

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Thalmann, juge et M. Zbinden, assesseur
Greffière: Mme Berberat

* * * * *

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) K._____ (l'assurée ou la recourante), née en 1964, a travaillé dès le 24 juin 1996 à 60 % au service d'entretien de l'Hôpital [...]. Souffrant de céphalées depuis 2001 environ qui se sont progressivement exacerbées, elle a présenté une incapacité totale de travail dès le 2 décembre 2004.

Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain la Caisse S._____ qui a versé des indemnités journalières maladie à 100 % du 2 décembre 2004 au 31 mai 2005, à 50 % du 1^{er} au 6 juin 2005 et à 100 % du 7 juin 2005 au 5 mars 2006. En date du 21 février 2005, le Dr T._____, médecin traitant de l'assurée, a indiqué à l'intention de l'assureur précité ce qui suit:

"Cette patiente présente de longue date des céphalées (possibles migraines) qui se sont aggravées depuis déc. 04. Ces dernières "pourraient" être aggravées par un état anxio-dépressif nié par la patiente. Mme K._____ a été adressée au service de neurologie de l'hôpital F._____ pour contrôle qui aurait conclu à 1 migraine. Je suis dans l'attente de leurs conclusions".

Suite à l'avis médical du 28 avril 2005 du Dr N._____, médecin conseil de la Caisse S._____, préconisant une reprise progressive de l'activité professionnelle soit à 30 %, puis à 60 %, l'intéressée a accepté de reprendre son emploi le 1^{er} juin 2005, mais a présenté le 7 juin 2005 un malaise avec perte de connaissance sur son lieu de travail (rapport du Dr T._____ du 14 juin 2005). En date du 22 juin 2005, le Dr R._____, médecin associé au service de neurologie de l'hôpital F._____, a retenu le diagnostic de probable migraine chronique. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, il a estimé qu'il y avait lieu d'augmenter le Saroten et de solliciter un avis psychiatrique, car "il y a[vait] un état anxio-dépressif qui semble assez sévère". Étant dans l'incapacité de juger du bien-fondé des symptômes avancés par sa patiente, à savoir des céphalées intenses, des douleurs dorso-lombaires irradiant dans la jambe et des malaises avec chutes, le Dr T._____ a

poursuivi l'arrêt de travail sur la base de l'anamnèse de l'assurée (avis médical du 30 juin 2005). Il a précisé qu'il avait à plusieurs reprises tenté de mettre en relation les douleurs de la patiente avec son état psychologique, mais qu'elle avait toujours nié un état dépressif. Par ailleurs, elle se présentait toujours à la consultation accompagnée de l'un de ses fils qui assurait la traduction, ce qui ne rendait pas toujours facile la prise de renseignements (avis médical du 1^{er} septembre 2005). Dans un rapport du 30 novembre 2005, le Dr C._____, chef de clinique et la Dresse G._____, médecin assistante à Y._____ ont conclu ce qui suit :

“Nous nous trouvons en face d'une patiente qui souffre de céphalées, qu'elle perçoit comme très invalidantes. Mme K._____ a peu de capacités d'élaboration et de verbalisation d'autres problèmes à part ses douleurs. Dans ce contexte, il nous est difficile de trouver un facteur déclenchant l'exacerbation de sa symptomatologie. Cependant, il est évident que Mme K._____ présente des symptômes anxiodépressifs d'intensité légère à moyenne, qui accompagnent ses céphalées. Dans ces conditions, nous proposons à la patiente un nouveau traitement antidépresseur (par exemple Efexor), par rapport auquel Mme K._____ et son fils se montrent assez réticents, disant que son problème n'est pas d'ordre psychique, ce qui rend notre tâche encore plus difficile”.

Sur la base de ces éléments, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne, a considéré que les morbidités présentées par K._____ ne paraissaient pas justifier une incapacité totale de travail. Dès lors, il recommandait à la Caisse S._____ de tenir compte d'une capacité de travail de 50 % (d'un poste à 60 %) dès le 1^{er} janvier 2006 (avis médical du 22 décembre 2005).

En date du 20 janvier 2006, la Caisse S._____ a décidé de mandater les Drs W._____, spécialiste FMH en neurologie et Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre H._____ à [...], pour la réalisation d'une expertise. Dans leur rapport du 24 février 2006, les experts ont posé les diagnostics de céphalées tensionnelles, de migraines sans aura, de possibles céphalées par abus médicamenteux et de syndrome douloureux chronique, voire troubles somatoformes douloureux. Ils ont estimé qu'une reprise de travail à 100 % était

envisageable dès la date de l'expertise, le pronostic étant bon si l'assurée faisait des efforts. Par lettre du 11 janvier 2006, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 avril 2006.

b) K._____ a déposé le 28 décembre 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une atteinte existant depuis octobre 2004 tout en se référant à son dossier médical pour la description de l'atteinte. Par avis médical du 10 avril 2006, le Dr T._____ a considéré que le diagnostic de migraine chronique avait des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, ce qui n'était pas le cas de la rhinite chronique à probable composante allergique, faible sensibilisation aux acariens domestiques et du status post opération des varices du membre inférieur droit. Ce praticien a constaté qu'on se trouvait devant une impasse avec une patiente déclarant être dans l'incapacité de travailler et des experts qui concluaient à sa capacité totale à reprendre son activité. Le Dr T._____ a également précisé que sa patiente avait déposé une demande AI sans l'en avoir informé.

B. Par décision du 15 juin 2006, l'OAI a considéré que l'assurée n'avait pas droit à des prestations. Se fondant sur les renseignements médicaux contenus dans le dossier, il a estimé qu'il n'y avait aucun élément permettant de retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Suite à l'opposition formée par l'intéressée, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR), qui a souhaité compléter l'instruction du dossier, car l'assurée alléguait souffrir d'une allergie à la poussière qui l'empêchait d'effectuer son ménage (avis médical du 31 mars 2008). Dans un rapport du 29 avril 2008, le Dr T._____ a indiqué que sa patiente présentait certes une allergie aux acariens domestiques, mais qui n'entraînait ni empêchements ménagers, ni limitations fonctionnelles dans l'activité d'employée de maison, ni réduction de la capacité de travail.

Par décision sur opposition du 10 juin 2008, l'OAI a confirmé sa décision antérieure, considérant que l'expertise médicale du Centre H._____ remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document, le Dr T._____ ayant par ailleurs établi que l'allergie qu'elle présentait n'avait aucune conséquence sur sa capacité de travail.

C. K._____ a recouru contre cette décision le 9 juillet 2008. Par arrêt du 12 novembre 2010 (cause AI 367/08 - 444/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis son recours, annulé la décision du 10 juin 2008 et a renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète son instruction, puis rende une nouvelle décision. En substance, la Cour de céans a retenu que le diagnostic de syndrome douloureux chronique, voire de trouble somatoforme douloureux, n'émanait pas d'un spécialiste en rhumatologie, mais en neurologie, que sur le plan psychiatrique, l'analyse du cas était peu précise, voire lacunaire, et qu'au plan somatique, la Cour de céans ne pouvait retenir, en l'absence d'un avis émanant d'un spécialiste, que l'assurée était en mesure de reprendre son ancienne activité d'employée de maison malgré l'utilisation de médicaments ou si une activité adaptée était rendue nécessaire. Finalement, la Cour en a déduit que le dossier tel que constitué ne lui permettait pas de statuer en toute connaissance de cause sur l'existence ou non d'un trouble somatoforme douloureux et sur son éventuel caractère invalidant. L'absence d'investigation par l'intimé sur le plan rhumatologique et psychiatrique, alors que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été posé par les experts mandatés par l'assureur perte de gain, ne permettait pas de trancher le litige de façon sûre. Par ailleurs, faute d'une évaluation circonstanciée rendue par un médecin spécialiste des problèmes relatifs aux allergies, l'instruction médicale apparaissait incomplète, car elle ne permettait pas de déterminer avec précision l'incidence de ces troubles, ainsi que l'impact de la prise de médicaments sur la capacité de travail de l'assurée. La cause était ainsi renvoyée à l'OAI

pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

D. a) A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du cas de l'assurée.

Par avis médical du 23 décembre 2010, le SMR a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, allergologique et psychiatrique).

