

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2005

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Zbinden et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représenté par Me José Coret, à Lausanne,

et

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

**Art. 8 al. 1, 16 LPGA; 4 al. 2, 28 al. 1, 69 al. 1 let. a et al. 1bis LAI;
2 al. 1 let. c, 93 al. 1 let. a LPA-VD**

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée), née le 11 juin 1953, a travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1980 comme femme de chambre, d'abord au [...] Hôtel, puis pendant dix-huit ans à l'Hôtel [...] à [...]. Elle a été en incapacité de travail partielle ou complète dès 2003 et a été licenciée pour le 30 novembre 2005, après une tentative de reprise du travail ayant échoué.

B. a) G. _____ a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 19 décembre 2005, motivée par des douleurs au dos, aux jambes, à la nuque et aux bras, ainsi que par une hernie cervicale, du diabète et des vertiges.

Dans un rapport du 6 février 2006 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), la Dresse W. _____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a évoqué un syndrome somatoforme douloureux, voire une éventuelle fibromalgie, et a estimé que le pronostic était "*mauvais*".

b) L'OAI a mandaté le Service médical régional (ci-après : SMR) pour un examen clinique bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique. Dans un rapport SMR du 5 juillet 2007, qui faisait suite à un examen du 26 juin précédent, le Dr J. _____ et la Dresse D. _____ ont conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le mois de janvier 2005. Après avoir procédé à l'anamnèse complète de l'assurée, ils ont relevé que celle-ci se plaignait d'avoir "*mal partout*". Ils ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de rachialgies communes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. Les diagnostics sans effet sur la capacité à travailler de l'assurée étaient les suivants : diabète de type II non insulo-requérant, excès pondéral et syndrome somatoforme douloureux persistant avec symptomatologie dépressive d'intensité légère à modérée d'accompagnement.

Sur le plan somatique, en particulier rhumatologique, ces praticiens ont relevé une importante discordance entre les plaintes douloureuses de l'assurée et les constatations objectives, qui ont révélé des anomalies dégénératives au niveau rachidien. Sur le plan psychiatrique, le Dr J._____ et la Dresse D._____ ont mis en évidence une bonne constitution psychique. Selon eux, le tableau observé était celui d'un syndrome douloureux somatoforme dont les éléments dépressifs d'accompagnement étaient surtout attribuables à un positionnement de l'assurée dans un rôle d'invalidé et non à une maladie psychiatrique pouvant prendre un caractère invalidant au sens légal.

Selon le SMR, la capacité de travail de G._____ était inexistante dans son ancienne activité de femme de chambre mais elle restait intacte dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assurée devait pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Elle ne devait pas soulever régulièrement des charges d'un poids supérieur à 7 kg, ne devait pas porter régulièrement des charges d'un poids supérieur à 12 kg et ne devait pas travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc ni de manière prolongée avec les membres supérieurs à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction. Le Dr J._____ et la Dresse D._____ ont estimé que, sur le plan psychiatrique, la reprise d'une activité professionnelle redonnerait à l'assurée un sentiment de valorisation et permettrait de rythmer ses journées, ce qui lui serait bénéfique.

c) Dans un rapport d'examen du 23 juillet 2007, signé uniquement par le Dr J._____, le SMR a contesté un rapport médical du 2 février 2006 du Dr N._____, psychiatre traitant de l'assurée, qui avait retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et qui avait considéré que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé. Selon le Dr J._____, l'examen de l'assurée avait mis en évidence une bonne constitution psychique sans notion de traumatisme dans les antécédents. Il n'avait pas permis de constater de troubles de l'attention et de la concentration. G._____ avait bien intégré les questions qui lui avaient été posées. Elle n'avait pas élaboré d'idéation

suicidaire et il était établi qu'elle mangeait correctement et que son sommeil était préservé avec une prise médicamenteuse. Le Dr J. _____ a relevé une importante discordance entre les plaintes douloureuses de l'assurée et les constatations objectives. La seule atteinte à la santé dûment documentée consistait en des anomalies dégénératives au niveau rachidien. Ce médecin a confirmé que, selon lui, les éléments dépressifs accompagnant le trouble somatoforme douloureux n'étaient pas dus à une maladie psychiatrique pouvant prendre un caractère invalidant au sens de la réglementation légale. Au vu de l'ensemble de ses constatations, le Dr J. _____ a confirmé que l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

