

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Pasche et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) K._____, née en [...], a oeuvré du 1^{er} juillet 1999 au 28 février 2003 en tant que réceptionniste-admissionniste au Service [...] de l'hôpital J._____. Par la suite, elle a travaillé en qualité d'employée de bureau spécialisée auprès du département de [...] de l'hôpital J._____ tout d'abord à 20 % du 1^{er} au 31 mars 2003, puis à 50 % du 1^{er} avril au 31 décembre 2003 et enfin à 30 % depuis le 1^{er} janvier 2004.

L'assurée a déposé le 28 août 2006 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) sollicitant l'octroi de mesures médicales de réadaptation et d'une rente en précisant les éléments suivants s'agissant du genre de l'atteinte : " épuisement, syndrome douloureux généralisé (articulations, muscles), raideurs des membres, migraines violentes, crises d'angoisse et de panique (selon prise de médicaments), diminution des performances physiques et mentales".

Dans un rapport médical du 17 octobre 2006, le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de trouble dépressif récurrent, sévérité moyenne (F 33.1), de trouble somatoforme douloureux (F 45.4) et d'agoraphobie avec trouble panique (F 40.01). Attestant une incapacité de travail de 70 % depuis 1999 dans la profession d'aide-soignante, le Dr N._____ a exposé ce qui suit s'agissant de l'appréciation du cas :

"Mme K._____ est une femme de [...] ans qui présente une surcharge pondérale. Elle cache sa méfiance dans le contact sous un abord enjoué et démonstratif. Derrière ses angoisses agoraphobiques, on perçoit des éléments paranoïdes. Mme K._____ est cependant une femme intelligente qui peut petit à petit entrer dans une relation de confiance avec son interlocuteur. L'abord de sujets sensibles tels que les abus dans l'enfance déstabilise la patiente qui peut alors entrer dans des états d'angoisse importants. Par ailleurs, on constate une consommation de benzodiazépines à forte dose sur de longues années. Depuis plusieurs années, la patiente

semble travailler au maximum de ses possibilités, compte tenu de son agoraphobie. La demande d'une rente est motivée par l'état d'épuisement de Mme K._____ et par la crainte pour l'avenir incertain du fait que l'ex-mari ne puisse - ou ne veuille - garantir une pension à vie pour son ex-épouse".

Le 22 septembre 2006, l'assurée a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % dans le domaine du secrétariat et de l'administration, par passion et par nécessité financière et ce, depuis toujours (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 29 mars 2007, la Dresse Z._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a estimé que les diagnostics d'état dépressif à évolution chronique avec angoisses, de trouble somatoforme douloureux, de troubles paniques depuis 2003, de migraines et de céphalées de tension avaient des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, avec une probable évolution vers une chronicité. La Dresse Z._____ ne s'est pas précisément prononcée sur la capacité de travail de sa patiente, renvoyant sur ce point au médecin psychiatre traitant, auprès duquel la patiente bénéficiait d'un soutien psychothérapeutique à raison d'une séance par semaine. Elle a cependant produit des rapports relatifs à des examens de laboratoire, un rapport du 6 septembre 2001 du Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, faisant état des diagnostics de dysthymie à début primaire, de personnalité état limite et notant des difficultés conjugale et familiale, sans formuler de proposition thérapeutique, ainsi qu'un rapport du 6 juin 2006 de la Dresse C._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, concluant à la présence d'un trouble somatoforme douloureux.

Par lettre du 30 avril 2007 adressée à la Caisse de pensions [...], le Dr H._____, médecin cantonal, a considéré, sur la base d'un rapport du 4 avril 2007 du médecin du personnel de l'hôpital J._____, qu'il se justifiait d'accorder des prestations à un taux de 20 %.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité un avis de son Service médical régional (SMR), qui a estimé nécessaire de préciser le statut de l'assurée, ainsi que de déterminer si elle était toujours en formation (avis médical du 31 octobre 2007).

