

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à Vevey, recourante, représentée par Me Alain Vuithier, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. E. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1960, originaire d'Erythrée, en Suisse depuis 1990, veuve et mère de cinq enfants, a travaillé comme employée de maison puis a été employée, dès 1999, à l'Hôpital du [...] à [...].

Le 1^{er} juin 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations AI tendant à un reclassement dans une nouvelle profession ou à l'octroi d'une rente. Elle indiquait souffrir de problèmes de dos.

Selon le formulaire 531bis complété le 21 juin 2006, l'assurée a mentionné qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps en tant qu'employée de maison.

Dans le questionnaire pour l'employeur du 22 juin 2006, l'Hôpital [...] (Site du [...]) à [...] a communiqué que le salaire mensuel soumis à l'AVS perçu par l'assurée à compter du 1^{er} janvier 2006 s'élèverait à 3'673 fr. 95.

Dans un rapport médical du 3 juillet 2006, le Dr F. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant à [...], a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de rachialgies chroniques non spécifiques (depuis 1997) et d'état dépressif (à tout le moins depuis 2004). Il a relevé les périodes d'incapacité de travail suivantes:

"100 % du 14 juin au 11 juillet 2004.
50 % du 12 juillet au 16 août 2004.
100 % du 16 [recte: 17] août au 19 décembre 2004.
75 % du 20 décembre 2004 au 22 février 2005.
100 % du 23 février au 31 mars 2005.
50 % du 1^{er} avril au 31 mai 2005.
0 % du 1^{er} juin au 7 août 2005.
100 % du 8 août au 30 novembre 2005.
50 % du 1^{er} décembre 2005 au 13 mars 2006.
100 % dès le 14 mars 2006"

Ce médecin réservait son pronostic en précisant que tous les traitements entrepris n'avaient eu qu'une efficacité très relative, une psychothérapie ayant débuté depuis mai 2006 auprès de la X._____, Secteur psychiatrique de [...] à la policlinique psychiatrique de [...]. Le Dr F._____ a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dans son activité professionnelle habituelle, seul un travail peu physique et sans contraintes rachidiennes étant envisageable à mi-temps. Il suggérait à ce propos un stage d'observation professionnelle mis en oeuvre par le biais de l'AI. Les constatations du médecin traitant se basaient sur les conclusions du rapport d'expertise du 30 novembre 2005 établi par le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, à l'attention du médecin-conseil de la M._____ (assureur-accidents) au terme duquel, ce rhumatologue a notamment proposé d'adresser l'assurée à l'un de ses confrères pour procéder à une évaluation psychiatrique en lien avec l'état dépressif relevé afin de déterminer si cette dernière affection était secondaire à la symptomatologie douloureuse ou non.

Au terme d'un rapport médical du 8 août 2006, la Dresse C._____, chef de clinique adjoint, et la psychologue A._____ de la policlinique psychiatrique de [...] se sont notamment prononcées en ces termes sur l'état de santé de l'assurée:

"A. Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail:
F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.

Existant depuis quand?

Mme E._____ nous dit souffrir de problèmes somatiques depuis environ deux ans. Les problèmes psychiques remontent à la même période.

[...]

C. Questions générales au médecin:

1. L'état de santé de l'assuré est:

Stationnaire.

2. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales?

Non.

3. Des mesures professionnelles sont-elles indiquées?

Non.

[...]

7. Thérapie/Pronostic:

Entretiens réguliers à quinzaine, à la Polyclinique Psychiatrique de l' [...] depuis le 06.03.06 et médication antidépressive et anxiolytique prescrite par le médecin généraliste de la patiente, le Dr F._____.

Malgré le suivi psychiatrique et la médication antidépressive (avec un changement d'antidépresseur au vu du peu d'efficacité), nous constatons malheureusement une absence d'amélioration. Ainsi, et compte tenu de la tendance à la chronicisation, et de manière plus ancienne, d'une fragilité psychique (certainement en lien avec une histoire de vie marquée par les déprivations précoces et les traumatismes), le pronostic est réservé. Il est par conséquent impossible actuellement, au vu de ce qui précède, d'envisager la reprise d'une activité professionnelle, à quelque taux que ce soit."

Concernant la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée, ces spécialistes ont émis l'avis suivant:

"Nous pensons qu'aucune activité professionnelle, à quelque taux que ce soit, n'est actuellement exigible chez une patiente qui présente une symptomatologie dépressive et somatique invalidante, et, de manière plus ancienne, une importante fragilité psychique. Au vu de ces éléments, nous pensons qu'une activité professionnelle, avec les exigences qui l'accompagnent, viendrait mettre en péril l'équilibre psychique, déjà précaire, de cette patiente."

Dans un avis médical du Service médical régional (ci-après: SMR) AI du 21 novembre 2006, le Dr G._____, spécialiste en médecine générale, a constaté la nécessité de mandater le Centre d'Observation Médicale de l'AI (ci-après: COMAI) S._____ à [...] afin de procéder à une expertise globale de l'assurée.