C. Dans un projet de décision du 20 novembre 2007, l'OAI a estimé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a donc comparé le revenu que G. _____ pourrait percevoir en mettant en œuvre cette capacité et les gains qu'elle aurait retirés en continuant à travailler comme femme de chambre. L'OAI a retenu comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé de la production ou des services, soit 3'893 fr. par mois en 2003. Pour tenir compte de la moyenne d'heures de travail usuelle en entreprise, il a porté ce montant à 4'048 fr. 72 par mois ou 48'584 fr. 64 brut par année. Après adaptation à l'évolution des salaires nominaux entre 2004 et 2005 (+ 1 %), puis entre 2005 et 2006 (+ 1,2 %), l'OAI a arrêté à 49'659 fr. 33 le montant du salaire annuel brut que l'assurée pouvait réaliser en mettant en œuvre sa capacité de travail. Il a opéré un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de G. _____, pour arriver à un salaire de 44'693 fr. 40. Dès lors que le revenu de l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait été de 46'280 fr., l'OAI a établi le degré d'invalidité à 3,42 %, soit un pourcentage insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il a encore précisé que l'assurée pouvait lui adresser une requête motivée d'aide au placement.

Par lettre du 11 décembre 2007 à l'OAI, la Dresse W. _____ a souligné que l'assurée souffrait d'une pathologie physique entraînant des

douleurs extrêmement importantes dans les épaules et la nuque dès qu'elle tentait d'effectuer une quelconque activité ménagère. Ce médecin a encore relevé que sa patiente présentait également de nombreux vertiges et des crises d'angoisse très invalidantes, selon elle. Elle a donc estimé que G._____ était en incapacité complète de travailler.

L'assurée a, par lettre du 12 décembre 2007, fait part de son opposition au projet de décision du 20 novembre précédent de l'OAI. Elle a indiqué que son état de santé n'avait pas évolué et qu'elle se sentait incapable d'exercer activité même légère, compte tenu des douleurs qu'elle ressentait aux bras, au dos et à la nuque.

Dans une lettre du 10 janvier 2008 à l'OAI, le Dr N._____ a exposé qu'il recevait l'assurée à sa consultation à raison d'une fois par mois depuis le mois d'octobre 2005. Les troubles que G._____ présentait étaient restés permanents avec une tendance à l'aggravation. Toutes les thérapies entreprises, médicamenteuses ou autres, avaient échoué. Le Dr N._____ a estimé que G._____ souffrait d'un état dépressif moyen à sévère, avec syndrome somatique. L'aggravation avait pris, sur le plan psychiatrique, la forme d'une désinsertion sociale complète, d'une restriction des centres d'intérêt et d'une fixation exclusive sur les douleurs ressenties. Le psychiatre a estimé que la souffrance psychique de sa patiente avait évidemment un lien direct avec les douleurs, mais que l'état de chronification, entre autres, empêchait "*de différencier la cause de la conséquence*". En conclusion, le Dr N._____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle, quelle que soit l'activité envisagée, notamment sur le plan psychique, en raison de l'impossibilité pour G._____ de surmonter ses douleurs et son déconditionnement complet. Il a ajouté qu'il ne voyait pas de nouvelles mesures pouvant amener une amélioration de la situation.

Par avis médical du 5 mars 2008, le SMR a estimé que la lettre du 10 janvier précédent du Dr N._____ n'apportait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation du Dr J._____ et de la Dresse D._____.

Le 18 novembre 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 20 novembre 2007 et rejeté la demande de prestations déposée par G._____.

D. a) L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 9 janvier 2009, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que sa demande de prestation du 19 décembre 2005 est admise et qu'une rente d'invalidité entière lui est octroyée. Elle fait valoir que l'analyse de sa situation par le Dr N._____ et par la Dresse W._____ laisse apparaître des lacunes, voire des contradictions dans l'avis du SMR. Elle estime également que la Dresse D._____, compte tenu de son manque d'expérience au moment où elle a examiné la recourante, ne saurait être suivie lorsqu'elle émet une appréciation contraire à celle du Dr N._____, psychiatre traitant de l'assurée depuis trois ans.

A l'appui de son recours, G._____ a produit deux rapports médicaux, le premier du 11 décembre 2008 émanant du Dr N._____ et le second du 23 décembre 2008 de la Dresse W._____, qui tous deux contestent les conclusions du SMR. Le Dr N._____ a indiqué que sa patiente souffrait d'une perte d'espoir, d'un retrait social, d'une restriction de ses centres d'intérêt et d'une fixation exclusive sur ses douleurs, ce qui démontrait, selon lui, la présence d'un syndrome dépressif moyen depuis l'année 2005. Ce praticien a également souligné la présence d'angoisses à recrudescence nocturne ayant un caractère invalidant à son avis. Au vu du tableau clinique de l'assurée, il a considéré qu'on pouvait parler de comorbidité psychiatrique surajoutée aux atteintes rhumatologiques. Le Dr N._____ en a déduit qu'on ne pouvait pas exiger de la recourante un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et permettre sa réintégration dans le marché du travail.

Dans son rapport médical du 23 décembre 2008, la Dresse W._____ a souligné l'existence chez la recourante d'un problème de hernie et d'un trouble somatoforme douloureux. Elle a contesté que l'état dépressif de G._____ soit causé par le syndrome somatoforme

douloureux puisqu'il l'était principalement, selon elle, par les douleurs constantes ressenties par l'assurée, contre lesquelles aucun traitement n'avait amené de réelle amélioration. La Dresse W._____ a encore précisé que la prise de poids par sa patiente n'était en rien le signe d'une bonne santé, mais bien plus un effet secondaire du traitement médicamenteux suivi. En conclusion, cette praticienne a estimé que la recourante était totalement incapable de travailler.

A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique, voire uniquement psychiatrique dans le but de déterminer si elle a conservé une capacité de travail ou non.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 250 fr. qui lui avait été demandée.

b) Dans sa réponse du 19 mars 2009, l'OAI déclare se rallier entièrement à l'avis SMR du 10 mars 2009 du Dr S._____. Selon celui-ci, le Dr N._____ n'avait pas contesté diagnostics retenus par le psychiatre du SMR, mais avait relevé que certains des critères-symptômes, telle la perte d'espoir, n'avaient pas été pris en compte. Le Dr S._____ a toutefois souligné que l'appréciation du SMR était guidée par la jurisprudence constante en matière de troubles somatoformes douloureux, dont le Dr N._____ s'éloignait, de sorte qu'on se trouvait en présence de deux appréciations différentes d'une même situation. Selon le Dr S._____, dans l'avis du 10 mars 2009, *"les angoisses nocturnes [étaient] traitées et prises en compte par l'examen SMR qui [reconnaissait] un trouble dépressif majeur dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux persistant"*.

c) Le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique qui a été confiée au Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise du 10 octobre 2009, le Dr F._____ a décrit l'anamnèse (p. 1-3) et les plaintes et données subjectives concernant la recourante (p. 3), ainsi que son status clinique. A cet égard, l'expert a observé des symptômes de la lignée dépressive, comme un négativisme, des ruminations, un sentiment d'avenir bouché, une perte de la capacité à prendre du plaisir et une attitude de retrait. Il n'a toutefois pas mis en évidence de symptômes de la lignée psychotique. Le Dr F._____ a posé les diagnostics suivants :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F54.4);
- trouble dissociatif (de conversion) sans précision (F44.9);
- troubles de l'humeur (dépressifs) persistants (F34.8);
- discopathies L4-L5 et C4-C5.

L'expert a estimé que les troubles dépressifs devaient être considérés comme secondaires et non primaires. Il a retenu que le status psychique de la recourante n'expliquait pas à lui seul les limitations de la capacité de travail observées, le contexte psychosocial, et en particulier professionnel, ayant joué un rôle majeur dans la fixation des douleurs. Selon le Dr F._____, les troubles psychiques empêchaient la recourante d'envisager la reprise de son ancienne activité de femme de chambre, qui lui avait laissé un souvenir plein de rancœur. S'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'expert a estimé qu'elle aurait été théoriquement possible, mais que G._____ n'avait pas pu s'associer à une telle démarche en raison des troubles psychiques et des facteurs psychosociaux précités. A cet égard, l'expert a souligné l'absence de motivation de la recourante à reprendre un travail, déjà présente en 2005. Il a estimé que l'intensité et la fixation du trouble somatoforme douloureux étaient telles que le pronostic concernant une reprise d'activité était "*très réservé*".

d) Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, l'OAI a déclaré se rallier à l'analyse de la situation établie le 21 octobre 2009 par le Dr T._____, du SMR. Celui-ci a relevé qu'il n'y avait, sur le plan

médical, pas d'élément nouveau ou différent par rapport à ce qui avait été constaté en 2007. Sur le plan diagnostique, il a précisé ce qui suit :

"Sur le plan diagnostique, le «syndrome douloureux somatoforme persistant» est également retenu par l'expert. Le «trouble dissociatif, sans précision», que l'expert justifie par «une limitation des fonctions motrices de l'ensemble du corps», ne correspond pas aux critères diagnostiques de la CIM-10, classification qui fait référence auprès des Tribunaux. En effet, les troubles dissociatifs doivent répondre à deux critères qui sont: G1. «absence de trouble somatique qui pourrait rendre compte des symptômes caractérisant le trouble» G2. «présence d'éléments en faveur d'une relation temporelle manifeste entre le début des symptômes et des événements stressants des problèmes ou des besoins». Ce dernier critère n'est manifestement pas rempli. La limitation des fonctions motrices de l'ensemble du corps s'explique logiquement par l'intensité des douleurs, sans qu'il soit nécessaire d'en faire un diagnostic séparé de trouble dissociatif. Ce diagnostic ne peut donc pas être retenu, au sens de la CIM-10. Quant aux «troubles de l'humeur persistants» (F34.8) retenu par l'expert, il faut relever qu'il s'agit d'un trouble, par définition, de moindre gravité que l'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne (F32.1) qui était présent lors de l'examen psychiatrique au SMR en juin 2007, puisqu'il correspond à une forme de dépression qui «ne répond pas aux critères d'une cyclothymie, d'une dysthymie, ou d'un épisode dépressif léger ou moyen» (F34.8)

Le Dr T. _____ a souligné que l'expert avait mis en évidence que des facteurs psychosociaux jouaient un rôle majeur dans l'importance des limitations. En outre, l'expert avait qualifié le trouble dépressif de secondaire, ce qui impliquait une prédominance du trouble somatoforme douloureux. Dès lors qu'aucun trait de personnalité prémorbide n'avait été signalé, on ne pouvait, selon le médecin du SMR, conclure à l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une intensité et d'une durée suffisamment importantes pour entraîner une invalidité.

Le Dr T. _____ a relevé que l'expertise ne laissait pas apparaître une perte de l'intégration sociale de la recourante dans toutes les manifestations de la vie, même si l'intéressée avait restreint ses activités au début de sa maladie. Enfin, le Dr T. _____ a estimé que les raisons qui avaient poussé l'expert à admettre une incapacité de travail

totale dans une activité adaptée (âge, absence de motivation, faible niveau de scolarisation et absence de formation) sortaient du champ médical et ne pouvaient pas être prises en compte sur le plan asséculoologique.

En conclusion, le Dr T._____ a considéré que, sur le plan médical objectif, l'expertise n'avait pas révélé d'éléments nouveaux ou d'aggravation de l'état de santé de la recourante. Selon lui, les conclusions de l'expertise concernant la capacité de travail de G._____ différaient de celles du SMR dès lors que l'expert avait tenu compte des facteurs psychosociaux jouant un rôle majeur. Ces conclusions ne devaient donc pas être suivies.

e) Invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise, après avoir également pris connaissance de l'avis du 21 octobre 2009 du SMR, la recourante a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise par le Dr Peter, en indiquant les questions qu'elle souhaitait lui poser. Le juge instructeur a fait suite à cette requête, étant précisé que l'OAI n'avait pas souhaité poser de questions complémentaires à l'expert.

f) Dans son rapport complémentaire du 20 janvier 2010, l'expert a indiqué qu'en faisant abstraction des facteurs psychosociaux et des troubles dépressifs secondaires, la capacité de travail théorique de la recourante dans une activité adaptée devait être considérée comme préservée. Il a néanmoins estimé que l'état régressif de la recourante et la position de refus "*passive-agressive*" qui s'était développée ces dernières années rendaient problématique la reprise d'une activité professionnelle.

Interpellé sur l'appréciation du Dr T._____, selon lequel le diagnostic de trouble dissociatif sans précision serait contraire aux critères diagnostiques de la CIM-10, l'expert a convenu que le tableau clinique ne correspondait pas à tous les critères de cette classification. Il a précisé avoir voulu souligné la présence d'une sous-utilisation des fonctions motrices sur la base de causes psychologique à la fois conscientes et inconscientes, avec fixation durant les dernières années, de sorte que la

recourante se voyait comme incapable de reprendre une activité professionnelle.

L'expert a précisé que le diagnostic retenu de troubles dépressifs persistants (F34.8), en plus du syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), correspondait à un tableau clinique de dépression d'intensité moyenne; ce tableau s'était trouvé amplifié par la position régressive adoptée par la recourante ensuite du rejet de sa demande de rente par l'OAI. En outre, les sentiments de préjudice envers l'ancien employeur étaient encore vivaces et contribuaient à la persistance de cet état. Selon l'expert, ce tableau clinique ne correspondait cependant pas à un état dépressif sévère au sens de la CIM-10.

D'après l'expert, la perte de l'intégration sociale observée était à mettre en perspective avec une insertion sociale qui était déjà limitée avant l'apparition des problèmes de santé. De plus, elle était tout d'abord liée à la démotivation et à la position de refus de l'expertisée.

g) Se déterminant le 11 février 2010 sur le rapport d'expertise complémentaire, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis médical SMR établi le 5 février 2010 par le Dr T._____, selon lequel les clarifications apportées par l'expert allaient dans le sens de son appréciation.

La recourante ne n'est pas déterminée sur le complément d'expertise dans le délai imparti au 12 février 2010.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent en matière d'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux

peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

c) Le recours, déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

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

En l'espèce, est litigieuse la question de l'existence d'une maladie psychique invalidante prenant la forme de troubles somatoformes douloureux qui, selon la recourante, l'empêcherait d'exercer une quelconque activité professionnelle, même adaptée à ses limitations

fonctionnelles physiques, et qui ouvrirait la voie à l'octroi d'une rente entière.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 2 LAI). L'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci 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 (art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 c. 3b et les réf. citées, in VSI 1998 p. 293).

b) Toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son

invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 c. 3.1; ATF 113 V 22 c. 4.a et les réf. citées, RCC 1987 p. 458).

Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 c. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent

vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

c) 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 permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

Lorsqu'une expertise judiciaire est établie par un ou 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 l'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 c. 3.b/bb). 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 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc).

d) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les arrêts cités; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., n° 30, p. 331; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, pp. 422-423).

4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre de discopathies L4-L5 et C4-C5. Ces atteintes impliquent des limitations fonctionnelles qui ont été décrites par le SMR et qui ne sont pas non plus mises en cause. Sur le plan somatique, la capacité de travail de G. _____ est nulle dans son ancien emploi de femme de chambre, mais elle est entièrement préservée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité simple et répétitive dans le secteur privé de la production ou des services.

b) Sur le plan psychique, le SMR a considéré que la recourante souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme accompagnés d'éléments dépressifs secondaires, principalement attribuables au positionnement de G. _____ dans un rôle d'invalidé et non à une maladie psychiatrique pouvant prendre un caractère invalidant. Il a donc estimé que ce trouble, examiné dans le cadre spécifique de l'AI, n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Le Dr J. _____ a confirmé cette appréciation dans un rapport du 23 juillet 2007 du SMR.

Les médecins traitants de la recourante ne partagent pas l'appréciation du SMR. Son psychiatre relève que les troubles sont

demeurés présents depuis l'automne 2005, avec une tendance à l'aggravation, toutes les thérapies entreprises, médicamenteuses ou autres, étant restées sans effet. Il considère également qu'il y a eu désinsertion sociale complète, avec restriction des centres d'intérêt et fixation exclusive sur les douleurs ressenties. Selon le Dr N._____, la recourante souffre d'une syndrome dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, l'état de chronification empêchant de différencier la cause de la conséquence entre les douleurs physiques et la souffrance psychique. Tant ce praticien que la Dresse W._____ ont considéré que la recourante présentait une capacité de travail nulle dans n'importe quel domaine.

c) Face aux contradictions entre l'avis du SMR et celui des médecins traitants de la recourante, une expertise judiciaire psychiatrique a été mise en œuvre, afin d'établir de manière objective si l'assurée présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (cf. ATF 132 V 65 c. 4.3).

Il résulte du rapport d'expertise du 10 octobre 2009 et de son complément du 20 janvier 2010 que la recourante souffre d'un trouble somatoforme douloureux et que les troubles dépressifs qui l'accompagnent doivent être considérés comme secondaires et d'intensité moyenne. L'expert a relevé que des facteurs psychosociaux ont joué un rôle majeur dans la formation du trouble somatoforme douloureux, qui ne peut qu'être partiellement rattaché aux discopathies constatées, et dans l'évolution du status clinique. La fixation de la recourante sur ses douleurs et son statut d'invalidé implique qu'elle se voit comme incapable de reprendre une activité corporelle. Enfin, la perte de l'intégration sociale observée est à mettre en perspective avec une vie sociale déjà limitée avant l'apparition des problèmes de santé; cette perte est en outre principalement due à la démotivation et à la position de refus de la recourante. Si l'on fait abstraction de ces facteurs, ainsi que des troubles dépressifs secondaires, la capacité de travail de la recourante dans une

activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est entièrement préservée.

d) Sur l'ensemble des avis médicaux au dossier, il convient de préférer l'expertise judiciaire, qui va d'ailleurs dans le même sens que les conclusions du SMR, aux rapports des médecins traitants de la recourante, pour les motifs exposés au c. 3.c ci-dessus. Les critiques de la recourante quant au manque d'expérience du psychiatre du SMR ne sont donc pas pertinentes.

Ainsi, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites dans les rapports des 5 et 23 juillet 2007 du SMR, peut être exigée de la recourante. Les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux ne sont pas remplis. La recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique, les troubles dépressifs observés étant secondaires et d'intensité moyenne. L'importance de la perte d'intégration sociale doit être relativisée, puisqu'elle résulte principalement d'une démotivation et d'une position de refus et que la recourante n'avait pas une vie sociale très développée déjà avant l'apparition des troubles. Enfin, la fixation de la recourante sur ses douleurs et son status d'invalidé ne lui a apporté aucun soulagement, bien au contraire, et l'intéressée n'a pas fait preuve d'une pleine coopération, puisqu'elle s'est installée dans un rôle d'invalidé dont elle refuse de sortir. Dans ces conditions, la décision entreprise ne peut donc qu'être confirmée en tant qu'elle retient une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté et il n'y a donc pas lieu d'examiner cette question.

5. En définitive, mal fondé, le recours interjeté par G. _____ doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 250 fr., sont mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD et 2 al. 1 TFJAS [tarif du 2

décembre 2008 des frais judiciaires en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé par G. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 18 novembre 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 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 :

- Me José Coret (pour G. _____),
- 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 :