Dans le cadre de l'enquête effectuée le 18 décembre 2007 (rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 décembre 2007), l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 100 % active, en mentionnant ce qui suit :

"Sur le 531 bis, l'assurée indique un statut de 100 % active. Le jour de l'enquête, l'assurée précise que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % pour pouvoir assurer ses dépenses. L'assurée vit en Suisse depuis 81. Madame est séparée de son époux depuis 97, divorcée en 04. L'époux apporte à ce jour son soutien financier. L'assurée a de la difficulté à se projeter dans sa situation financière future. L'assurée est divorcée depuis 04, cette dernière devrait être considérée comme active à 100 %".

Dans deux rapports médicaux des 26 septembre 2008 et 8 octobre 2008, la Dresse Z._____ a confirmé les diagnostics déjà évoqués, tout en faisant état de fatigue chronique (épuisement), de fibromyalgie, de troubles du sommeil, de labilité à l'effort avec trouble de la concentration, ainsi que d'arthrose postérieure avec rétrécissement du diamètre inter-facettaire et hypertrophie des ligaments jaunes (IRM cervicale et lombaire pratiquée le 22 juillet 2008). Elle a mentionné une activité professionnelle à hauteur de 30 %, à raison de trois matinées par semaine en soulignant l'importance de ce travail pour l'estime de soi de sa patiente.

Par avis médical du 29 octobre 2008, le SMR a exposé ce qui suit :

"Le Dr N._____ psychiatre qui suit l'assurée depuis octobre 2004 atteste une IT de 70 % depuis 1999. Le traitement repose sur une psychothérapie de "soutien" et 20 mg de paroxétine par jour associé à du chlorhydrate de chlorprothixène. Ce praticien écrit 17/10/2006 : "la demande d'une rente est motivée par l'état d'épuisement de

Mme K. _____ et par la crainte pour l'avenir incertain du fait que l'ex-mari ne puisse - ou ne veuille - garantir à vie une pension pour son ex-épouse". Le Dr C. _____ rhumatologue évoque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux le 06/06/2006 et relève que la ferritine est à la limite inférieure de la normale.

L'assurée ne s'est absentée de son travail pour maladie que 3 jours en 2006 et 24 jours en 2005. Le Dr Z. _____ atteste une CT de 30 % dans l'activité habituelle dès le 29/09/2008".

Au vu de ces éléments, le SMR a estimé qu'il convenait de procéder à un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR, afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée, de leur évolution, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique et/ou psychique.

Dans un rapport du 27 novembre 2008 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 19 novembre 2008, les Drs A. _____, spécialiste en physiatrie et V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- Léger syndrome lombaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif non déficitaire avec dysbalances musculaires (M 51.3).
- Aucun sur le plan psychiatrique.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Cervicalgies chroniques dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec petite hernie discale non compressive; dysbalances musculaires (M 50.3).
- Migraine.
- Fibromyalgie (M 79.0).
- Excès pondéral (BMI = 30,5).
- Hypertension artérielle.
- Rhinites-sinusites à répétition.
- Dysthymie (F 34.1)".

S'agissant de l'appréciation du cas, les médecins précités ont notamment indiqué ce qui suit sur le plan psychiatrique :

"- (...) Nous ne retrouvons pas de véritable épisode dépressif inaugural et résolutif permettant d'envisager le diagnostic de trouble dépressif récurrent : l'assurée fait état, lors de l'entretien SMR, de trois épisodes dépressifs réactionnels, traités par antidépresseur avec rémission rapide.

- L'examen clinique SMR met en évidence par ailleurs des traits de personnalité à la fois évitante avec évitement des activités sociales et professionnelles, perception de soi comme socialement sans attrait, nécessité d'être acceptée sans critiques, ainsi que des traits anankastiques avec perfectionnisme, préoccupation de l'ordre. Ces traits de personnalité ne constituent pas pour autant un trouble de la personnalité; il est du reste significatif qu'aucun des médecins consultés n'évoque ce genre de pathologie.