A la suite d'examens cliniques pratiqués le 8 février 2007, les Drs B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en rhumatologie à la clinique S._____, ont notamment retenu ce qui suit au terme de leur rapport d'expertise interdisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) du 27 août 2007:

"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

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

Discopathies L4-L5 et L5-S1.

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

— Lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales, cervicalgies et douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte de syndrome douloureux persistant.

— F45.4: Syndrome douloureux somatoforme persistant.

5. Appréciation du cas et pronostic

Suite à leurs examens cliniques respectifs (voir rapports d'expertises en annexe), les experts mandatés (le Docteur B. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Docteur H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport) se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire.

[...]

Suite à l'exacerbation de dorso-lombalgies présentes depuis une vingtaine d'années, l'intéressée a nécessité un premier arrêt de travail à 100% en juin 2004. Un premier bilan rhumatologique a retenu des dorso-lombalgies mécaniques dans le cadre de troubles statiques avec dysbalance musculaire. Plusieurs examens somatiques réalisés en 2004 ont également objectivé un important déconditionnement physique global et focal.

Malgré l'instauration de mesures conservatrices alliant la physiothérapie ambulatoire et même un séjour à [...]VD en 2005 à des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, la symptomatologie douloureuse est devenue chronique. Les dorso-lombalgies compliquées d'irradiations douloureuses mal systématisées touchent au départ le membre inférieur gauche, puis progressivement le membre inférieur droit. Les symptômes se compliquent au fil du temps avec l'apparition de douleurs éparses fluctuantes et migrantes de la musculature et du squelette. Les algies sont constantes, diurnes et nocturnes et s'accompagnent de paresthésies au niveau des extrémités, associées à un sentiment de fatigue généralisée.

La perte complète de sa capacité de travail a engendré une réaction dépressive secondaire. L'assurée se retrouvant constamment confrontée à ses difficultés relationnelles avec sa mère, ainsi qu'à des disputes régulières avec un de ses fils ayant un problème d'alcool et refusant de travailler. L'évolution de la symptomatologie fut très favorable suite à un suivi psychiatrique combinant une psychothérapie de soutien bimensuelle à une médication antidépressive de Remeron® (mirtazapine) dès mars 2006.

Etant donné que le traitement s'est avéré efficace, l'expertisée aurait décidé d'elle-même de mettre un terme à son traitement antidépresseur, puisque le contrôle sanguin effectué lors de l'expertise psychiatrique ne met en évidence aucune trace de mirtazapine, médicament actuellement prescrit par son médecin généraliste.

Après anamnèse, examen clinique et prise en compte des documents cliniques préexistants, les experts objectivent une discopathie L4-L5 et L5-S1, affection ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'explorée. Par contre, les lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales, cervicalgies et douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte fibromyalgique et de syndrome douloureux persistant, ne remplissent pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifiées d'invalidantes.

Les experts sont unanimes quant à l'existence d'une importante surcharge psychogène avec un syndrome d'amplification des plaintes. Ils insistent sur la discordance existant entre l'intensité des plaintes algiques et le peu d'éléments objectifs constatés lors de l'expertise. Au-delà d'un contexte de discopathies lombaires n'entraînant que peu de restrictions de la mobilité tronculaire et sans signe clinique irritatif ou neurodéficitaire des membres inférieurs, rien ne permet d'expliquer la globalité des symptômes algiques présentés par Madame E. _____: ni leur localisation et encore moins leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement.

Les experts retrouvent au status des douleurs diffuses du système locomoteur s'associant à des signes de surcharge comportementale et à des points de contrôle positifs évocateurs d'un syndrome douloureux persistant, éléments déjà évoqués par le Docteur Z. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lors de son expertise pratiquée en novembre 2005.

Après discussion interdisciplinaire, les experts estiment donc que la capacité de travail de l'examinée est de 75% dans son activité antérieure. Dans une activité professionnelle légère excluant le port de charges au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière.

Ils conseillent une prise d'antalgiques associée à une médication antidépressive reconnue pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur.

Bien que l'investiguée se dise motivée à reprendre une activité professionnelle qui lui permettrait de sortir de chez elle et de ne plus être confrontée à ses problèmes familiaux, les experts émettent des doutes quant à sa motivation pour une reprise professionnelle.

B. Influence sur la capacité de travail

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

Après discussion, les experts retiennent plusieurs limitations en relation avec les troubles constatés de l'intéressée:

- Mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux.
- Port de charges au-delà de 15kg.

Aucune limitation psychiatrique n'est à retenir.

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

La capacité de travail de l'assurée est de 75% dans son ancienne activité professionnelle, avec un rendement conservé à 100%, et ce depuis qu'elle a interrompu son activité pour motifs de santé.

3. En raison de ses troubles, la personne assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Après discussion, les experts estiment que l'expertisée est capable de s'adapter à son environnement professionnel, pour autant que les limitations citées au point B.1 soient respectées.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte du rythme de travail, du tissu social et des ressources existantes.

Bien que d'un point de vue rhumatologique, des mesures de réadaptation professionnelle soient envisageables, en raison de l'importance du syndrome douloureux, le pronostic de réussite est réservé et dépend de la motivation de l'explorée. Toutefois, du point de vue psychiatrique, on peut considérer que l'examinée a de bonnes ressources d'adaptation et qu'une aide au placement et dans la recherche d'un nouvel emploi plus adapté à sa force physique actuelle pourrait s'avérer utile pour une reprise professionnelle.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Si oui, par quelles mesures?

Alors que d'un point de vue rhumatologique, il n'existe pas de mesures permettant d'améliorer la capacité de travail de l'investiguée, d'un point de vue psychiatrique, une reprise du traitement antidépresseur susceptible d'augmenter le seuil de la douleur, ainsi qu'une approche de psychothérapie de soutien, pourraient améliorer le bien-être de l'intéressée ainsi que sa capacité de travail.

3. Taux de capacité de travail dans l'activité adaptée en tenant compte de ces mesures?

Après discussion, les experts estiment que la capacité de travail et le rendement de Madame E. _____ sont conservés à 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations citées au point B.1.

D. Remarques et/ou autres questions?

Nihil."

Dans un rapport d'examen SMR du 10 octobre 2007, les Drs V. _____ et T. _____ ont fait leurs constatations et conclusions médicales établies par les spécialistes de la clinique S. _____.

Selon le document "Note 1^{er} entretien placement" du 20 septembre 2008, l'assurée a indiqué, lors d'un entretien du 2 septembre 2008, ne pas pouvoir travailler à plus de 20 %, étant d'avis que son état de santé ne lui permettait plus de travailler à plein temps, même dans une activité adaptée. Dans ces circonstances, il a été mis fin à l'aide au placement envisagée.

A teneur d'une note d'entretien téléphonique du 9 septembre 2008, la Dresse C. _____ de la policlinique psychiatrique de [...], a fait part d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée.

Par projet de décision du 24 septembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a préavisé dans le sens du rejet de la demande de rente et de mesures d'ordre professionnel. Ses constatations s'établissaient comme il suit:

"Par votre demande de prestations AI du 1^{er} juin 2006 vous avez sollicité un reclassement dans une nouvelle profession ainsi qu'une rente.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, notamment une expertise auprès de la clinique S. _____, il ressort qu'une capacité de travail de 75 % vous est reconnue dans vos activités habituelles d'employée de maison et de nettoyeuse et ceci depuis le 14 juin 2004.

Toutefois dans une activité adaptée qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles (pas de charges de plus de 15 kg à soulever et pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux) votre capacité de travail est totale et ceci également dès le 14 juin 2004.

Tel serait le cas dans des activités industrielles légères.
[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 (année de l'aptitude à la réadaptation, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'019.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'019.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.69.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 45'249.92.

Sans vos problèmes de santé, si vous aviez pu poursuivre vos anciennes activités d'employée de maison et de nettoyeuse vous pourriez prétendre à un revenu annuel brut de Sfr 60'108.-.

Vous subissez par conséquent un préjudice économique de 25 %

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 60'108.00

avec invalidité CHF 45'249.90

La perte de gain s'élève à CHF 14'858.10 = un degré d'invalidité de 25%

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Toutefois, un tel préjudice économique vous ouvrirait le droit à des mesures d'ordre professionnel.

Vous avez été convoquée auprès de notre division de réadaptation pour une aide au placement et avez indiqué ne pas pouvoir travailler à un taux de 100% et que vous renonciez à cette aide."

Dans ses objections du 14 octobre 2008, l'assurée a indiqué que son état de santé tant physique que psychique s'était énormément péjoré et qu'un rapport médical confirmant ces informations serait prochainement adressé à l'OAI par la Dresse C._____.

Le 25 février 2009, la Dresse C._____ a fourni les précisions médicales suivantes:

"[...] Depuis le rapport AI d'août 2006, dans lequel vous retrouverez une anamnèse détaillée, l'état psychique de la patiente s'est clairement péjoré. En effet, elle a présenté, sur un fond dépressif chronique, plusieurs épisodes dépressifs aigus dont la sévérité est allée en grandissant. Une première hospitalisation à X._____ a été nécessaire de février à mars 2008, en raison de symptômes dépressifs avec idées suicidaires, et une deuxième hospitalisation a eu lieu du 03.12.2008 au 05.01.2009, à nouveau pour des idées suicidaires scénarisées.

[...]

L'incapacité de travail est toujours de 100 %, les certificats médicaux étant émis par le Dr F._____, son médecin traitant. Cette incapacité de travail est motivée par la persistance de symptômes dépressifs, fatigue chronique, tristesse, manque d'énergie, difficulté à accomplir les tâches simples du quotidien, douleurs somatiques, manifestations respiratoires (dyspnées

paroxystiques). Etant donné la chronicité des symptômes psychiatriques, la fragilité psychique sous-jacente et les difficultés familiales persistantes de la patiente, le pronostic nous semble réservé et la reprise d'une activité professionnelle n'est pas envisageable. Dans ce contexte, nous estimons qu'un réexamen de son dossier est justifié."

