

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Philippe Chaulmontet,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) N. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1969, séparée, sans enfant, ressortissante portugaise entrée en Suisse en 1997, est au bénéfice d'un permis C. Sans formation professionnelle, elle a travaillé dès le 21 avril 1998 en qualité de chauffeur de taxi (transport de personnes et d'enfants), au service de la Société Y. _____. Le 27 avril 2005, l'employeur a signifié à l'assurée son congé pour le 30 juin 2005, au vu de l'incapacité de travail qu'elle présentait depuis le 8 octobre 2004.

b) Le 5 octobre 2004, l'assurée a été victime d'un accident. Alors qu'elle transportait des écoliers vers leur domicile, une camionnette lui a refusé la priorité. L'assurée a signifié son mécontentement par un coup de klaxon auquel le chauffeur de la camionnette a répondu par un signe obscène. Voyant le chauffeur s'arrêter un peu plus loin, l'assurée s'est garée pour lui exprimer son irritation. Celui-ci a alors commencé à l'insulter et à la bousculer, puis l'a frappée avec un lecteur de code-barres à la tempe à gauche, ce qui a fait perdre l'équilibre à l'assurée, laquelle, étourdie, a néanmoins regagné son taxi pour terminer sa course.

Le cas a été annoncé à l'assureur-accidents, lequel a alloué les prestations légales (indemnité journalière et frais de traitement) pour les suites de cet accident jusqu'au 31 août 2005, date à laquelle, selon sa décision du 17 août 2005, il a mis fin à ses prestations, au motif qu'à compter de cette date, l'incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents, mais relevaient de l'assurance-maladie. Cette décision, qui n'a pas été contestée, est entrée en force.

B. a) Le 11 octobre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes, sollicitant l'octroi d'une rente. Concernant l'atteinte à la santé, elle a indiqué qu'après avoir été victime d'une agression le 5 octobre 2004, elle se sentait toujours incapable de travailler. Sur formule ad hoc, elle a fait savoir le 4 novembre

2005 qu'en bonne santé, elle souhaitait pouvoir travailler à 100% en tant que chauffeur.

b) L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a requis de l'assureur-accidents (correspondance du 28 octobre 2005) production de son dossier médical. L'assurance-maladie a également transmis son dossier à l'OAI. Y figuraient notamment les rapports médicaux suivants:

- dans un rapport d'examen du 20 janvier 2005, le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Il a indiqué que l'assurée présentait une aggravation progressive de son état de santé et a proposé un séjour à la Clinique Q._____;

- dans un rapport du 8 mars 2005, les Drs V._____, médecin associé et spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique, et E._____, médecin assistant, de la Clinique Q._____, ont relevé que si l'état de stress post-traumatique s'était totalement amendé, il persistait néanmoins des éléments cliniques permettant de poser le diagnostic de troubles de l'adaptation avec anxiété, justifiant la poursuite du traitement antidépresseur prescrit en ambulatoire. Quant à l'évolution vers un syndrome douloureux somatoforme persistant, elle était qualifiée de possible. L'incapacité totale de travail était maintenue jusqu'au 31 mars 2005, l'objectif étant une réintégration progressive dans le travail habituel. Le 2 mai 2005, les praticiens de la Clinique Q._____ ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire, Z 50.1), un syndrome douloureux chronique (diagnostic secondaire, R 52.2) et des troubles de l'adaptation avec anxiété à titre de co-morbidités (F 43.2);

- dans un rapport du 18 novembre 2005 adressé à l'assurance-maladie, le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine interne, a

diagnostiqué un syndrome douloureux chronique compatible avec une fibromyalgie, ainsi que des troubles de l'adaptation avec anxiété. Il a constaté qu'une symptomatologie dépressive avec une attitude de retrait social était évidente, la chronification des douleurs semblant inéluctable, alors que les mécanismes responsables de cette évolution demeuraient toutefois obscurs.

L'assurance-maladie a confié une expertise psychiatrique au Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 11 septembre 2006, l'expert a posé les diagnostics psychiatriques de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et de réaction mixte, anxieuse et dépressive, prolongée (F 43.22). Sur le plan somatique, il a retenu un syndrome douloureux chronique compatible avec une fibromyalgie. Il fait siennes les conclusions du Dr B._____, estimant qu'elles demeurent valables au jour de l'expertise et considère qu'une reprise du travail à 30% dans son activité de chauffeur de taxi serait idéale pour recommencer, l'assurée n'envisageant de toute façon aucune autre activité professionnelle.

c) Dans un rapport du 8, complété le 10 novembre 2005, adressé à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, médecine interne et neurologie, a posé les diagnostics de fibromyalgie avec douleurs péri-articulaires chroniques, troubles du sommeil et fatigue (diagnostic posé en janvier 2005), d'état anxio-dépressif post-traumatique (traitement par le Dr S._____) et de status après accident avec traumatisme hémifacial gauche direct le 5 octobre 2004 avec céphalées résiduelles, acouphènes et hypoacousie gauche (investiguées par le Dr P._____ à J._____). Il a considéré que l'activité de chauffeur de taxi n'était plus exigible, une reprise à 50% en novembre-décembre 2004 s'étant du reste soldée par un échec, aucune autre activité n'étant par ailleurs exigible.

Le 11 janvier 2006, le Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a adressé à l'OAI un rapport dans lequel il a diagnostiqué un syndrome douloureux

somatoforme persistant (F 45.4), ainsi qu'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F 43.21). Il a considéré que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans toute profession et a estimé que son état de santé s'aggravait.

Le 21 février 2006, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel il a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie avec cervico-dorso-lombalgies chroniques, asthénie et troubles du sommeil, d'état dépressif post-traumatique et de status après agression le 5 octobre 2004. Il a considéré que l'activité de chauffeur de taxi n'était plus exigible, la reprise éventuelle d'une activité professionnelle étant conditionnée à l'amélioration de l'état de santé, ce qui ne lui paraissait guère probable.

Dans un rapport du 7 juin 2006, le Dr P._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de surdité de perception légère gauche plus marquée dans les aigus, post-traumatique et d'acouphènes gauches post-traumatiques. Sur le plan ORL, la capacité de travail est totale dans toute activité, y compris l'activité habituelle de conductrice de taxi.

B. Dans un avis médical SMR du 31 octobre 2006, le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne, a demandé l'organisation d'un examen rhumatologique et psychiatrique, afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée, de leurs évolutions, de l'observance thérapeutique, et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique et/ou psychique. Il a relevé que l'estimation de la capacité de travail de l'intéressée variait selon les médecins interrogés de 0 à 30% et que les pièces médicales ne le convainquaient ni d'une capacité de travail résiduelle, ni d'une incapacité durable. En outre, les diagnostics retenus de fibromyalgie et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée devaient être confirmés et évalués en tenant compte de la jurisprudence actuelle.