- Dans la mesure où les différents médecins consultés évoquent le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il est nécessaire d'envisager les différents critères de sévérité de la jurisprudence afin d'en apprécier le caractère incapacitant, à savoir :

- Une détresse manifeste qui n'est pas retrouvée lors de l'examen.
- Une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée lors de l'examen, le diagnostic de dysthymie n'ayant pas une intensité suffisante pour participer d'une comorbidité.
- Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable : l'assurée se plaint d'une symptomatologie algique depuis 2004.
- Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est manifestement pas retrouvée.
- Un état psychique cristallisé peut être envisagé.

- L'échec au traitement n'est pas manifeste, dans la mesure où l'assurée se dit fière de son existence et heureuse de son intégration dans sa nouvelle équipe de travail. L'ensemble des critères de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de ce syndrome douloureux somatoforme".

Sur le plan ostéo-articulaire, les Drs A. _____ et V. _____ ont noté la présence d'un syndrome lombaire non déficitaire qui était certainement accentué par l'obésité et le manque d'entraînement amenant une insuffisance posturale et ont attribué les autres douleurs à une fibromyalgie. Ils ont toutefois précisé que si l'atteinte rachidienne lombaire définissait quelques limitations fonctionnelles (éviter les positions statiques prolongées assises, debout, en rotation flexion du tronc et en porte-à-faux, le port de charges de plus de 15 kg, le travail à la chaîne ou sur machine vibrante), elle ne justifiait pas une incapacité de travail prolongée, ni dans l'activité habituelle d'employée de bureau, ni dans une activité adaptée.

b) Par décision du 29 mai 2009 (dont la motivation figure dans un courrier séparé du même jour), confirmant un projet de décision du 12 décembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. L'office précité a ainsi considéré, en s'appuyant sur le rapport du 27 novembre 2008 du SMR, que l'intéressée présentait une capacité de travail et de gain entière dans son activité habituelle, ceci depuis toujours. L'examen rhumatologique et psychiatrique du 19 novembre 2008 n'avait pas mis en évidence d'atteinte invalidante, alors que les limitations fonctionnelles découlant d'un problème rachidien étaient respectées dans l'emploi habituel.

B. a) Par acte de son mandataire du 25 juin 2009, K. _____ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière à compter d'une date fixée à dire de justice, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle

instruction et/ou nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle constate une divergence entre l'appréciation des médecins du SMR, qui estiment que la capacité de travail est entière, et celle des Drs Z. _____ et N. _____, qui attestent une capacité de travail exigible de 30 % au maximum. Elle sollicite par conséquent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de dissiper les contradictions médicales du dossier. En effet, elle soutient qu'en l'état du dossier, une capacité de travail de 30 % tout au plus doit lui être reconnue, permettant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, indépendamment d'un abattement du revenu d'invalidité au titre d'une diminution de rendement et de limitations importantes.

b) Par courrier du 10 juillet 2009, la recourante a produit un rapport du 6 juillet 2009 du Dr N. _____, qui a conclu à une comorbidité entre d'une part le trouble somatoforme douloureux, et d'autre part l'agoraphobie avec attaque de panique et le trouble de la personnalité, l'ensemble de ces troubles limitant la capacité de travail de la patiente et ouvrant ainsi la voie à une compensation de l'assurance-invalidité. Le psychiatre traitant a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique de sa patiente.

c) Dans sa réponse du 4 septembre 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Tout en rappelant que le rapport des Drs A. _____ et V. _____ mettait en évidence une pleine capacité de travail de la recourante d'un point de vue psychiatrique et rhumatologique, il a produit un avis médical du 27 août 2009 du SMR. Dans l'avis précité, le SMR a relevé que le Dr N. _____ ne contestait pas les constatations Drs A. _____ et V. _____, mais l'interprétation des faits relevés. Après examen des points soulevés par le Dr N. _____, le SMR a conclu qu'il s'agissait d'une interprétation différente d'une situation similaire. Se ralliant à l'avis du SMR, l'intimé a estimé que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire ne se justifiait dès lors pas.