Dans un avis médical SMR du 17 avril 2009, le Dr D. _____ a retenu la nécessité de faire procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée.

A la suite d'un examen psychiatrique clinique effectué le 29 juillet 2009, dans leur rapport d'expertise du 7 décembre 2009, les Drs N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et W. _____, de la direction médicale du Centre d'Expertise Médicale (ci-après: CEMed) à [...] ont notamment observé ce qui suit:

"Situation actuelle:

Mme E. _____ rapporte en premier lieu des céphalées, des insomnies, des douleurs dorsales et des angoisses. Elle décrit quelques troubles cognitifs et un certain ralentissement psychique. Il y a des ruminations en lien avec sa maladie. Elle est anxieuse et nerveuse et cela est plus marqué en présence de son fils s'il est alcoolisé. Elle craint aussi de le rencontrer en ville.

L'assurée est plus émotive. Elle ressent une fatigue et une tristesse sévère et permanente. Elle ressent peu de plaisir, hormis en présence de ses enfants. Elle se sent très coupable vis-à-vis d'un de ses enfants, pour qui elle s'est beaucoup investi. Le sommeil est perturbé.

Les douleurs sont présentes depuis 2004. Elles sont constantes. Elles fluctuent habituellement entre 5 et 8,5 sur 10. Les douleurs sont atténuées par le chaud et par l'Irfen. Elles sont augmentées par la marche et par ses états de tristesse. Comme conséquence des douleurs, l'assurée ne parvient plus à assumer son ménage, assumé par sa mère.

A l'examen clinique on n'observe pas de comportement ni de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs, mais surtout un rétrécissement du champ de la pensée sur ses conflits avec son fils. On n'observe pas de troubles cognitifs. L'assurée présente par moment une labilité émotionnelle. Elle présente une tristesse et une certaine souffrance psychique, surtout manifeste lorsque l'on aborde ses problèmes familiaux. Mme E. _____ présente une certaine tension psychique. On n'observe pas de ralentissement ni d'accélération psychique. On n'observe pas de fatigue marquée en fin d'entretien.

Le monitoring thérapeutique montre des taux thérapeutiques pour l'Efexor (antidépresseur) et le Truxal (neuroleptique). Les taux sont bas pour l'Irifen (antalgique).

Sur la base de ces éléments, nous retenons en premier lieu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Les symptômes somatiques sont au premier plan, avec des douleurs décrites comme permanentes. Selon l'assurée, les douleurs limitent certaines activités comme l'exécution de tâches ménagères ou par le passé la possibilité d'être suivie plus régulièrement au programme de jour.

Ce trouble est survenu dans un contexte de conflits intrapsychiques importants. L'assurée s'est beaucoup investie dans son travail. En plus d'une activité à 100%, elle effectuait des heures de ménage. Il y avait une motivation financière pour aider l'un de ses enfants en prise à des problèmes d'alcool. L'assurée s'est progressivement épuisée puis démotivée face à la persistance de troubles de comportement de la part de ce fils. A cela s'ajoute les départs successifs de tous ses enfants. A la lecture des deux rapports d'hospitalisation en milieu psychiatrique, on note que les séjours font suite aux départs des enfants. Il est aussi mentionné que l'assurée est en prise à des conflits de loyauté avec sa maman et que les relations ne semblent pas toujours très simples. De plus l'assurée nous a appris qu'au moins une de ses filles avait eu des difficultés relationnelles avec sa grand-mère maternelle. Dès lors on a le sentiment que l'assurée est la dernière personne à rester auprès de sa mère.

Les répercussions de ces différents éléments semblent aussi conditionnés par la culture d'origine de l'assurée et l'on retrouve cela à plusieurs reprises dans son discours, notamment lorsqu'elle a exprimé sa contrariété suite au départ de sa fille cadette alors que cette dernière n'était pas encore mariée.

En second lien, l'assurée présente un trouble de l'humeur. Ce type d'affection a été décrit par la Doctoresse C. _____ dans son rapport d'août 2006 contrairement à la Doctoresse B. _____ dans son rapport d'août 2007. Les deux rapports d'hospitalisation mentionnent un trouble dépressif récurrent avec un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Lors du premier séjour, l'évolution est rapidement favorable. Le début du second séjour est marqué par un état de régression. Il est ensuite mentionné qu'au niveau clinique l'évolution est rapidement favorable avec la complète disparition des idées suicidaires. Ceci semble faire suite à une diminution des tensions familiales.

Actuellement on observe surtout un épisode dépressif léger sans syndrome somatique.

Nous devons aussi considérer qu'il y a une péjoration depuis l'appréciation de la Doctoresse B. _____ avec l'apparition de deux épisodes dépressifs bien caractérisés secondaires aux départs de deux de ses enfants. Depuis l'évolution doit être considérée comme favorable.

Synthèse et conclusions:

Mme E. _____ ne présente pas de limitation fonctionnelle majeure. L'assurée reste en prise à d'importants problèmes familiaux. Ses difficultés trouvent une partie de leur origine dans son appartenance culturelle avec une grande difficulté à accepter l'autonomisation de ses enfants.

On peut considérer que l'assurée a été en incapacité de travail à 100% du 18.02.2008 au 04.04.2008 et du 03.12.2008 au 05.02.2009, soit dans les deux cas durant les séjours hospitaliers et durant le mois suivant la sortie.

7. Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Aucun.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00) depuis 2006.

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2004.

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan psychique et mental

Aucune.

Sur le plan social

Aucune.

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

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

Aucune.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

L'assurée ne présente pas de ralentissement psychique marqué, ni de fatigue, ni de trouble autre invalidant, ce qui lui permet d'assumer une activité à plein temps.

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

Oui, 8 heures par jour.

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

Non.

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

Depuis le 18.02.2008.

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

IT [incapacité de travail] 100%: du 18.02.2008 au 04.04.2008 et du 03.12.2008 au 05.02.2009.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui, sans restriction particulière."

Dans un avis médical SMR du 26 janvier 2010, les Drs D. _____ et T. _____ ont adhéré aux conclusions ressortant du rapport

d'expertise précité en soulignant qu'en dehors des périodes d'incapacité de travailler à 100 % (du 18.02.2008 au 04.04.2008 et du 03.12.2008 au 05.02.2009), la capacité de travail exigible de l'assurée était restée entière, sans baisse de rendement.

Par décision du 3 février 2010, l'OAI a confirmé l'intégralité de son projet du 24 septembre 2008 en rejetant la demande de rente et de mesures d'ordre professionnel. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il exposait à l'assurée que le rapport d'expertise CEMed avait pleine valeur probante, de sorte qu'elle ne présentait pas de limitations fonctionnelles majeures susceptibles d'entraver sa capacité de travail.

B. Le 24 février 2010, E._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Elle avance se trouver en incapacité de travailler depuis de nombreuses années avec pour conséquence qu'il ne lui est pas possible de reprendre une quelconque activité professionnelle. Par mémoire complémentaire du 6 juillet 2010, la recourante, représentée par l'avocat Christophe Maillard, précise ses conclusions comme il suit:

"Principalement:

- I.- Dire que le recours est admis.
- II.- Dire que E._____ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2005.
- III.- Dire qu'en conséquence, le dossier est renvoyé à l'Office d'assurance-invalidité pour qu'il détermine le montant de la rente qui revient à E._____.

Subsidiairement:

- IV.- Dire que le recours est admis.
- V.- Dire que la décision rendue par l'Office d'assurance-invalidité le 3 février 2010 (n°AVS [...]) est annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'Office pour qu'il procède à une nouvelle expertise psychiatrique de E._____."

La recourante allègue en substance que le diagnostic d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique tel que retenu par les

experts du CEMed s'inscrit en contradiction avec les observations de la Dresse C._____ dans son rapport médical du 25 février 2009. Il conviendrait d'admettre que les troubles psychiatriques empêchent totalement la recourante de travailler.

Le 5 août 2010, le recourante a produit un rapport médical du 30 juillet 2010 de la Dresse C._____ au terme duquel ce psychiatre pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en soulignant que de son point de vue, sa patiente présente un ralentissement psychomoteur majeur (surtout en décembre 2008), des ruminations, un retrait total, ne parvenant plus du tout à assumer la moindre tâche ménagère, ne sortant plus de sa chambre, présentant des idées suicidaires scénarisées (sauter par le balcon), des troubles du sommeil, de l'inappétence, une perte du sens de la vie et des idées de culpabilité. La Dresse C._____ note en particulier que durant la dernière hospitalisation du 20 avril au 3 mai 2010, l'état dépressif était plus important que lors des deux premières hospitalisations. Ce psychiatre s'est notamment déterminé comme il suit:

"6) Si oui, avez-vous décelé la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante?

Oui, il existe une comorbidité psychiatrique importante, tant dans son acuité que dans sa durée. Il s'agit du trouble dépressif récurrent évoqué ci-dessus, avec des épisodes sévères répétés depuis début 2008. Il faut noter qu'entre les épisodes aigus graves nécessitant une protection et une prise en charge en hôpital, il y a un fond dépressif moins aigu mais constant, invalidant pour les activités quotidiennes, de par la fatigue qu'il génère, les troubles du sommeil, l'absence de motivation, et toutes les douleurs, qui sont toujours corrélées à la tension psychique et à l'humeur dépressive.

[...]

7) Avez-vous décelé d'autres critères présentant une certaine intensité et constance tels que des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire de la maladie), échec du traitement ambulatoire ou stationnaire conforme aux règles de l'art et des mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble somatoforme douloureux?

Ce que nous avons décrit aux points 3) et 6) correspond à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et sans rémission

durable. De même, il existe une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Si elle n'est pas contrainte par son traitement ou par ses enfants, elle ne sort plus de chez elle et passe ses journées au lit. On peut dire que l'état psychique est cristallisé, gelé dans un trouble dépressif. Au fil des années et malgré l'importance du réseau autour d'elle, nous observons une aggravation de son retrait, ainsi qu'une aggravation des épisodes dépressifs aigus. Toutefois, la patiente nous laisse parfois croire encore dans ses ressources et nous espérons encore arriver à « décrystalliser » cet état, raison pour laquelle la prise en charge reste conséquente. [...]

8) Quelle est votre appréciation de la capacité de travail de Mme E. _____ dans le cadre de son activité habituelle?

Actuellement nulle.

9) Existe-t-il une activité adaptée dans laquelle Mme E. _____ pourrait travailler et si oui, laquelle et à quel taux?

A ce jour, je ne vois pas d'activité possible, à quelque taux que ce soit. Son état est encore trop régressé et nécessite une prise en charge trop importante pour envisager un travail. A plus long terme, et à la condition d'une amélioration durable de son état psychique, une reprise d'activité qui ne nécessite pas d'effort physique à temps très partiel (maximum 50%) pourrait peut-être être envisagée. Et encore, c'est peut-être l'espoir illusoire que j'ai en notre traitement et en certaines capacités de Mme E. _____ qui me rend si optimiste. [...]"

Dans sa réponse du 15 septembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il a produit en annexe, un avis médical SMR du 8 septembre 2010 du Dr D. _____ auquel il se réfère et dont il ressort que le rapport médical de la Dresse C. _____ du 30 juillet 2010 atteste d'une aggravation de l'état de santé de la recourante sous forme d'un épisode dépressif sévère en avril 2010 ayant conduit à une hospitalisation le 20 avril 2010. La décision attaquée datant du 3 février 2010, il convient de ne pas tenir compte de cette aggravation survenue postérieurement.

Le 3 novembre 2010, la recourante a produit un rapport complémentaire du 5 octobre 2010 de la Dresse C. _____ dont il ressort que sa capacité de travail est nulle à tout le moins depuis le traitement entrepris auprès de la polyclinique psychiatrique de [...], soit dès le 6 mars 2006, en raison d'un état dépressif chronique moyen à sévère, avec des aggravations fréquentes.

Par lettre du 13 décembre 2010, l'avocat Alain Vuithier communique qu'il assure désormais la défense des intérêts de la recourante.

Le 21 février 2011, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales informe les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. A la suite d'un examen clinique pratiqué les 31 août et 2 septembre 2011, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment observé ce qui suit dans son rapport d'expertise judiciaire du 5 septembre 2011:

"Diagnostics

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de:

- Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

[...]

- Evolution de l'état de santé de l'assurée

En 2008, l'assurée a été hospitalisée à trois reprises en milieu psychiatrique. Lors de la première hospitalisation, il a été retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10). Lors de la deuxième hospitalisation du 03.12.2008 au 05.01.2009, il a été retenu un diagnostic identique. Lors de l'hospitalisation du 20.04.2010 au 03.05.2010, l'épisode est toujours qualifié de moyen. L'aggravation transitoire justifiant l'hospitalisation a toujours été décrite comme réactionnelle. L'évolution a toujours été rapidement favorable, si on se réfère à ce qui est mentionné dans les trois rapports de sortie de la clinique psychiatrique de X._____.

Plus d'une année plus tard, l'assurée n'a pas été à nouveau hospitalisée. Elle est sous un traitement ambulatoire approprié. Le trouble dépressif est aujourd'hui de sévérité moyenne. Il n'y a pas notion qu'il ait été sévère depuis la dernière hospitalisation. Il n'y a dès lors pas d'argument définitif pour une aggravation significative à ce jour.

La présentation clinique de Mme E._____ n'a objectivement que peu varié depuis 2008, en dehors de situations de crise qui ont conduit à trois brèves hospitalisations entre 2008 et 2010.

- Conclusion

En conclusion, le soussigné ne saurait retenir une quelconque incapacité de travail psychiatrique dans ce cas, dans la mesure où il applique les règles usuelles en la matière. Cette appréciation rejoint d'ailleurs celles de deux expertises figurant au dossier à savoir celle de la clinique S._____ du 27.08.2007 et celle du CEMed du 29.07.2009.

Cette appréciation de l'incapacité de travail s'écarte par contre de celle du médecin psychiatre traitant, Mme le Dr C._____.

A ce sujet, on peut rappeler que l'expert doit statuer de façon objective en référence au principe général de justice distributive visant l'égalité de traitement entre tous les assurés.

Le médecin traitant exerce quant à lui son activité dans le cadre d'un mandat de traitement. Il peut se prévaloir d'un principe de bienfaisance et vouloir préserver la relation thérapeutique en évitant de se mettre en conflit avec son patient sur le point délicat de l'incapacité de travail.

Au vu d'un cadre d'activité tout de même fort différent, il n'est pas inhabituel que le médecin traitant atteste des incapacités de travail plus élevées voire bien plus élevées que celles argumentées par l'examineur médical neutre, comme c'est le cas dans ce dossier.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a pas de proposition à formuler en ce sens.

Des mesures professionnelles ne paraissent guère possibles chez une assurée qui se dit totalement incapable de travailler et qui n'a aucune demande d'aide pour réintégrer le monde du travail.

Le pronostic médical (et non psychosocial) n'est pas nécessairement mauvais, sachant que la pathologie psychiatrique stricto sensu de cette assurée n'est pas gravissime et qu'un trouble de personnalité peut être raisonnablement écarté.

[...]

Réponses aux questions

[...]

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 (épisode actuel moyen) (F33.1)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

selon les critères et la dénomination exacte des ouvrages de référence. Ces troubles se sont progressivement installés dans le courant des années 2000.

[...]

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

Le soussigné ne retient pas de limitation psychiatrique dans ce cas pour des motifs développés dans le corps de ce rapport médical.

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?

Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas pour des motifs développés dans le corps de ce rapport médical."

Dans ses déterminations du 27 septembre 2011, l'OAI déclare se rallier aux conclusions probantes du rapport d'expertise du Dr J._____. Il confirme ainsi les conclusions de sa réponse.

Le 19 décembre 2011, la recourante fait part de son étonnement s'agissant de l'évaluation de son cas effectuée par le Dr J._____ en regard de celle de son médecin traitant la Dresse C._____.

Le 9 janvier 2012, Me Alain Vuithier a produit la liste détaillée de ses opérations et débours en la présente cause.

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 à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, 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 (cf. art. 57a LAI) – 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

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, 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 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 ainsi que de l'octroi de mesures professionnelles.

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 (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2 et I 562/2006 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.).

d) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 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, et 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. 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 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 506/2004 du 22 février 2006).

3. a) La décision litigieuse est fondée sur les constatations et conclusions médico-théoriques mises en évidence par les spécialistes de la clinique S._____ dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) du 27 août 2007 dont il ressortait une capacité de travail entière dès le 14 juin 2004 dans toute activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Ces conclusions ont ensuite été confirmées par les experts du CEMed dans leur rapport du 7 décembre 2009, lesquels n'ont pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, nonobstant le fait que la recourante ait présenté des incapacités de travail de 100 % du 18 février 2008 au 4 avril 2008 et du 3 décembre 2008 au 5 février 2009, périodes correspondant aux deux hospitalisations à la policlinique psychiatrique de X._____ ainsi que durant le mois suivant sa sortie de cet établissement.

Dans le cadre de la présente procédure, la recourante soutient que les conclusions des experts du CEMed sont en contradiction avec les constatations de son médecin traitant, la Dresse C._____. Dans un rapport médical du 30 juillet 2010, complété le 5 octobre 2010, ce

psychiatre est en effet d'avis que sa patiente présente un état dépressif chronique avec des épisodes moyens à sévères répétés depuis le 6 mars 2006 (début du traitement auprès de la polyclinique psychiatrique de X._____), dont elle déduit une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle.

Au vu de ces avis médicaux contradictoires, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique a été confiée au Dr J._____. Un double examen clinique de la recourante et une étude complète des pièces médicales mises à sa disposition (en particulier les résumés des hospitalisations des 11 avril 2008, 4 mars 2009 et 25 mai 2010 à la polyclinique psychiatrique de X._____), ont conduit cet expert à poser les diagnostics de troubles dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Dans son appréciation de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2008, le Dr J._____ observe que lors de ces trois hospitalisations, les psychiatres ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. Il note que l'évolution a toujours été rapidement favorable, les aggravations justifiant les hospitalisations étant purement réactionnelles. En définitive, en dehors des trois situations de crise ayant conduit aux hospitalisations précitées, l'expert judiciaire constate que l'état clinique de la recourante n'a objectivement que peu varié. Il conclut ainsi à l'absence d'une quelconque incapacité de travail psychiatrique, la recourante étant jugée à même de fournir l'effort que l'on est en droit d'attendre d'elle afin de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme (cf. consid. 2d supra), l'estimant capable de réintégrer le monde du travail. Quant au pronostic médical, l'expert indique qu'il n'est pas nécessairement mauvais dès lors qu'un trouble de la personnalité peut être raisonnablement écarté et que la pathologie psychiatrique stricto sensu n'est pas particulièrement grave.

On observe par ailleurs que l'appréciation médicale du Dr J._____ concorde avec les avis exprimés dans l'expertise S._____ ainsi que dans l'expertise du CEMed. Ainsi seul le médecin traitant, à savoir la Dresse C._____, soutient que la recourante présente une comorbidité

psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée justifiant d'attribuer un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux persistant mis en évidence (cf. consid. 2d supra).

Cela étant, l'expertise judiciaire du Dr J._____ se base sur des examens cliniques, sur une étude attentive et complète des pièces du dossier, sur les plaintes actuelles de l'assurée et sur une anamnèse familiale et personnelle rigoureuse. Les diagnostics posés le sont avec clarté, se rapportant à la classification reconnue qu'est la CIM-10. L'appréciation et l'examen du cas sont présentés de manière claire et cohérente, sans éluder l'avis divergent de la Dresse C._____, mais en le discutant. Partant, cette expertise irréprochable sur le plan scientifique et dûment motivée emporte pleine valeur probante.

Conformément à la jurisprudence rappelée au considérant 2c ci-dessus, on s'écartera donc du seul avis contraire du psychiatre traitant, les conclusions de l'expertise judiciaire concordant avec celles de deux autres centres d'expertises spécialisés.

Ainsi, avec le Dr J._____, on retiendra les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Quant à l'impact du trouble douloureux sur la capacité de travail, la morbidité psychiatrique du cas d'espèce ne rentrant pas dans le seuil diagnostic en question, on retiendra avec cet expert l'absence de toute maladie psychiatrique incapacitante, dans l'activité antérieure comme dans une autre activité adaptée.

b) Ainsi posée, l'appréciation du cas de la recourante quant aux surcharges psychogènes observées laisse subsister la question des atteintes à la santé sur le plan somatique qui en sont la cause. A cet égard, on observe que, dans son rapport du 27 août 2007, le rhumatologue H._____ a objectivé, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, des discopathies L4-L5 et L5-S1 à même d'expliquer certaines douleurs ressenties par l'intéressée. Ce spécialiste en a déduit une capacité de travail réduite à 75% dans l'activité antérieure, mais de

100% dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles, excluant le port de charges au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux. Ces conclusions, claires, cohérentes et dûment motivées, n'ont pas été contredites sur le plan médical, ni du reste contestées par l'intéressée, de sorte que l'on peut y adhérer au titre des atteintes à la santé sur le seul plan physique et de l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail résiduelle en résultant.

c) L'assurée ainsi renvoyée à l'exercice d'une activité réputée adaptée, c'est donc à bon droit, au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus, que l'OAI s'est livré à une approche théorique du degré d'invalidité. A cet égard, le mode de calcul, les revenus avec et sans invalidité ainsi que l'abattement de 10% tels que retenus par l'intimé échappent à la critique, de sorte que le degré d'invalidité arrêté à 25% peut être confirmé.

Inférieur à 40%, ce degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. Sur ce point, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté en conséquence.

4. A ce stade, il reste à examiner si le droit de la recourante à l'octroi de mesures professionnelles est ouvert.

a) Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 110 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 et 8C_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4; TFA I 238/2000 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 consid. 1; VSI 2000 p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). A noter qu'un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre pas automatiquement le droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et

qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 et 124 V 109 consid. 2a; TFA I 330/2005 du 25 janvier 2006).

Par reclassement, la jurisprudence entend, en principe, la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a, 122 V 77 consid. 3b/bb et 99 V 35 consid. 2; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3).

En règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux seules mesures nécessaires et propres à atteindre le but de la réadaptation visé mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne garantit la réadaptation que dans la mesure où elle est à la fois nécessaire et suffisante. En outre, il doit exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3, 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009, consid. 2.1).

Le droit à une mesure de réadaptation suppose ainsi qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2; TF I 22/2006 du 19 janvier 2007, consid. 4.3; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références).

b) En l'occurrence, la recourante présente une atteinte à la santé entraînant une perte de gain durable d'au minimum 20%, de sorte que le droit à l'obtention de mesures de reclassement dans une nouvelle profession lui est théoriquement ouvert. Toutefois, il ressort du document "note 1^{er} entretien placement" versé au dossier de l'intimé que, convoquée le 2 septembre 2008 auprès de la division de réadaptation de l'OAI pour une mesure d'aide au placement, la recourante s'est déclarée inapte à travailler à un taux supérieur à 20 % et a renoncé à toute aide. Par ailleurs, elle n'a pas conclu à la mise en œuvre d'une mesure

professionnelle dans le cadre de son recours. Ainsi, la recourante ne remplit de toute évidence pas la condition subjective d'une motivation suffisante pour se voir allouer le droit à une mesure de réadaptation professionnelle. C'est dès lors à juste titre que ce droit lui a été refusé par la décision attaquée.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais fixés à 400 fr., resteront provisoirement à la charge de l'Etat.

De même, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Me Alain Vuithier a produit, le 9 janvier 2012, la liste détaillée de ses opérations, comprenant également le montant de ses débours, laquelle peut être admise. Il convient donc de retenir la somme de 213 fr. 05 (01h.06 au tarif horaire de 180 francs plus TVA à 7,6 %) correspondant à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2010, à laquelle on ajoutera un montant de 1'322 fr. (06h.48 au tarif horaire de 180 francs plus TVA à 8 %) couvrant la rémunération de l'ensemble des opérations accomplies depuis le 1^{er} janvier 2011, soit un

total TVA comprise de 1'535 fr. 05 (213 fr. 05 + 1'322 fr.) à titre d'honoraires. Il convient encore d'ajouter une somme de 100 fr. à titre de débours, soit un montant de 108 fr. TVA comprise à 8 %. L'indemnité totale du défenseur d'office est ainsi fixée à 1'643 fr. 05 (1'535 fr. 05 + 108 fr.), sans qu'il y ait lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 3 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Vuithier, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'643 fr. 05 (mille six cent quarante-trois francs et cinq centimes).
- 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alain Vuithier (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également 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 :