L'assurée a été convoquée à une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre X._____. Dans un rapport de synthèse du 19 avril 2011 faisant suite à deux examens cliniques des 7 et 22 février 2011, les Drs J._____, spécialiste en médecine interne, Q._____, spécialiste en médecine interne et V._____, spécialiste en psychiatrie, ont posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Somatisation

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Céphalées tensionnelles G44.2
- HTA I10
- Rhino-conjonctivite chronique J30
- Urticaire chronique récidivante d'origine indéterminée L50.8
- Obésité (BMI 32 kg/m²) E66
- Status post crossectomie, stripping de la veine saphène interne et mini-phlébectomie du MI droit le 25.11.2003".

Sur le plan psychiatrique, le Dr V._____ a retenu le diagnostic de somatisation, l'assurée présentant des symptômes physiques récurrents, variables dans le temps (vertiges, "malaises", pertes de connaissances), lesquelles ont motivé plusieurs investigations médicales sans aboutir à des conclusions. L'expert psychiatre a en outre précisé que *"ce trouble est accompagné de symptômes de la lignée dépressive et il a entraîné un dysfonctionnement social et familial majeur : C'est ainsi que l'expertisée reste confinée la plupart de temps à la maison, totalement inactive et devant être accompagnée en toute occasion (pour sa toilette, ses rares sorties, ses rendez-vous médicaux, etc...).* Ce trouble psychique est sévère, résistant au traitement mené lege artis par les intervenants de l'Association [...]. Ce trouble est grevé par ailleurs d'un pronostic très réservé tant la pathologie individuelle figée a entraîné tout le groupe familial dans un dysfonctionnement chronique, sans doute difficile à changer".

Sur le plan rhumatologique, l'assurée a été examinée par le Dr B._____, lequel a conclu à l'issue de l'examen à l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative, l'examen des documents radiologiques montrant de discrètes discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1, compatibles avec une évolution naturelle et l'âge de l'expertisée. Il n'y avait dès lors pas d'affection justifiant une incapacité de travail dans la profession de technicienne de surface ou toute autre profession, de même que pour les activités ménagères.

Sur le plan neurologique, le Dr P._____ a procédé à un examen clinique de l'assurée complétée par un EEG et un écho-Doppler des vaisseaux précérébraux. Au terme de son bilan, le spécialiste en neurologie a écarté l'existence d'une affection structurelle majeure à l'origine des plaintes formulées par l'assurée sous forme de maux de tête, vertiges, douleurs rachidiennes, manque de force global des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que de paresthésies diffuses. S'agissant des céphalées, le Dr P._____ a conclu à des phénomènes de surcharge anxio-gène/psychogène plutôt qu'à de réels symptômes d'accompagnement de migraines avec une possible composante médicamenteuse. Il a dès lors retenu que d'un point de vue strictement neurologique, les plaintes formulées par l'assurée ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail ayant valeur d'invalidité selon la jurisprudence actuelle.

Dans le cadre de la discussion du cas, les Drs J._____, Q._____ et V._____ ont relevé la présence de symptômes somatiques multiples sans substrat organique relevant, s'exprimant avec une certaine constance au cours du temps sous forme de douleurs, symptômes gastro-intestinaux et de la sphère neurologique. Ils ont indiqué que ces symptômes touchaient également la sphère sociale et relationnelle, avec un retrait social massif, une incapacité de travail persistante, le besoin de l'aide de tiers dans une grande partie des activités de la vie quotidienne et un appauvrissement des activités. Au vu de ces éléments, ils ont retenu le diagnostic de somatisation ajoutant que si les symptômes dépressifs étaient présents, ils ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct. Excluant avec une forte vraisemblance un trouble factice ou un comportement de simulation, ils ont en outre exposé les éléments suivants :

"Dans ce cadre, où l'expression des émotions est limitée par de faible capacité de verbalisation et d'élaboration, la voie somatique est un moyen d'expression privilégié de la souffrance psychique. Dans le cas particulier, le trouble psychique doit être considéré comme sévère, de par la gravité des répercussions fonctionnelles et l'intensité des symptômes physiques. Cette situation a entraîné un dysfonctionnement familial majeur (...)"

Les experts ont dès lors conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle dès le 2 décembre 2004, correspondant au début de la période d'incapacité de travail, sans amélioration jusqu'à ce jour.

A réception du rapport d'expertise pluridisciplinaire, l'OAI a demandé au SMR d'établir un rapport final.

Par avis médical du 6 mai 2011, le Dr M. _____ a retenu les éléments suivants :

"Cette assurée de 47 ans, employée d'entretien sans formation, en arrêt de travail depuis 2004, a été examinée de manière pluridisciplinaire au Centre X. _____ à [...].

Les experts ont confirmé l'absence de toute affection organique à l'origine des plaintes de l'assurée. Le seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est celui de Somatisation (F 45.0).

Les experts estiment que cette affection justifie une incapacité de travail totale dans toute activité depuis décembre 2004.

La somatisation est un diagnostic faisant partie des troubles somatoformes (F 45). Pour pouvoir déterminer si ce trouble justifie une incapacité de travail de longue durée, il convient préalablement d'analyser les critères de gravité définis par la jurisprudence :

On relève l'absence de comorbidité psychiatrique puisque l'expert psychiatre ne retient aucun autre diagnostic de son domaine et atteste que les symptômes dépressifs présents ne se manifestent pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct.

Il n'y a pas d'affection corporelle chronique puisqu'aucun substrat organique n'a été trouvé pour expliquer les plaintes de l'assurée.

La perte de l'intégration sociale semble importante ; en effet l'assurée déclare sortir très peu et jamais sans accompagnement ; elle n'a des contacts réguliers pratiquement qu'avec sa famille et ses thérapeutes.

La maladie la dispense de la plupart des tâches domestiques, qui sont effectuées par ses belles-filles, et lui vaut la sollicitude constante de celles-ci puisqu'elles l'accompagnent dans tous ses déplacements, l'aident pour l'habillage et le déshabillage lors de l'examen clinique, alors qu'aucune limitation physique ne justifie ce manque d'autonomie. Nous en déduisons d'une part que l'assurée tire des bénéfices secondaires de la maladie, d'autre part qu'elle présente une certaine démonstrativité.

On ne peut pas parler d'échec des traitements conformes aux règles de l'art puisqu'il n'y a pas d'affection organique et que l'affection psychiatrique fait l'objet uniquement d'entretiens psychothérapeutiques mensuels par une psychologue.

Les douleurs intenses, cotées entre 5 et 10/10 en ce qui concerne les maux de tête, sont décrites par l'assurée de manière vague. ("Une description précise du caractère des maux de tête est particulièrement difficile à obtenir", p. 14).

L'expert psychiatre s'est prononcé en faveur du caractère authentique des plaintes de l'assurée ; les autres experts ne se prononcent pas sur ce point.

Enfin, le handicap allégué a altéré l'environnement psycho-social de l'assurée.

Les critères énumérés ci-dessus, issus de la jurisprudence, doivent faire l'objet d'une appréciation juridique afin de déterminer si l'incapacité de travail reconnue sur le plan médical a valeur d'invalidité au sens de la loi".

b) En date du 10 juin 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision par lequel il a refusé l'octroi d'une rente. Sur la base des renseignements médicaux en sa possession, il a constaté qu'elle souffrait d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Toutefois, selon l'expertise réalisée par le Centre X._____, elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux. Elle ne réunissait par ailleurs pas non plus plusieurs des autres critères qui fondaient un pronostic défavorable sur le plan de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Le trouble somatoforme douloureux ne constituant dès lors pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, l'OAI a nié qu'une mise en valeur de sa capacité de travail ne puisse plus être exigée d'elle à 100 %.

Dans le cadre de sa contestation du 31 août 2011, l'assurée soutient que l'expertise du Centre X._____ démontre que cinq ans après l'expertise du Centre H._____, la situation est restée figée et qu'elle s'est chronifiée, de sorte que la pathologie peut maintenant être qualifiée de sévère. En définitive, elle allègue qu'elle remplit la très grande majorité des critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme.

Par décision du 9 novembre 2011 dont la motivation figure dans une lettre séparée portant également la date précitée, l'OAI a confirmé sa décision du 10 juin 2011. L'OAI a mentionné qu'il n'y avait pas de comorbidité importante et si certains critères posés par la jurisprudence pouvaient être éventuellement discutés, ils n'étaient en tous les cas pas particulièrement marqués. L'OAI a en outre relevé que les experts du Centre X._____ ne s'étaient pas déterminés sur l'aspect invalidant de la somatisation en conformité avec la jurisprudence en la matière, l'incapacité de travail de l'assurée reposant sur son vécu subjectif, telle qu'elle le rapportait. Bien que les conclusions des experts du Centre X._____ soient en contradiction complète avec ceux du Centre H._____, ils ne motivaient pas leur divergence, alors qu'ils auraient dû l'expliquer autrement que par la chronification de la situation, qui ne permettait pas à seule de justifier une invalidité.

E. Par acte de son mandataire du 13 décembre 2011, K._____ interjette recours contre la décision du 9 novembre 2011 et conclut à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée rétroactivement au 2 février 2004. En substance, elle fait valoir que l'expertise du Centre X._____ du 10 avril 2011 est probante, qu'il n'y a pas lieu d'en réfuter les conclusions au motif qu'elles seraient contraires à celles du Centre H._____ de 2006 et qu'elle remplit les critères posés par la jurisprudence en présence d'un trouble somatoforme douloureux (vraisemblance de l'état douloureux, comorbidité psychiatrique, affections corporelles chroniques, processus maladif, échec des traitements et perte d'intégration sociale). Elle ajoute que les experts du Centre X._____ ont examiné tous les critères précités, si bien qu'il convient de retenir la vraisemblance d'un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus être exigible de sa part. Enfin, elle constate que l'intimé n'a pas mandaté un médecin spécialiste des problèmes relatifs aux allergies afin d'évaluer l'incidence de ces troubles et de la médication prescrite sur la capacité de travail.

Dans sa réponse du 13 février 2012, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 22 février 2012, la recourante maintient que les experts ont pris en compte les différents critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux pour rendre leurs conclusions et se réfère ainsi intégralement aux moyens développés dans son recours.

L'intimé n'a pas dupliqué.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 13 décembre 2011, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

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

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de

travail. La recourante fait valoir que l'expertise du Centre X. _____ concluant à une incapacité de travail totale depuis le 2 février 2004 a pleine valeur probante, les experts ayant examiné tous les critères posés par la jurisprudence en présence d'un trouble somatoforme douloureux. L'intimé relève quant à lui que la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux, et ne remplit pas les critères posés par la jurisprudence, du moins pas de manière marquée.

3. a) La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1 janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils sont posés.

b) 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 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. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

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).

4. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), la somatisation (TFA I 481/05 du 8 juin 2006), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF

I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral 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 a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, 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).

5. a) In casu, la recourante souffre d'un état douloureux sans substrat clairement objectivable. Les investigations pratiquées n'ont en effet révélé chez elle aucune atteinte somatique significative (pas de hernie discale; status neurologique normal). Au niveau allergologique, le rapport d'expertise du Centre X._____ retient que la symptomatologie est relativement bien compensée avec un traitement de Telfast et Nasonex pris au long court, la recourante n'ayant au demeurant pas revu un spécialiste depuis plus de deux ans (p. 6). Il convient donc d'examiner si les rapports médicaux sur lesquels l'office intimé s'est fondé pour rendre sa décision permettent de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de cet état douloureux à la lumière des principes exposés ci-dessus.

A la lecture de l'expertise du Centre X._____, il y a lieu de constater que le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ni de somatisation, mais s'est limité à relever l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative

et par conséquent d'affection justifiant une incapacité de travail dans la profession de technicienne de surface ou toute autre profession, de même que pour les activités ménagères (consilium du 9 mars 2011). Le diagnostic de somatisation, finalement retenu dans le rapport de synthèse du 19 avril 2011, n'a ainsi pas été confirmé par le médecin rhumatologue, mais par le Dr P._____, neurologue. Quant au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie, il a posé le diagnostic de somatisation qui repose principalement sur l'entretien avec la recourante, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux.

b) Il convient dès lors d'examiner si, à la lumière des critères dégagés par la jurisprudence, le diagnostic de somatisation finalement retenu par les experts dans leur rapport de synthèse du 19 avril 2011 permet de retenir une invalidité. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose la recourante constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger d'elle qu'elle mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 355 consid. 2.2.5).

Concernant les critiques des médecins du SMR à cet égard, la Cour de céans relève que le fait de porter des appréciations juridiques n'est pas de la compétence du médecin (TFA I 748/02 du 4 juin 2003, consid. 4.2). Néanmoins, les critiques formulées par le SMR (avis médical du 6 mai 2011) basées sur les critères de Meyer-Blaser à l'encontre des conclusions de l'expertise sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ne sont pas pour autant infondées. Ainsi, il n'est pas contestable que la recourante souffre de troubles de la lignée dépressive. Cela étant, le consilium psychiatrique du Dr V. _____ du 22 février 2011 ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence de symptômes de la lignée dépressive qui, en eux-mêmes ou en corrélation avec l'état douloureux, seraient propres, par leur importance, à établir en l'espèce l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part de la recourante (TFA I 488/04 du 31 janvier 2006). Le Dr V. _____ a d'ailleurs admis que les symptômes dépressifs présents ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct (avis médical du 6 mai 2011 du SMR). A cet égard, le fait que la recourante allègue être suivie régulièrement par une psychologue est sans pertinence, dès lors que le Dr V. _____ ne retient pas d'affections psychiques invalidantes autre que le trouble de somatisation. Il convient donc à ce stade d'examiner la présence éventuelle d'autres éléments dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble de somatisation en question, les experts ne retenant pas d'affections psychiques invalidantes autre que ledit trouble de somatisation.

c) Au vu des conclusions des médecins du Centre X. _____, on ne saurait admettre que la recourante présente une affection corporelle chronique, puisqu'aucun substrat organique relevant n'a été trouvé pour expliquer les plaintes de la recourante (rapport d'expertise du Centre X. _____ du 19 avril 2011, p. 19). En outre, la seule présence de symptômes somatiques ne permet pas encore d'admettre l'existence

d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il n'apparaît pas que le critère relatif à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie soit complètement rempli. Certes, la recourante déclare sortir très peu et jamais sans accompagnement par peur d'éventuelles chutes. Toutefois, elle vit très entourée de sa famille, soit environ une dizaine de personnes. Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en l'absence d'affections organique et psychique.

6. Au regard de ces éléments, la Cour de céans considère que le diagnostic de somatisation ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, il exclut toute mise en valeur de la capacité de travail de la recourante. Il y a lieu d'admettre, au contraire, le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et se réinsérer pleinement dans un processus de travail. L'intimé était par conséquent fondé à s'écarter des conclusions des experts du Centre X. _____ quant au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux en examinant la situation de la recourante exclusivement sous l'angle de la jurisprudence relative au caractère invalidant des syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine. La décision du 9 novembre 2011 n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

7. 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 1000 francs (art. 69 al. 1 bis 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 la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI;

art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 novembre 2011 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 mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Subilia (pour la recourante), avocat à Lausanne,
- 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 :