d) Par courrier du 21 avril 2011, le juge instructeur a informé les parties qu'en l'état du dossier, l'instruction sur le plan médical apparaissait insuffisante, raison pour laquelle une expertise psychiatrique semblait nécessaire.

e) En date du 16 juin 2011, il a formellement désigné en qualité d'expert le Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

f) Dans un rapport d'expertise du 19 août 2011, le Dr M._____ n'a pas retenu de diagnostics psychiatriques ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, considérant ce qui suit (cf. rapport, p. 25) :

"En conclusion, Mme K._____ est une femme de [...] ans qui rapporte une enfance vraisemblablement carencée et maltraitée tant sur le plan physique que sexuel.

La pathologie psychiatrique s'est manifestée au moins à l'âge de 18 ans avec un premier mouvement dépressif. L'assurée a été traitée. Elle a évolué vers la rémission. Depuis les débuts de l'âge adulte, elle relate néanmoins un fond dépressif de peu de sévérité. Elle rapporte de nouveaux épisodes dépressifs par la suite.

Actuellement, l'évolution diagnostique est celle d'un trouble dysthymique, d'un trouble dépressif (majeur) récurrent en rémission partielle, d'un trouble panique avec agoraphobie et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'y a pas les critères d'un trouble de la personnalité, si l'on se réfère au seuil qu'exigent les ouvrages diagnostiques de référence actuels pour un tel trouble.

En considérant ce qui doit l'être en cas de syndrome douloureux somatoforme persistant, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une quelconque incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Sur un plan médico-théorique et purement psychiatrique, l'assurée doit être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à intégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Actuellement, le traitement pourrait être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. L'assurée est suivie par un médecin de premier secours et un spécialiste en psychiatrie. La question de l'observance du traitement médicamenteux reste néanmoins ouverte.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une assurée qui n'a formulé aucune demande dans ce domaine.

A moins de faits nouveaux, le pronostic à long terme n'est pas nécessairement mauvais considérant que l'assurée conserve des compétences adaptatives et des centres d'intérêt".

g) Dans un courrier du 14 septembre 2011, l'intimé a confirmé les conclusions contenues dans sa réponse, constatant que les conclusions du Dr M. _____ rejoignaient celles retenues par le SMR dans le cadre de son examen clinique bidisciplinaire.

h) Dans ses déterminations du 10 octobre 2011, la recourante a constaté que le Dr M. _____ avait exclu toute incapacité de travail, en réalisant essentiellement son expertise sous l'angle du syndrome douloureux somatoforme persistant, soit en examinant si la comorbidité psychiatrique présentait la sévérité qui devrait la faire considérer à part et valoir pour des limitations et des incapacités psychiatriques en conséquence (rapport d'expertise, p. 23). La recourante a toutefois conclu à la présence d'avis médicaux divergents et a maintenu que l'avis de ses médecins traitants devait prévaloir en l'espèce.

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 à l'AI (art. 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 sont sujettes à recours auprès du 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal 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 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 supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

2. En l'espèce, est litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé. Il s'agit dès lors d'examiner si celle-ci est conforme aux règles légales applicables, ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) 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 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la jurisprudence, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

d) 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 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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; 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, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses

douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Sous réserve d'une gravité particulière, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

3. a) En l'espèce, sur le plan somatique, il résulte du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 27 novembre 2008 du SMR que la recourante présente un léger syndrome lombaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif non déficitaire avec dysbalances musculaires (M 51.3), qui est responsable de douleurs lombaires et entraîne les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport en question (éviter les positions statiques prolongées assises, debout, en rotation flexion du tronc et en porte-à-faux, le port de charges de plus de 15 kg, le travail à la chaîne ou sur machine vibrante). Les experts ont toutefois considéré que si l'atteinte rachidienne lombaire entraînait quelques limitations fonctionnelles, elle ne justifiait pas d'incapacité de travail prolongée, ni dans l'activité habituelle d'employée de bureau, ni dans une autre activité adaptée. Dans son rapport d'examen clinique du 6 juin 2006, la Dresse C. _____ n'a mentionné aucune atteinte au niveau du rachis,