L'assurée a été convoquée pour un examen rhumatopsychiatrique le 14 août 2007. Elle a été examinée par les Drs R._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et L._____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 10 septembre 2007, ils n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail (Z 71.1), alors que, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de discours algique polymorphe sans substrat organique, toxicomanie aux opioïdes sur prescription médicale (F 11.24) et de status post éléments anxieux et dépressifs à caractère réactionnel, actuellement en rémission (F 43.22). Ils se sont exprimés en ces termes sous l'intitulé "Appréciation du cas":

"Sur le plan somatique, il s'agit d'une assurée d'origine portugaise de 38 ans, victime d'un traumatisme crânien sans perte de connaissance en date du 05.10.04 (l'assurée reçoit un coup temporal gauche porté avec un appareil de scannage de colis). A la suite de ce traumatisme, l'assurée développe des plaintes algiques, dans un premier temps touchant le rachis cervical et les épaules, associées à des phénomènes de vertiges et de céphalées. Dans un 2^{ème} temps, la symptomatologie algique se généralise, elle touche l'ensemble du rachis, les membres supérieurs et inférieurs. Dans ce contexte, l'assurée est mise au bénéfice d'incapacité de travail à 100% depuis le 05.10.04; depuis lors, aucune activité n'a été reprise. Interrogée sur une éventuelle reprise d'activité professionnelle, l'assurée se déclare dans l'impossibilité d'envisager une reprise d'activité au vu des douleurs qu'elle présente. Interrogée sur l'origine des douleurs qu'elle présente, l'assurée est persuadée que les différents médecins qui l'ont prise en charge jusqu'à aujourd'hui ont sous-estimé ses plaintes et sont passés à côté d'une atteinte organique pouvant expliquer ses douleurs.

Au status, nous sommes en présence d'une assurée en excellent état général, adoptant des attitudes contrepulsives et par moment des attitudes algiques avec des épargnes dans la mobilité en ce qui concerne les membres supérieurs (les épaules et le rachis cervical). L'examen sur le plan ostéoarticulaire ne met pas en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celles imposées par une attitude contrepulsive extrêmement efficace de la part de l'assurée. Sur le plan neurologique, aucun déficit n'a été objectivé. Les documents radiologiques mis à notre disposition ne mettent en évidence aucune atteinte sur le plan squelettique pouvant expliquer les symptômes présentés par l'assurée.

L'examen de médecine générale est s.p., hormis la mise en évidence de tous les signes de non organicité selon Waddell (5/5) associés à 16/18 points selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie. Le diagnostic de fibromyalgie ne peut être retenu sur la base des critères de l'ARC en raison de la présence de points de contrôle positifs.

A signaler aussi une impression de ralentissement fluctuant et d'un équilibre précaire, aussi bien lors de l'anamnèse que de l'examen physique chez cette assurée, qui peut être en relation avec un surdosage d'opioïdes pris sur prescription (Tramal® jusqu'à 80 gttes par jour (!) à but antalgique).

En conclusion: l'assurée n'a aucune limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celles imposées par une attitude oppositionnelle. L'examen neurologique est normal. Les examens radiologiques n'ont jamais mis en évidence d'atteinte ostéoarticulaire pouvant expliquer la symptomatologie algique alléguée. Le diagnostic de fibromyalgie ne peut être retenu sur la base des critères stricts de l'ARC, raison pour laquelle est retenu le diagnostic de plaintes algiques polymorphes sans substrat organique sous-jacent.

Au vu de l'absence d'atteinte à la santé d'ordre somatique, aucune limitation fonctionnelle n'a été établie. La capacité de travail sur le plan somatique est considérée à 100% dans toute activité, au vu de l'absence d'atteinte à la santé à caractère invalidant.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 38 ans d'origine portugaise, en Suisse d'une manière définitive depuis 1997. Au bénéfice de 8 ans de scolarité au Portugal, l'assurée se rend en vacances en Suisse dès l'âge de 13 ans, pour s'y établir d'une manière définitive lors de son mariage en 1997, dont il n'y aura pas d'enfant.

Sur le plan professionnel, l'assurée travaille à J._____ comme chauffeur professionnel de taxis pour une entreprise. L'activité est exercée jusqu'à un arrêt de travail total lié à un accident survenu le 05.10.04. Une tentative de reprise professionnelle à temps partiel échoue rapidement.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'a aucun antécédent familial ni personnel avant cet événement d'octobre 2004. L'appréciation de ce jour met en évidence une assurée de bonne constitution psychique, qui montre des signes de souffrance face à sa problématique douloureuse chronique et à l'altercation qui a eu lieu au moment de l'accident, auquel elle attribue un lien de causalité avec les symptômes actuels.

A l'examen de ce jour, il n'y pas de signe de dépression au sens des classifications internationales (l'assurée est sous traitement antidépresseur), ni de signe d'anxiété. L'examen de ce jour n'a aucun moyen d'exclure la présence d'éléments anxieux, dépressifs ou autres dans le passé, mais ceux-ci n'ont pas laissé de séquelles.

Le fait que l'assurée soit fâchée contre l'homme avec qui elle a eu une altercation et qu'elle en ressente un besoin de réparation ne peut pas être considéré comme une atteinte médicale à la santé.

Les seuls éléments observables actuellement sont un ralentissement essentiellement moteur, associé à un sentiment d'ébriété, qui sont attribuables en totalité au traitement par opioïdes (Tramal® pris à des doses difficilement justifiables médicalement de 50 à 80 gttes par jour).

En conséquence, l'examen de ce jour ne permet de mettre en évidence aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique qui pourrait porter préjudice à l'exigibilité professionnelle de l'assurée.

Les limitations fonctionnelles

Aucune, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'assurée a été mise en arrêt de travail total à la suite d'un accident datant du 05.10.04.

Sur le plan psychiatrique, le dossier contient plusieurs rapports d'examens spécialisés:

(...)

- Le rapport médical du Dr D._____, pour la SUVA, datant du 20.01.05, mentionne une crainte que l'assurée ne mette inconsciemment en échec toute tentative de soins médicaux, il n'y a pas de mention d'incapacité de travail.

- Le rapport psychiatrique du Dr K._____, adressé à la SUVA le 30.06.05, mentionne un trouble de l'adaptation avec anxiété : l'assurée a rompu le suivi, convaincue d'avoir une fibromyalgie. Il n'y a pas non plus de notion d'incapacité de travail.

- Le rapport du psychiatre traitant, le Dr S._____, mentionne un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, dans son rapport médical du 11.01.05. L'activité habituelle est mentionnée comme non-envisageable.

Face à l'appréciation de ces divers rapports psychiatriques, il en ressort une reconnaissance d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques, jusqu'à fin mars 2005. Depuis lors, aucune appréciation psychiatrique ne mentionne d'incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il est crédible et vraisemblable que l'assurée ait souffert de symptômes psychiatriques sous forme d'anxiété ou de réaction dépressive; dans les suites de cet accident, cette incapacité de travail totale peut être reconnue jusqu'à fin mars 2005. Depuis lors, l'état de santé psychiatrique de l'assurée ne justifie aucune incapacité de travail.

Face aux notions médicales de fibromyalgie ou de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assurée n'a pas de comorbidité psychiatrique à caractère invalidant. Les affections corporelles chroniques sont décrites sur le versant somatique de cet examen, et n'ont pas non plus de caractère invalidant. Le processus maladif s'étend depuis actuellement 3 ans, si l'on s'appuie sur les

documents psychiatriques; les symptômes anxieux et dépressifs sont en rémission durable depuis fin mars 2005. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, puisque l'assurée garde des liens avec ses soeurs et avec une amie essentiellement, le processus défectueux de résolution de conflits pourrait être, comme le mentionne le Dr D. _____ du 20.01.05, une mise en échec inconsciente des tentatives de soins médicaux face au sentiment d'injustice d'avoir été frappée lors de l'altercation d'octobre 2005. Les traitements conformes aux règles de l'art apparaissent actuellement comme en tout cas partiellement efficaces, puisque l'assurée n'a plus de signe de dépression. Il n'y a pas de signe de non-coopération.

En conséquence, l'examen de ce jour ne met pas en évidence de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle de l'assurée.

Sur le plan strictement somatique, l'assurée aurait pu reprendre son activité habituelle au plus tard 3 semaines après le traumatisme subi.

Concernant la capacité de travail exigible, en absence d'atteinte à la santé d'ordre somatique, la capacité de travail exigible est totale dans toute activité.

Depuis avril 2005, l'assurée a, sur le plan psychiatrique, une exigibilité professionnelle totale dans toute activité.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE (CHAUFFEUR PROFESSIONNEL DE TAXI): 100%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 100%

DEPUIS: AVRIL 2005"

Par projet de décision du 21 novembre 2007, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a relevé qu'il ressortait clairement de l'examen clinique effectué par le Service médical régional que les symptômes faisant suite à l'accident subi par l'assurée ne pouvaient plus être considérés comme invalidants depuis le mois d'avril 2005. Ainsi, l'échéance du délai de carence d'une année n'est pas échu, dès lors qu'une pleine capacité de travail est exigible dès le mois d'avril 2005 (5 octobre 2004 - 1^{er} avril 2005).

Le 22 janvier 2008, le Dr S. _____ a adressé à l'OAI la lettre suivante:

"En tant que médecin psychiatre traitant de la patiente susnommée, je me vois dans l'obligation de revenir sur certains points concernant le rapport d'examen cité en titre. Je m'étonne, tout d'abord, du fait que l'on porte un diagnostic, celui de «discours algique polymorphe sans substrat organique», qui ne correspond, à ma connaissance, à aucune entité reconnue par les classifications internationales courantes. S'agit-il en fait d'une manière détournée d'évoquer un diagnostic comme F 68, c'est-à-dire une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ou F 68.1, soit production intentionnelle ou simulation de symptôme ou d'une incapacité, soit physique, soit psychologique, autrement dit un trouble factice ? Si c'est le cas, il faudrait à mon avis non seulement le dire, mais aussi fournir des arguments allant clairement dans le sens d'un tel diagnostic. Pourquoi en outre a-t-on préféré retenir un tel diagnostic (cité ci-dessus), plutôt que celui qui a été posé par plusieurs cliniciens qui ont, chacun, examiné attentivement la patiente, et sont tous parvenus au même diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. Ces cliniciens sont les Docteurs D._____, B._____, M._____, V._____, et le soussigné. Le rapport du SMR ne mentionne malheureusement que deux de ces médecins, et omet le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant retenu par le Dr D._____, comme par les autres médecins cités. Les critères d'un tel diagnostic sont réunis et il ne fait pas de doute que c'est ce diagnostic qu'il faut privilégier au vu des manifestations symptomatiques présentées par la patiente.

Il est clair que l'exclusion de ce diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant se complète d'une non-reconnaissance de l'incapacité de travail de la sus-nommée. Celle-ci est pourtant réellement dans l'incapacité de réaliser une activité professionnelle en raison de ses douleurs d'une part, de sa détresse d'autre part, et enfin en raison d'une instabilité réactionnelle de son humeur à dominante anxiodépressive. Je précise encore, ce dont je suis convaincu, que Mme N._____ a toujours souhaité et souhaite encore reprendre son travail, car elle appréciait beaucoup son travail et son métier de chauffeur de taxis. Actuellement, et depuis que je la suis, elle se sent vraiment trop fragile, trop instable, trop gênée par ses douleurs, trop incertaine de ses capacités.

En raison de ce qui précède, je me permets de demander que l'on ré-examine la situation et l'évolution de cette assurée, en tenant compte de certains aspects (cités) qui ont été insuffisamment pris en compte par l'examen du SMR du 10.09.07".

Dans un avis médical du 7 février 2008, le Dr F._____ a considéré que la lettre du Dr S._____ du 22 janvier précédent n'exposait aucun fait nouveau qui serait survenu depuis l'examen clinique effectué au SMR le 14 août 2007, et qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation. Les conclusions du rapport d'examen du SMR étaient en conséquence inchangées.

Par décision du 24 avril 2008, l'OAI a confirmé son préavis du 21 novembre 2007, dont la motivation, au demeurant identique, était intégralement reprise. Une lettre du 22 avril 2008 prenant position sur les objections soulevées par la correspondance du Dr S. _____ était jointe.

C. Par acte du 26 mai 2008, N. _____, représentée par l'avocat Philippe Chaulmontet, a recouru contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit accordée dès le 5 octobre 2005, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Pour l'essentiel, la recourante conteste l'intégralité du contenu du rapport médical du SMR du 10 septembre 2007. Dès lors qu'à ses yeux ce rapport présente des incohérences et des lacunes notables et que sa force probante doit être, selon elle, fortement remise en cause, elle sollicite, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dont l'objectif principal est d'établir – selon tous les critères posés par la jurisprudence – la présence d'un trouble somatoforme douloureux dont elle estime souffrir de manière invalidante et constante. Sa requête s'appuie sur des avis médicaux des Drs S. _____, du 20 mai 2008, et X. _____, du 22 mai 2008, qu'elle produit.

Par décision du 25 juillet 2008, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 mai 2008.

Dans sa réponse du 12 septembre 2008, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a en substance considéré qu'il ressortait des différents rapports médicaux au dossier que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique à sa fibromyalgie, les autres critères n'étant du reste pas non plus remplis. Il en découle que la fibromyalgie dont souffre la recourante ne saurait être considérée comme invalidante.

Le second échange d'écritures n'a pas apporté d'éléments nouveaux, parties ayant confirmé leurs conclusions respectives. Le 15

janvier 2009, la recourante a produit une polysomnographie datée du 16 décembre 2008. Se déterminant à propos de cette pièce le 9 février 2009 sur la base d'un avis médical du Dr F._____ du 6 février précédent, l'OAI a derechef maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

D. Le 26 mai 2010, le juge instructeur de la Cour de céans a ordonné une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 27 septembre 2010, le Dr C._____ a diagnostiqué un trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F 33.1) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Il a en bref conclu que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Ce rapport contient un résumé des faits et des extraits du dossier (p. 1 à 5), une anamnèse circonstanciée, comprenant notamment les antécédents médicaux et psychiatriques (p. 5 à 8), la description des plaintes actuelles (p. 9 et 10), le résumé des examens cliniques, des tests psychologiques et des examens de laboratoire effectués (p. 10 et 11), un appréciation finale comprenant un résumé du cas, une appréciation diagnostique et une appréciation assécurologique, ainsi que des conclusions (p. 12 à 20) et les réponses aux questions des parties (p. 21 à 26). Il en ressort notamment ce qui suit:

"Appréciation finale

Résumé du cas

L'assurée est une ressortissante portugaise, célibataire, sans enfants et qui vit maintenant seule dans son appartement de J._____. Elle dit avoir subi une rupture sentimentale difficile en 2006.

Des antécédents, on peut retenir un milieu familial traumatique avec un père présenté comme fantasque et potentiellement violent. Cet homme a quitté la famille lorsque l'assurée avait 4 ans. La mère est par contre décrite comme aimante, travailleuse et responsable.

L'assurée rapporte un développement et une scolarité sans difficulté majeure. Après avoir travaillé quelque temps sur les marchés avec sa mère, elle a émigré en Suisse. Elle a su trouver du travail et rester stable dans ses emplois. Elle a finalement exercé la profession de chauffeur de taxi à J._____ et s'est remarquablement intégrée en Suisse.

L'assurée rapporte une vie affective difficile. Elle mentionne une relation homosexuelle de plusieurs années qui s'est terminée dans la douleur en 2006. Actuellement, Mme N. _____ dit vivre seule.

C'est le 05.10.2004 que l'expertisée a été frappée à la face dans le contexte d'une algarade avec un conducteur qui lui avait coupé la priorité. Si l'atteinte physique n'a pas été grave, il en est resté un tableau de douleurs chroniques mal expliqué et une pathologie psychiatrique fonctionnelle.

L'expertisée n'a jamais repris le travail, d'après les informations à disposition. Elle est restée constamment souffrante depuis lors.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent et un syndrome douloureux somatoforme persistant*.

Trouble dépressif

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

La CIM-10 (...) et le DSM-IV-TR (...) ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit (7).

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

- L'épisode *léger* suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes.
- L'épisode dépressif *moyen* suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes.
- L'épisode dépressif *sévère* requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

Dans le cas présent, l'assurée rapporte effectivement les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif avec la tristesse, la fatigue anormale et la perte d'intérêt et du plaisir, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois.

Mme N._____ relate encore des symptômes secondaires d'un épisode dépressif, à savoir la baisse de l'estime de soi, les difficultés à se concentrer (oublis) et les troubles du sommeil.

L'examen objectif n'est pas en décalage avec ce que rapporte l'assurée. La présentation générale est manifestement celle d'une personne déprimée. On note aussi le ralentissement psychomoteur.

Au vu de ce qui précède, il est légitime de retenir un *épisode dépressif*. Cet épisode peut être qualifié de *gravité moyenne ou modérée*, selon les critères de la CIM-10. Ce degré de sévérité est corroboré par l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton du 09.09.2010.

En l'absence de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque, on peut réfuter le trouble bipolaire.

L'expertisée parle de dépressions saisonnières (...). Elle a pourtant dû bénéficier d'une médication psychotrope au moins à une reprise. En reprenant très minutieusement les choses et considérant l'évolution actuelle, le soussigné arrive aujourd'hui à la conviction que ce que l'assurée décrit lors du dernier épisode en 2004 paraît tout de même être plus sévère que ce que désigne la dépression saisonnière. Le seuil d'un épisode dépressif typique a vraisemblablement été acquis. Pour ce motif, le soussigné pense qu'il est justifié de retenir la *réurrence*.

Au terme de cette réflexion diagnostique, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (état actuel moyen)*, selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence.

L'évolution de ce trouble dépressif passe vraisemblablement par des hauts et des bas, comme c'est la règle en clinique. On peut dès lors admettre que la symptomatologie et les signes en conséquence aient été moins évidents lors de l'évaluation au SMR Suisse romande en août 2007 et qu'il ait été possible de parler de rémission. On peut admettre qu'à un moment ou à l'autre de l'évolution, on n'ait plus eu les critères d'un épisode dépressif et qu'on ait pu poser un diagnostic de trouble de l'adaptation, au vu du contexte existentiel de l'expertisée.

Avec le recul, le soussigné est tout de même convaincu qu'on est bien maintenant face à un véritable trouble dépressif, qui s'est d'ailleurs manifesté avant les événements en cause. La composante réactionnelle ne fait néanmoins pas de doute. On sait que l'assurée est révoltée et qu'elle est persuadée qu'elle a été victime d'une injustice et que la procédure judiciaire ne l'a quant à elle pas reconnue ni compensée équitablement.

Syndrome douloureux somatoforme persistant

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

Tableau 1:

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

A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient.

B. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20- F29), d'un trouble de l'humeur (affectif) (F30-F39), d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2).

Dans le cas présent, l'expertisée se plaint de douleurs touchant essentiellement l'appareil locomoteur. Celles-ci sont sa préoccupation permanente et principale. Elles n'ont pas de socle organique suffisant à les expliquer. Elles se situent dans le contexte d'une détresse qui ne fait guère de doute. On peut dès lors retenir le critère A du tableau 1 ci-dessus.

L'assurée présente certes un trouble dépressif qui s'est manifesté avant le syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce trouble dépressif n'est pourtant pas de gravité extrême. Il ne domine pas le tableau clinique. Il ne paraît pas justifié d'en faire ici un facteur d'exclusion du trouble somatoforme de Mme N._____. On n'a pas davantage de trouble psychotique. On n'a pas d'arguments pour retenir un autre trouble somatoforme. On n'a dès lors pas les critères d'exclusion prévus à la lettre B du tableau 1 ci-dessus.

Au terme de cette réflexion diagnostique, le soussigné retient le *syndrome douloureux somatoforme persistant*, conformément aux critères de la CIM-10.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant a déjà été évoqué par le soussigné dans son consilium psychiatrique du 03.03.2005 à la Clinique Q._____. Il apparaît aussi au dossier dans sa variante que peut être ici ce que désigne le terme de fibromyalgie. Il est retenu par le rapport des médecins d'arrondissement SUVA du 20.01.2005, dans une évaluation qui comprenait la participation d'un psychiatre FMH. Il est retenu dans l'expertise M._____ du

11.09.2006. Il est enfin constamment diagnostiqué par le Dr S._____, médecin psychiatre traitant.

Le Dr K._____ (...) médecin psychiatre traitant de l'époque, n'a pas retenu de trouble somatoforme dans son libellé diagnostique. Dans la mesure où il nomme la fibromyalgie à travers ce que lui dit sa patiente, on peut admettre qu'il n'ait pas voulu cumuler une entité diagnostique du registre des troubles somatoformes. Il n'y a pas d'argument pour admettre que le trouble n'ait pas été présent à l'époque.

Pour le solde, le soussigné se rallie à la prise de position du 22.01.2008 du Dr S._____, médecin adjoint à l'Hôpital psychiatrique W._____, à propos du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10.09.2007. Le libellé de "discours algique polymorphe sans substrat organique" ne correspond à aucune entité reconnue par les classifications internationales. On comprend mal pourquoi il n'a pas été retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant à l'époque, comme c'est généralement le cas dans ce dossier, alors que les critères étaient pour le soussigné manifestement présents.

Autres pathologies psychiatriques

Actuellement, l'assurée n'avait plus les signes d'imprégnation par des substances psycho-actives constatés lors de l'examen au SMR Suisse romande du 14.08.2007. Elle semble mieux gérer sa médication de tramadol. Elle réfute d'ailleurs toute dépendance. Pour ces motifs, le soussigné ne retient pas de "toxicomanie aux opioïdes sur prescription médicale", comme cela a été fait dans le rapport du SMR Suisse romande du 10.09.2007.

Le soussigné ne retient pas davantage de trouble état de stress post-traumatique. Il est possible que l'assurée ait présenté une telle symptomatologie peu après l'altercation en cause. Le trouble n'a pourtant été retenu que par un seul psychiatre dans un rapport médical du 14.01.2005. Il ne réapparaît pas dans les suites. Il est écarté par l'examen des médecins d'arrondissement SUVA de Lausanne. Il n'a pas été constaté par le soussigné en février et mars 2005.

En fait, il est vraisemblable que l'assurée ait présenté des éléments d'état de stress post-traumatique dans les deux à trois mois qui ont suivi l'altercation en cause. Elle a aussi présenté des éléments anxieux qui ont fait retenir un trouble de l'adaptation en conséquence. Actuellement, on doit admettre l'évolution vers un trouble dépressif franc.

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle

pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Appréciation assécurologique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent (état actuel moyen).

Préambule

Le syndrome douloureux somatoforme persistant procède, comme la fibromyalgie, d'une *classification syndromatologique*. L'idée qui sous-tend ce type de classifications consiste à catégoriser des ensembles de signes et symptômes qui sont délimités par une association cohérente, vérifiable et reproductible, quelle qu'en soit la cause. Il s'agit donc d'une démarche purement descriptive.

Cette démarche s'éloigne des *classifications nosologiques* du modèle biomédical *stricto sensu* où la maladie correspond à une cause, à des lésions démontrables, à une évolution et à une réponse thérapeutique qui demeurent toujours corrélées à l'état des lésions.

Ce préambule est fondamental, car il souligne le fait que certains syndromes (trouble somatoforme, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique) n'ont pas forcément valeur de maladie au sens biomédical du terme. Ils ont en fait un seul objectif de classification pour favoriser la communication entre soignants et la recherche scientifique dans le domaine qu'ils désignent. De façon délibérée ou non, la confusion entre syndrome et maladie se pratique fréquemment, surtout dans les situations de possible compensation.

Au vu de [ce] qui précède, le soussigné considère comme justifié qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne légitime pas une incapacité de travail en soi. Il paraît raisonnable d'exiger que le tableau clinique procède d'un contexte psychosocial délétère et d'une comorbidité psychiatrique sévère pour envisager la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée.

Appréciation clinique

En premier lieu, il convient d'effectuer une appréciation clinique de la situation. L'assurée est manifestement souffrante et déprimée. Elle n'a rien d'inauthentique. Elle s'est positionnée dans un statut de victime étant persuadée qu'elle a été injustement traitée au terme de la procédure qui a suivi les événements en cause.

Le tableau clinique est fortement réactionnel. Il a pourtant pris ses galons de chronicité, sachant que l'expertisée s'est désinsérée du monde du travail depuis plusieurs années et qu'elle constate n'avoir pratiquement plus aucune possibilité d'obtenir la réparation dont elle croit avoir droit de la part de l'automobiliste en cause.

L'expertisée présente un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent (état actuel moyen). On n'a pourtant pas d'argument pour admettre que cet état dépressif soit sévère ou qu'il l'ait été durablement à un moment ou l'autre de

l'évolution. On n'a pas de trouble psychiatrique grave de l'axe I du DSM-IV-TR (...) comme un trouble anxieux sévère, une atteinte cérébro-organique ou une pathologie psychotique. On n'a pas d'argument pour un sévère trouble de personnalité.

Points nécessitant un examen particulier

Dans un tel contexte, il convient aussi d'examiner un certain nombre de points particuliers.

La comorbidité psychiatrique est un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme.

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est celle d'un trouble dépressif moyen, sans plus. Celui-ci fluctue en intensité. Sa gravité s'abaisse occasionnellement en dessous du seuil diagnostique d'un épisode dépressif typique. Il est parfois noté la rémission. Il est parfois noté un simple trouble de l'adaptation. Il n'y a pas d'arguments pour un épisode dépressif sévère et en tous les cas pas d'arguments pour un épisode dépressif sévère qui aurait pris des caractéristiques de chronicité. En appliquant les règles d'appréciation usuelle, on doit dès lors admettre que la comorbidité psychiatrique n'est pas manifestement sévère et qu'elle n'a pas des caractéristiques définitives de chronicité.

En cas de trouble somatoforme, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause).

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant de jour, afin d'être davantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations vont dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère.

Dans le cas présent, l'assurée conserve un réseau social, même s'il s'est rétréci depuis les événements en cause. Elle a un (ou une) ami avec lequel elle conserve des liens étroits. Il y a les rapports réguliers avec sa soeur du Bouveret. Il y a les contacts avec sa famille d'origine et sa mère en particulier. Il y a les retours annuels au Portugal pendant les vacances. Enfin l'assurée garde d'excellentes capacités relationnelles. Elle l'a démontré lors des deux consultations d'évaluation auprès du soussigné.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme, on constate que l'assurée ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier.

On peut admettre ici un processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assurée se sont progressivement imposés depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisée bénéficiant des soins adéquats et se montrant observante des traitements qui lui sont proposés.

Certains douloureux chroniques ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Dans le cas de Mme N. _____, il est vrai que la situation semble progressivement se fixer et prendre des caractéristiques de chronicité. Ce qu'on trouve au dossier jusqu'ici montre néanmoins une certaine plasticité. La sévérité de la symptomatologie dépressive peut varier. Une partie du tableau clinique est manifestement réactionnel.

En prenant en compte tant les critères de comorbidité que les autres points habituellement considérés en cas de trouble somatoforme, il paraît difficile d'admettre qu'on soit dans la situation d'un syndrome douloureux somatoforme persistant d'une sévérité telle qu'il justifie l'exception. Il ne paraît guère possible d'admettre ici que l'expertisée ne soit pas à même de reprendre son activité professionnelle en plein, du point de vue strictement psychiatrique et des règles appliquées usuellement dans un tel cas.

Conclusions

En conclusion, l'assurée est une ressortissante portugaise de 41 ans, séparée puis devenue veuve et qui est sans enfants. Elle dit actuellement vivre seule.

Des antécédents, on retiendra un père fantasque et potentiellement violent. L'expertisée rapporte néanmoins une enfance, une adolescence et une entrée dans la vie active sans difficulté majeure. L'émigration semble s'être bien passée. L'assurée paraît bien intégrée en Suisse.

Si Mme N. _____ a présenté des périodes dépressives avant les événements en cause, c'est depuis le 05.10.2004 que s'est progressivement installé un tableau de douleurs sans substrat organique et une symptomatologie dépressive d'intensité variable. L'expertisée a été frappée lors d'une altercation avec un automobiliste.

Depuis lors, Mme N. _____ n'a jamais repris son travail. L'appréciation diagnostique actuelle parle pour un syndrome douloureux somatoforme persistant et sa comorbidité d'un trouble dépressif de degré moyen ou modéré.

En examinant les critères usuels dans un tel cas, le soussigné ne peut retenir une situation de trouble somatoforme exceptionnellement grave. Il ne paraît dès lors pas justifié, avec les

critères actuels, d'admettre une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Actuellement le traitement peut être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer sur ce plan.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une personne plutôt polyvalente et qui a des capacités adaptatives indéniables. Une aide au placement pourrait se justifier si l'assurée en faisait une demande motivée et donnait une suite active à ce qui lui serait proposé.

Le pronostic est difficile à formuler chez une personne qui conserve tout de même des ressources. Il pourrait être sombre. Il n'est pourtant pas exclu que l'expertisée soit à même de tourner la page et de se réinsérer dans le monde du travail, sachant qu'elle a tout de même des ressources et des capacités adaptatives.

Réponses aux questions

En préambule, il est souligné que l'appréciation globale du cas, de l'atteinte à la santé, de l'exigibilité et des mesures éventuelles à prendre est étayée et argumentée dans la discussion finale de ce travail d'expertise. La réponse aux questions ci-après n'en reprend que quelques éléments. Il est donc vivement souhaitable que le lecteur prenne intégralement connaissance de cette discussion finale pour avoir une bonne compréhension des conclusions de l'expert.

Questionnaire de l'assurée

1. Quels diagnostics peuvent être posés sur l'intéressée?

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de trouble dépressif récurrent (état actuel moyen) (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), selon les critères et la dénomination exacte des ouvrages de référence.

2. Existe-t-il une interdépendance entre ces diagnostics?

Oui, il existe un certain degré d'interdépendance entre ces deux diagnostics. Le syndrome douloureux somatoforme persistant est ici le diagnostic principal. Dans ce contexte, on constate un trouble dépressif qui fluctue en intensité et qui est en partie réactionnel à ce que désigne déjà le syndrome douloureux somatoforme persistant.

3. Quelle est l'influence de chacun de ces diagnostics sur l'état de santé physique et psychique de l'intéressée?

Ces deux diagnostics désignent des troubles mentaux et du comportement au sens des ouvrages de référence.

S'il peut y avoir controverse sur la valeur de maladie attribuée aux troubles somatoformes que certains perçoivent comme un comportement anormal de malade, le trouble dépressif est généralement assimilé à une maladie mentale.

4. Ont-ils une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée?

En examinant les critères usuels dans un tel cas, le soussigné ne peut retenir une situation de trouble somatoforme exceptionnellement grave. Il ne paraît dès lors pas justifié, avec les critères actuels, d'admettre une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

5. A quand remonte chacune de ces atteintes psychiatriques et les conséquences qui en ont découlées?

Il y a des motifs pour admettre que l'assurée a présenté des troubles dépressifs depuis le début des années 2000 et que ceux-ci ont toujours évolué vers la rémission.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant et sa comorbidité dépressive se sont progressivement imposés depuis l'événement traumatique du 05.10.2004.

6. Un traitement est-il envisageable?

Actuellement, le traitement peut être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer sur ce plan.

7. L'intéressée souffre-t-elle d'affections corporelles chroniques collatérales?

Dans la mesure où ce que désigne la fibromyalgie peut être assimilé au syndrome douloureux somatoforme persistant, le dossier ne rapporte pas ici d'affection corporelle chronique comorbide.

8. L'intéressée est-elle victime d'un retrait social dans toutes les manifestations de la vie?

Non, l'intéressée n'est pas victime d'un retrait social dans toutes les manifestations de la vie. Elle a un (ou une) ami avec lequel elle conserve des liens étroits. Il y a les rapports réguliers avec sa soeur du Bouveret. Il y a les contacts avec sa famille d'origine et sa mère en particulier. Il y a les retours annuels au Portugal pendant les vacances. Enfin l'assurée garde d'excellentes capacités relationnelles. Elle l'a démontré lors des deux consultations d'évaluation auprès du soussigné.

9. Existe-t-il un traitement ambulatoire ou stationnaire envisageable pour obtenir une guérison ou à tout le moins une amélioration des atteintes psychiques et physiques dont souffre l'intéressée?

Actuellement, le traitement peut être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer sur ce plan.

10. Quelles sont les limitations fonctionnelles dont souffre l'intéressée?

En examinant les critères usuels dans un tel cas, le soussigné ne peut retenir une situation de trouble somatoforme *exceptionnellement* grave. Il ne paraît dès lors pas justifié, avec les critères actuels, d'admettre des limitations fonctionnelles qui vaudraient pour une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Questionnaire de l'office AI

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

a. Anamnèse professionnelle et sociale

b. Evolution de la maladie et résultats de thérapies

c. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Voir texte

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré (e)

Voir texte

3. Status clinique

Voir texte

4. Diagnostics (selon classification ICD-10 DSM-IV-TR)

a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

Aucun sur le plan psychiatrique

b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de trouble dépressif récurrent (état actuel moyen) (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), selon les critères et la dénomination exacte des ouvrages de référence.

Il y a des motifs pour admettre que l'assurée a présenté des troubles dépressifs depuis le début des années 2000 et que ceux-ci ont toujours évolué vers la rémission. Le syndrome douloureux somatoforme persistant et sa comorbidité dépressive se sont progressivement imposés depuis l'événement traumatique du 05.10.2004.

5. Appréciation du cas et pronostic

Mme N. _____ est une ressortissante portugaise de 41 ans, séparée puis devenue veuve et qui est sans enfants. Elle dit actuellement vivre seule.

Des antécédents, on retiendra un père fantasque et potentiellement violent. L'expertisée rapporte néanmoins une enfance, une adolescence et une entrée dans la vie active sans difficulté majeure. L'émigration semble s'être bien passée. L'assurée paraît bien intégrée en Suisse.

Si Mme N. _____ a présenté des périodes dépressives avant les événements en cause, c'est depuis le 05.10.2004 que s'est progressivement installé un tableau de douleurs sans substrat organique et une symptomatologie dépressive d'intensité variable. L'expertisée a été frappée lors d'une altercation avec un automobiliste.

Depuis lors, Mme N. _____ n'a jamais repris son travail. L'appréciation diagnostique actuelle parle pour un syndrome douloureux somatoforme persistant et sa comorbidité d'un trouble dépressif de degré moyen ou modéré.

En examinant les critères usuels dans un tel cas, le soussigné ne peut retenir une situation de trouble somatoforme exceptionnellement grave. Il ne paraît dès lors pas justifié, avec les critères actuels, d'admettre une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Actuellement le traitement peut être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer sur ce plan.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une personne plutôt polyvalente et qui a des capacités adaptatives indéniables. Une aide au placement pourrait se justifier si l'assurée en faisait une demande motivée et donnait une suite active à ce qui lui serait proposé.

Le pronostic est difficile à formuler chez une personne qui conserve tout de même des ressources. Il pourrait être sombre. Il n'est pourtant pas exclu que l'expertisée soit à même de tourner la page et de se réinsérer dans le monde du travail, sachant qu'elle a tout de même des ressources et des capacités adaptatives.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (*qualitatives et quantitatives*) en relation avec les troubles constatés

a. Au plan physique

b. Au plan psychique et mental

c. Au plan social

Pour des motifs qui ont été développés plus haut, le soussigné ne retient pas de limitations psychiatriques dans ce cas.

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

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

b. Description précise de la capacité résiduelle de travail?

c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour) ?

d. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

e. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

f. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Pour des motifs qui ont été développés plus haut, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui dans [quel] délai? Sinon, pour quelles raisons?

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

a. Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

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

Actuellement le traitement peut être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer sur ce plan.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une personne plutôt polyvalente et qui a des capacités adaptatives indéniables. Une aide au placement pourrait se justifier si l'assurée en faisait une demande motivée et donnait une suite active à ce qui lui serait proposé.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e) ?

a. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il/elle satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

b. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

c. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

d. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Le soussigné n'a pas de proposition à formuler dans ce cas.

D. Remarques

Néant."

Dans ses déterminations du 27 octobre 2010, l'OAI a relevé que l'expert arrivait à la conclusion que la recourante souffrait d'un trouble somatoforme douloureux et d'un trouble dépressif récurrent, état actuel moyen, affections n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail selon la jurisprudence en la matière. Le Dr C._____ confirme dès lors l'appréciation de la capacité de travail faite par les examinateurs du SMR d'une part, ainsi que l'absence d'aggravation d'autre part. L'OAI estime ainsi que cette expertise est parfaitement probante et ne voit pas de raisons de s'écarter de ses conclusions, de sorte qu'il propose derechef le rejet du recours.

Pour sa part, la recourante, tout en reconnaissant le rapport d'expertise du Dr C._____ comme étant un travail détaillé et bien documenté, relève dans son écriture du 15 décembre 2010 plusieurs erreurs et contradictions entachant ce rapport et militant selon elle en faveur d'un complément d'expertise. Elle a en outre produit deux rapports médicaux.

Dans un rapport du 24 novembre 2010, le Dr S._____ a indiqué que le rapport d'expertise du Dr C._____ était un excellent travail, détaillé, complet et didactique. Il s'est déclaré d'accord avec tout ce qui était contenu dans ce rapport, à l'exception de ses conclusions. Il a concédé ne pas comprendre comment une personne souffrant d'un trouble douloureux somatoforme persistant depuis 6 ans, d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen), manifestant donc une comorbidité indiscutable et des signes de chronicité tout aussi indiscutables, ayant un réseau social effondré et une résistance au traitement effectué selon les règles de l'art, peut être considérée à l'égal d'une personne valide et indemne de limitations fonctionnelles psychiatriques, et par conséquent capable de reprendre un travail sans problèmes. Pour le Dr S._____, il ne fait pas de doutes que la recourante présente une incapacité de travail et de gain complète, au vu des douleurs multiples et des restrictions induites par elles, souffrant de plus d'un état dépressif très bien décrit et reconnu comme tel par l'expert.

Dans un avis du 30 novembre 2010, le Prof. Z._____, médecin-chef au Service d'anesthésiologie et antalgie de l'Hôpital U._____, s'est gardé de remettre en cause l'appréciation psychiatrique du Dr C._____. Il a en revanche considéré que l'incapacité de travail reconnue par l'expert psychiatre pouvait être discutée, même s'il a indiqué être d'accord avec celui-ci pour dire que la recourante était souffrante et que ses plaintes étaient authentiques. A son avis, il n'est pas réaliste d'estimer que la capacité de travail est maintenue.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) -

sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution

de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente.

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1^{re} phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2).

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 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

Selon la Haute Cour, 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 c. 2.2).

4. Sur le plan somatique, les médecins du SMR n'ont retenu aucune atteinte à la santé d'ordre somatique, de sorte qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été établie. De son côté, le Dr X._____ ne pose aucun diagnostic dans son avis du 22 mai 2008 et renvoie au rapport du Dr S._____ du 20 mai 2008, lequel, psychiatre, retient un syndrome douloureux somatoforme persistant. La recourante allègue souffrir de troubles du sommeil et a produit une polysomnographie datée du 16 décembre 2008, qui fait état d'une suspicion de syndrome des apnées

obstructives du sommeil et du syndrome des jambes sans repos associé à des mouvements périodiques des membres inférieurs au cours du sommeil. Outre que ce document ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante, il ressort de l'examen des médecins du SMR que la recourante décrit un sommeil de très mauvaise qualité, qu'elle dort par tranches de deux heures environ et qu'elle se réveille sans parvenir ensuite à se rendormir. Par ailleurs, les médecins du SMR ont constaté des palpitations et une oppression thoracique en situation de stress ou de nervosité survenant essentiellement la nuit. L'expert C._____ fait également allusion à un sommeil perturbé. Quant au syndrome des jambes sans repos, attesté depuis le mois de décembre 2008 pour la première fois soit postérieurement à la décision entreprise, il n'a pas été considéré comme étant une cause d'empêchements durables à l'intégration dans le monde du travail (avis médical du Dr F._____ du 6 février 2009). Enfin, tous les médecins ayant examiné la recourante s'accordent à reconnaître l'existence d'un tableau douloureux affectant principalement l'appareil locomoteur. A cet égard, l'avis du Prof. Z._____ du 30 novembre 2010, dont l'appréciation n'est au demeurant pas documentée, ne fait que confirmer les constatations opérées par les médecins ayant examiné la recourante, si bien qu'elle n'est pas susceptible de mettre en doute les conclusions des médecins du SMR.

Faute d'avis de spécialistes mettant en doute les conclusions des médecins du SMR, il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière sur le plan somatique ce, dans toute activité, au vu de l'absence d'atteinte à la santé. Subsiste cependant la question de la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique; doit, en d'autres termes, être examinée la question du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne

volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 c. 4c in fine; 102 V 165; Pratique VSI 2001 p. 223 c. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1). La fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 c. 4.2.1).

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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 ss c. 5.3 et c. 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 traitements), 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).

Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs 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 352 c. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, *op. cit.* p. 81, note 135).

6. L'expertise judiciaire réalisée par le Dr C._____ porte essentiellement sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux et sur son caractère invalidant éventuel. Si les médecins du SMR ne retiennent pas le diagnostic de fibromyalgie ou celui de trouble somatoforme douloureux, l'expert considère en revanche qu'il se justifie de diagnostiquer un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Le Dr S._____, psychiatre traitant, avait déjà posé ce même diagnostic dans son avis du 20 mai 2008. Celui-ci s'interrogeait par ailleurs sur la possibilité de retenir le diagnostic de fibromyalgie, tout en concédant que ce qui différenciait le syndrome douloureux somatoforme de la fibromyalgie demeurait un sujet de débat au sein de la communauté médicale. Quoi qu'il en soit, l'expert écarte la fibromyalgie, étant donné l'absence d'affection corporelle chronique morbide. Cela étant, alors que l'expert ne retient aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique, le Dr S._____ estime au contraire que la recourante présente des limitations fonctionnelles psychiatriques, entraînant une incapacité de

travail et de gain totales. Ce point est le seul sur lequel l'expert et le Dr S._____ sont en désaccord, puisque ce dernier écrit dans son avis du 24 novembre 2010 qu'il est d'accord avec tout ce que dit l'expert, hormis ses conclusions.

Tout en divergeant de l'expert quant à la capacité de travail de la recourante, force est de reconnaître que le Dr S._____ ne fournit aucun élément nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert pour étayer son point de vue. Il se borne plutôt à avouer son incompréhension et fait état de propositions "apparemment contradictoires" contenues dans le rapport d'expertise. Ainsi, le Dr S._____ relève que l'expert fait état d'un tableau clinique qui a pris ses galons de chronicité, associé à un pronostic qui pourrait être sombre, et d'autre part, que l'expert envisage la possibilité de reprendre un travail à temps complet parce que la recourante conserve encore des ressources et parce qu'il n'est pas exclu qu'elle puisse tourner la page. Ces considérations paraissent certes, à première vue, s'opposer, voire s'exclure, lorsqu'on les confronte. Or, le Dr S._____ méconnaît ici la démarche de l'expert qui procède d'une description précise et nuancée de la situation de la recourante. Bien que l'expert doive répondre aux questions qui lui sont posées, il n'en demeure pas moins que son appréciation ne saurait être univoque et doit bien plutôt reposer sur une analyse circonstanciée du cas. De surcroît, l'expert souligne en préambule à son appréciation asséurologique qu'il considère comme justifié qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne légitime pas une incapacité de travail en soi. A ses yeux, il paraît en effet raisonnable d'exiger que le tableau clinique procède d'un contexte psychosocial délétère et d'une comorbidité psychiatrique sévère pour envisager la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée. Ces remarques coïncident avec la jurisprudence résumée au considérant 5 ci-avant. C'est donc bien plutôt l'ampleur du syndrome somatoforme douloureux persistant et la sévérité de la comorbidité psychiatrique éventuellement associée qui sont le cas échéant de nature à induire une incapacité de travail, bien plutôt que leur existence même. Or, l'expert considère qu'il n'y a pas lieu de retenir une situation de trouble

somatoforme exceptionnellement grave, susceptible de faire admettre une incapacité de travail. Bien que la recourante, ainsi que le Dr S._____, tentent de démontrer le contraire, ils ne fournissent aucun élément à l'appui de leurs allégations. Dans son écriture du 15 décembre 2010, la recourante énumère plusieurs erreurs et contradictions, qui selon elle, entacheraient le rapport d'expertise du Dr C._____, lequel serait ainsi dépourvu de valeur probante. Or, les points évoqués par la recourante ne sauraient constituer des motifs impératifs, infirmant de manière décisive les conclusions de l'expertise. Ils paraissent d'autant moins concluants que le Dr S._____ qualifie ce même rapport d'excellent travail. Il convient en premier lieu de souligner que les constatations de l'expert se fondent sur les propres dires de la recourante quant à sa vie quotidienne; elle ne saurait dès lors ultérieurement reprocher de prétendues contradictions à l'expert, sous prétexte de préciser certains points. Par ailleurs, la recourante expose que le rapport d'expertise fait fi de sa reprise de travail à temps partiel du 21 octobre au 7 décembre 2004. Si le rapport d'expertise n'en parle effectivement pas, cet élément devait être connu de l'expert puisque le rapport du SMR du 10 septembre 2007 - mis à sa disposition - fait expressément état de cette reprise à temps partiel, laquelle s'est au demeurant soldée par un échec. En outre, la recourante perd de vue que l'expertise du Dr C._____ porte sur le plan psychiatrique, de sorte qu'elle n'a pas pour vocation d'analyser l'état de santé somatique de la recourante, quand bien même celui-ci est évoqué par l'expert psychiatre. Enfin, elle affirme être atteinte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant particulièrement grave, l'empêchant de travailler. Or, cette assertion contredit les constatations de l'expert C._____, auxquelles souscrit, comme déjà relevé, le Dr S._____.

7. Au vu des considérations qui précèdent, le rapport d'expertise du Dr C._____ du 27 septembre 2010 qui comporte une anamnèse circonstanciée, relate les plaintes de la recourante, ne comporte pas de contradictions, procède d'une étude approfondie du cas de la recourante et dont les conclusions sont claires et bien motivées, revêt une entière valeur probante au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3c supra). Au reste, l'expert a clairement expliqué les raisons pour

lesquelles il avait écarté le diagnostic de toxicomanie aux opioïdes sur prescription médicale et celui de discours algique polymorphe sans substrat organique.

En conséquence, force est de constater que tant sur le plan somatique que psychique, la recourante présente une capacité de travail entière.

Le droit à des prestations de l'AI (rente et mesures professionnelles) n'est ainsi pas ouvert.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une audition de témoins, ou d'une expertise complémentaire, faute d'éléments aptes à mettre en doute les déductions de l'expert. La requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise est donc rejetée.

En définitive, la décision querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

9. a) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être

arrêtée à 26 heures 95 de prestations d'avocat et d'avocat-stagiaire, soit un montant total d'honoraires s'élevant à 4'352 fr. 50. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 7.6%, - toutes les opérations ayant été effectuées avant le 1^{er} janvier 2011, - soit 330 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Selon la liste des débours produite par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 108 fr. 20, auxquels il convient d'ajouter 8 fr. 20 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante doit donc être arrêtée à 4'799 fr. 70, TVA comprise.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Philippe Chaulmontet, conseil de la recourante N._____, est arrêtée à 4'799 fr. 70 (quatre mille sept cent nonante-neuf francs et septante centimes), TVA comprise.

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :