante sur le plan somatique ne saurait prévaloir sur celle de l'expert N._____.

Dans son rapport du 4 mars 2004, le Dr D._____ retient le diagnostic affectant la capacité de travail de cervico-scapulalgies sur troubles posturaux et discopathie dégénérative C6-C7 sans atteinte irritative neurogène et de lombopygialgies sur troubles posturaux et souffrances algodysfonctionnelles. Il conclut à une capacité de travail résiduelle de 50 pour-cent. L'avis du Dr D._____, médecin traitant, ne constitue qu'une appréciation différente de la même situation médicale. Il convient ainsi d'attacher plus de poids à l'avis de l'expert N._____ qu'à celui du Dr D._____.

En outre, la Dresse W._____, dans son rapport du 15 novembre 2004, indique d'une part que l'état dépressif présenté par la recourante semble assez important et pourrait à lui seul expliquer l'incapacité de travail et, d'autre part, estime que, s'agissant uniquement de la problématique ostéo-articulaire, l'incapacité de travail s'élève à 50% en raison des souffrances liées aux lésions dégénératives étagées cervicales et à la hernie discale. Il y a ainsi une contradiction à faire valoir que l'état dépressif pourrait justifier à lui seul l'ensemble de l'incapacité de travail de 50% et d'affirmer que, compte tenu uniquement des troubles ostéoarticulaires, une incapacité de travail de 50% est justifiée. Il s'ensuit que pleine valeur probante ne peut être reconnue à ce rapport.

b) Du point de vue psychiatrique, une expertise a été réalisée par le Dr V._____ qui retient le diagnostic de trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique de sévérité légère, et de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission sub-totale (burn out). Il estime que l'assurée présente une capacité de travail entière depuis le 21 janvier 2004 mais probablement depuis bien avant, dans toute activité adaptée à ses limitations physiques, à ses compétences et à sa motivation qui reste toutefois à démontrer.

Pour le Dr T._____ et la Dresse C._____ (S._____), l'assurée présente un trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen, et un trouble douloureux. L'assurée se sentant incapable de travailler plus qu'elle ne le fait actuellement, ces médecins estiment qu'une activité professionnelle à temps partiel paraît une solution appropriée car elle "valide" la capacité de travail de la patiente mais prend également en compte ses troubles douloureux et de l'humeur. Ainsi, ils retiennent de manière implicite une capacité résiduelle de travail de 50 pour-cent. Cette conclusion ne convainc toutefois pas, puisqu'elle se fonde notamment sur un élément ne relevant pas de l'AI, soit le fait de retenir une certaine capacité de travail parce qu'elle "valide" la capacité de travail actuel de la

recourante. Il convient ainsi de lui préférer les conclusions de l'expert V._____.

Pour le surplus, contrairement à ce qu'affirme la recourante, le Tribunal des assurances du canton de Vaud, dans son jugement du 4 décembre 2007 (PP 35/06 - 8/2008) n'a pas considéré qu'il n'y avait pas de raison de préférer l'expertise du Dr V._____ à celle des médecins du Département de psychiatrie S._____. En effet, il a estimé que l'expertise du Dr V._____ ne constituait pas un moyen de preuve nouveau, son diagnostic ne s'écartant pas fondamentalement de celui du Département de psychiatrie S._____, mais une appréciation différente de la même situation médicale.

Il convient encore d'examiner si le trouble douloureux présenté par la recourante est de nature à réduire sa capacité de travail.

Au regard de la jurisprudence en la matière, il y a lieu de constater qu'il n'existe pas, chez la recourante, de comorbidité psychiatrique importante, par sa gravité, son intensité et sa durée. De plus, les autres paramètres nécessaires pour que puisse être reconnu, en tant qu'affection invalidante, un syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas non plus remplis: il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée continuant notamment à travailler à 50 pour-cent. En outre, la présence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, ne peut être retenue. En ce qui concerne la présence d'affections corporelles chroniques, ce critère ne présente pas en l'espèce une intensité et une gravité suffisantes pour justifier une réduction de la capacité de travail de la recourante. A cet égard, l'expert V._____ qualifie l'affection médicale générale chronique présentée par l'assurée de légère.

En définitive, la cour de céans considère que le syndrome douloureux présenté par l'assurée ne se manifeste pas avec une sévérité

telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa pleine capacité de travail ne puisse plus être raisonnablement exigée.

6. Le dossier de la recourante était suffisamment complet pour permettre à la cour de trancher le présent litige. La requête de mise en œuvre d'une expertise, telle que formulée en procédure par la recourante, doit dès lors être rejetée.

7. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

- 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Service juridique d'Intégration Handicap (pour J. _____)
- 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 :