estimant que sur le plan rhumatologique, le tableau présenté par l'assurée était celui d'un trouble somatoforme douloureux, diagnostic également retenu par la Dresse Z._____ (rapport des 29 mars 2007). Par la suite, se référant aux conclusions de l'IRM cervicale et lombaire pratiquée le 22 juillet 2008, la Dresse Z._____ a également fait état d'une arthrose postérieure avec rétrécissement du diamètre inter-facettaire et d'une hypertrophie des ligaments jaunes (rapports médicaux des 26 septembre 2008 et 8 octobre 2008), élément qui n'est toutefois pas nouveau, puisque les examens radiologiques précités étaient connus des experts lors de l'examen clinique du 19 novembre 2008 (rapport du 27 novembre 2008, p. 6 in fine), lesquels ont conclu, sur ce point, à l'absence de signe de compression.

Sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, les experts ont considéré que les autres douleurs notamment poly-articulaires pouvaient être attribuées à une fibromyalgie, tous les *tender points* étant positifs et le *jump sign* présent (rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 27 novembre 2008, p. 9). Dans son rapport d'expertise du 19 août 2011 (p. 19), le Dr M._____ a mentionné qu'il se justifiait de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant, la fibromyalgie et le trouble somatoforme apparaissant constamment dans le dossier de l'assurée. Il convient toutefois de rappeler qu'un tel diagnostic ne peut se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2d supra), ce qui sera examiné ci-après.

b) Sur le plan psychiatrique, le dossier comprend un rapport d'expertise du Dr M._____ du 19 août 2011 qui retient uniquement les diagnostics de trouble dysthymique (dysthymie), de trouble dépressif majeur récurrent en rémission partielle et de trouble panique avec agoraphobie, sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui rejoint – au-delà de nuances dans les diagnostics, dont les raisons sont bien expliquées dans le rapport d'expertise du 19 août 2011 – les constatations faites antérieurement par le Dr V._____ (rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 27 novembre 2008) et par le Dr Q._____ (rapport du

6 septembre 2001). A ces avis médicaux concordants s'oppose celui du Dr N._____, psychiatre traitant, tel qu'exprimé dans ses rapports des 17 octobre 2006 et 6 juillet 2009. En effet, ce praticien retient, quant à lui, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, sévérité moyenne, de trouble somatoforme douloureux, d'agoraphobie avec trouble panique et d'autre trouble de la personnalité, évaluant à 70 % l'incapacité de travail de la recourante depuis 1999 dans toute activité.

Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr M._____ du 19 août 2011 repose sur des examens complets et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles des troubles dysthymique et dépressif majeur récurrent en rémission partielle, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère que l'on peut écarter d'autres troubles psychiatriques et en particulier un trouble panique avec agoraphobie, ainsi qu'un trouble de la personnalité qui auraient valeur incapacitante en soi. Ce rapport d'expertise, dont les conclusions quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée au regard des troubles présentés, rejoignent celles du Dr Q._____ et du Dr V._____ qui avaient examiné la recourante respectivement en 2001 et 2008, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) Les différents rapports du Dr N._____ ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr M._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, ni sur le chapitre des troubles de l'humeur, ni sur celui des troubles panique avec agoraphobie et de la personnalité.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, il convient de préciser que le Dr N. _____ n'a pas contesté le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr V. _____, admettant qu'il était difficile de poser un diagnostic précis quant à l'intensité d'un état dépressif sous-jacent (rapport du 6 juillet 2009). En tout état de cause, sur ce point, le Dr M. _____, se fondant sur les constatations objectives et l'anamnèse, a expliqué, de manière convaincante, les raisons pour lesquelles il avait retenu les diagnostics de troubles dysthymique et dépressif majeur récurrent en rémission partielle, n'entraînant pas d'incapacité de travail. L'expert a ainsi exposé que l'assurée présentait depuis le début de l'âge adulte une humeur dépressive qui faisait partie de sa personnalité. Excluant un trouble bipolaire de type I ou II et une cyclothymie, le Dr M. _____ a mis en évidence un trouble dépressif récurrent, évoluant d'épisode en épisode, sans toutefois retenir les critères d'un véritable épisode dépressif. Il en va de même du trouble panique avec agoraphobie, le Dr M. _____ estimant qu'il n'atteignait pas un degré de sévérité extrême, si bien qu'il n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'expertisée. Celle-ci avait d'ailleurs pu se déplacer seule et prendre les transports publics entre [...] et [...]. Elle a ainsi pu mettre en place des stratégies pour limiter son handicap sur ce point.

S'agissant du trouble de la personnalité, l'expert M. _____ a expliqué de manière convaincante les motifs pour lesquels un trouble de la personnalité, qui aurait valeur incapacitante en soi, peut clairement être écarté en l'espèce. L'avis contraire du Dr N. _____ (rapport du 6 juillet 2009), qui fait état de divers traits de personnalité - au demeurant déjà relevés tant par l'expert M. _____ que par les Drs V. _____ et Q. _____ - pour retenir le diagnostic d'autre trouble de la personnalité (F 60.8) au motif que la recourante présente un éventail de traits de personnalité pathologiques, sous forme de mouvement caractériels et projectifs (rapport au monde construit sur la méfiance et l'hostilité), n'est guère convaincant et ne saurait être retenu. Il se fonde en effet sur des descriptions qui ne permettent pas de retenir, au-delà de renseignements anamnestiques illustrant certains traits de personnalité, un trouble de la personnalité au sens médical du terme, qui aurait valeur incapacitante.

Comme l'a expliqué le Dr M._____ dans son rapport d'expertise, les critères diagnostiques qui permettraient de retenir un véritable trouble de la personnalité ne sont pas remplis en l'espèce. Sur ce point également, l'avis de l'expert, parfaitement étayé et corroborant l'appréciation faite antérieurement tant par les Drs Q._____ et V._____ - ce qui a d'autant plus de poids que les troubles de la personnalité apparaissent au cours du développement, dans l'enfance et se poursuivent à l'âge adulte - doit l'emporter sur l'avis divergent et isolé du psychiatre traitant.

d) Enfin, dans le contexte d'un syndrome somatoforme persistant, l'expert a procédé à l'examen des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant d'un tel trouble. Sur le plan de la comorbidité psychiatrique, l'expert a retenu un trouble dysthymique (dysthymie), un trouble dépressif majeur récurrent en rémission partielle et un trouble panique avec agoraphobie, mais a nié l'existence d'une comorbidité invalidante chez la recourante. S'agissant de la présence des autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permettrait d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, l'expert M._____ a constaté que l'intégration sociale était conservée, car la recourante entretenait des contacts avec ses deux filles et le petit ami de l'une d'entre elles, avec son ex-mari, ainsi que dans son milieu professionnel. Elle avait également suivi une formation de diacre et apprenait l'hébreu. Admettant un processus maladif de longue durée et une résistance au traitement selon les règles de l'art (la question de l'observance du traitement médicamenteux restant toutefois ouverte), il a cependant constaté que la recourante ne présentait pas d'affection corporelle chronique grave, ni d'état psychique cristallisé. Enfin, l'expert a démontré à satisfaction que la recourante disposait encore des ressources psychiques nécessaires pour exercer une activité professionnelle et intégrer le monde ordinaire du travail et ce, à plein temps.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que le trouble somatoforme ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de

l'assurée ne pourrait plus être raisonnablement exigée d'elle. L'appréciation de l'intimé se révèle par conséquent bien fondée.

4. a) Dès lors, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les critiques développées par la recourante à l'appui de son recours ne lui permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Hofstetter, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :