

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Pasche
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

V._____, à Bex, recourante, représentée par les Syndicats chrétiens interprofessionnels du Chablais, à Monthey (VS),

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assurée), née en 1957, sans formation professionnelle, ressortissante de Serbie-et-Monténégro, en Suisse depuis 1991, au bénéfice d'un permis C, mariée, mère de 5 enfants aujourd'hui majeurs, a présenté le 25 avril 2005 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations de cette assurance, tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente. Elle indiquait souffrir d'arthrose, de migraine, de problèmes psychiatriques et de dépression.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 24 mai 2005, l'assurée a travaillé dès le 24 décembre 1992 en tant que manutentionnaire au service de l'entreprise Y._____ SA. Il était précisé que son activité consistait à marquer et trier le linge ainsi qu'à surveiller le tunnel de lavage. Le 27 décembre 2004, à la suite de la réorganisation du poste de travail de l'assurée, l'employeur a résilié son contrat de travail au 31 mars 2005. Sans atteinte à la santé, l'assurée aurait perçu un salaire mensuel de 3'150 fr. versé treize fois l'an. Depuis le 28 juin 2004 l'assurée était en incapacité totale de travail et percevait à ce titre des indemnités journalières de la part de l'assurance perte de gain de l'employeur.

Le 26 mai 2005, l'assurée a indiqué sur formule ad hoc qu'en bonne santé, elle souhaiterait pouvoir travailler à 100% dans le secteur hospitalier ou en faisant des ménages.

Le 31 mai 2005, l'assurance perte de gain a fait parvenir son dossier à l'OAI.

Dans un rapport médical du 20 juin 2005 destiné à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), existant depuis 2004

et de conflit conjugal (Z 63.0). Il estimait que l'état de santé était stationnaire, l'activité précédente n'étant selon lui plus exigible. Il demandait en revanche que l'OAI évalue la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 27 juin 2005, le Dr I._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs, fibromyalgie et dépression. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hypertension artérielle et une céphalée de tension. Il a considéré que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, en raison de la chronicité et du caractère irréversible des troubles qu'elle présentait.

D'une fiche d'examen du dossier datée du 14 novembre 2005, il ressort que l'assurée devait faire l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique pratiqué par le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR).

Un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été effectué au SMR le 7 novembre 2006 par les Drs W._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et B._____, psychiatre. Dans leur rapport du 11 décembre 2006, ces praticiens ont posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- cervico-scapulo-brachialgies bilatérales et lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec spondylolisthésis L4/L5 de degré I et tendomyogélose en cascade des membres supérieurs.
- syndrome rotulien droit.

Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une hypertension artérielle, une obésité morbide, un goitre nodulaire, des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z 60.0), des

difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z 63.0) ainsi qu'un épisode dépressif moyen réactionnel en rémission complète (F 32). Ils se sont exprimés en ces termes sous l'intitulé "appréciation consensuelle du cas":

"L'assurée se plaint essentiellement d'une fatigue, de céphalées à caractère pulsatile, de lombalgies ainsi que de cervico-scapulo-brachialgies bilatérales. Elle présente également des gonalgies D. Les diverses douleurs ostéoarticulaires ont un caractère essentiellement mécanique.

Au status, on note de légers troubles statiques du rachis avec une projection antérieure du tronc assez prononcée. Il existe également une limitation de la mobilité lombaire et cervicale, mais l'on note la présence de signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils et d'une certaine démonstrativité. L'assurée présente aussi des douleurs à la palpation d'un certain nombre de points de fibromyalgie (au total 8/18 points), ce nombre de points de fibromyalgie douloureux étant cependant insuffisant pour poser le diagnostic de fibromyalgie. Par ailleurs, les douleurs sont situées surtout aux masses et insertions musculaires des membres supérieurs, ce qui nous fait poser le diagnostic de tendomyogélose en cascade des membres supérieurs.

Par ailleurs, la mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité des hanches en flexion qui est limitée non par une pathologie des hanches, mais plutôt par des lombalgies. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Par contre, il existe un syndrome rotulien D. Le status neurologique est par ailleurs sp.

Les examens radiologiques à notre disposition confirment la présence de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec 6 vertèbres d'aspect lombaire et un spondylolisthésis de la 4^{ème} vertèbre d'aspect lombaire sur la 5^{ème} de degré I.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de manutentionnaire en blanchisserie. Par contre, dans une activité strictement adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles sous-mentionnées, la capacité de travail est complète.

Sur le plan psychiatrique, depuis de nombreuses années, l'assurée décrit une relation conflictuelle avec un mari alcoolique et violent. Dans un contexte de difficultés d'adaptation en Suisse et l'apparition de douleurs chroniques, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle qui nécessite une prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope.

Dans la lettre du 06.10.2004, le Dr G. _____, psychiatre infantile, atteste que depuis plusieurs années, l'assurée « consulte de façon occasionnelle » pour une grande fatigue, nervosité et un léger état

dépressif ». Il lui est arrivé « de lui prescrire un anxiolytique de jour ».

Dans le rapport médical du 20.06.2005, le Dr Q._____, psychiatre à Montreux, pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et conflit conjugal et il atteste une incapacité de travail à 100% depuis le 28.06.2004.

Au sujet de la capacité de travail, le psychiatre propose de convoquer l'assurée pour un examen et il ne se prononce pas sur la capacité de travail raisonnablement exigible.

Selon le médecin traitant, le Dr I._____, dans le rapport médical du 27.06.2005, l'assurée souffre de rachialgie chronique pour troubles dégénératifs depuis 2004, fibromyalgie et dépression et il atteste également une incapacité de travail à 100% depuis le 28.06.2004.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbations de l'environnement psychosocial qui est inchangé, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée, la symptomatologie anxio-dépressive est stationnaire, raison pour laquelle nous n'avons pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Selon la CIM-10, ce trouble est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants, d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité, répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif, ce qui n'est pas le cas de notre assurée.

A notre avis, l'assurée a développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle d'intensité moyenne qui est actuellement en rémission complète et elle n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

L'assurée n'est pas démonstrative, elle ne présente pas d'amplification des plaintes somatiques, elle n'a aucune prise en charge rhumatologique et son fonctionnement social est inchangé. Elle présente une importante obésité et des troubles dégénératifs et la douleur est de nature organique.

L'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perturbation de l'environnement social qui est toujours le même, d'état psychique cristallisé, ni d'échec de traitement dans les règles de l'art.

Sur la base de notre observation clinique, l'assurée souffre de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et des difficultés dans les rapports avec le conjoint, qui selon les critères AI

ne représentent pas de pathologie psychiatrique invalidante et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune maladie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Genoux: pas de travail imposant des genuflexions répétées, ni le franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers.

Pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. Les difficultés liées à la migration, les difficultés financières, les problèmes de couple, l'absence de formation professionnelle ne font pas partie du domaine médical.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% depuis le 28.06.2004.

Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

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

Depuis le 28.6.2004, il est resté stationnaire à 100% dans l'activité de manutentionnaire dans une blanchisserie. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail a toujours été complète.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations pluridisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 07.11.2006, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité de manutentionnaire en blanchisserie.

Par contre, en l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante, dans une activité strictement adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail a toujours été complète. Cependant, l'assurée ne semble pas motivée par une reconversion professionnelle, l'assurée ne se sentant pas capable de reprendre même une activité légère. Par ailleurs, des mesures professionnelles risquent d'échouer, l'assurée présentant des capacités d'adaptation restreintes.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE: 0%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 100% DEPUIS TOUJOURS"

Le 9 février 2007, l'assurée a annoncé à l'OAI qu'elle était désormais suivie par le Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et neurologie.

Par projet de décision du 16 juillet 2007, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il a relevé qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 26 juin 2005, l'examen clinique du SMR faisait apparaître que son incapacité de travail et de gain était toujours totale dans son activité de manutentionnaire, mais que sa capacité de travail exigible était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles définies à l'issue de cet examen. Sur le plan économique, l'OAI a retenu un salaire annuel d'invalidé ressortant des données statistiques de 44'163 fr. 44 après avoir procédé à un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressée. Sans atteinte à la santé, celle-ci aurait pu prétendre à un salaire annuel de 40'950 fr. auprès de son précédent employeur. En l'absence de préjudice économique, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité n'était pas ouvert.

L'assurée a contesté ce projet par pli du 30 juillet 2007, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Elle proposait également d'interroger les Drs I._____, et M._____ au sujet de l'évolution de son état de santé.

Par décision du 11 juin 2008, l'OAI a confirmé son préavis du 16 juillet 2007, dont la motivation, au demeurant identique, était intégralement reprise. Une lettre du même jour prenant position sur les objections de l'assurée était jointe.

B. Par acte du 8 juillet 2008, V._____, représentée par les Syndicats chrétiens interprofessionnels du Chablais, a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI

pour nouvelle décision, en ce sens que lui soit reconnu le droit à des mesures professionnelles ou à une rente. Elle soutient pour l'essentiel qu'elle est totalement incapable de travailler, dans quelque activité que ce soit. Elle annonce le prochain dépôt de rapports médicaux, propres à étayer ses allégations.

Le 25 août 2008, la recourante a produit un rapport du 14 juillet 2008 du Dr M._____, cosigné par J._____, psychologue FSP spécialiste en psychothérapie, dans lequel le Dr M._____ a diagnostiqué un état dépressif chronique sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), avec idées suicidaires. Il a indiqué que l'état de santé psychologique de la recourante ne cessait de se dégrader, l'empêchant de se projeter dans une activité professionnelle. L'objectif du traitement administré était toutefois de stabiliser l'état dépressif et de permettre à l'intéressée de se projeter dans un projet de vie. Celle-ci a également produit une attestation du Dr I._____ datée du 21 août 2008, dans laquelle ce praticien a relevé que la recourante souffrait de différentes douleurs ostéo-articulaires, en particulier au niveau du rachis, les lombalgies et les cervico-scapulalgies ne répondant que partiellement aux traitements antalgiques et physiothérapeutiques.

Le 17 septembre 2008, l'OAI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à sa décision du 11 juin précédent qu'il ne pouvait que confirmer, si bien qu'il proposait le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

C. Le 16 novembre 2009, la juge instructeur a fait savoir aux parties qu'elle avait l'intention d'interpeller le Dr M._____ et J._____, lesquels mentionnaient une dégradation de l'état psychologique de la recourante.

Le 9 décembre 2009, la juge instructeur a invité le Dr M._____ et J._____ à répondre aux questionnaires des parties.

Dans une correspondance du 4 janvier 2010 cosignée par J._____, le Dr M._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). Il a rappelé que la recourante a été suivie à leur consultation de janvier 2007 à août 2009 et a répété que l'état de santé psychologique de la recourante ne cessait de se dégrader, l'empêchant de se projeter dans une activité professionnelle. Par ailleurs, l'objectif du traitement administré était de stabiliser l'état dépressif afin de permettre à l'intéressée de se projeter dans un projet de vie. Le Dr M._____ précisait qu'il lui paraissait plus judicieux de s'enquérir auprès du Dr X._____, nouveau psychiatre traitant de l'assurée depuis le mois d'août 2009, afin d'obtenir des réponses plus actualisées aux questions posées.

Se déterminant le 9 février 2010 sur ce courrier, l'OAI a indiqué se rallier à l'avis du SMR du 4 février 2010 selon lequel le Dr M._____ ne répondait pas à plusieurs des questions posées par le SMR, si bien que ce bref rapport ne permettait pas de se prononcer valablement sur l'état de santé psychique de la recourante. Le SMR a enfin considéré qu'il appartenait à l'autorité de céans de statuer sur la pertinence de la proposition du Dr M._____ de solliciter l'avis du Dr X._____.

Le 23 mars 2010, la recourante a produit une correspondance du 21 mars 2010 du Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a confirmé assurer le suivi de la recourante depuis le 18 septembre 2009. Il a retenu le diagnostic descriptif d'"état dépressif continu d'intensité moyenne (à sévère?)". Il a indiqué avoir programmé un changement d'anti-dépresseur afin de voir si une nouvelle médication serait susceptible d'améliorer l'état psychique de la recourante. S'agissant de son aptitude au travail, le Dr X._____ avouait sa difficulté à déterminer, en l'état, quel pourcentage de capacité de travail pourrait être exigé de la recourante en milieu libre. Il doutait cependant que les ressources psychiques soient actuellement suffisantes pour qu'elle puisse s'inscrire dans une démarche professionnelle.

Par pli du 19 février 2010, reçu par le greffe de la Cour de céans le 22 avril 2010, l'OAI a fait savoir qu'il se ralliait à l'avis du SMR du 13 avril 2010 joint en annexe, dans lequel celui-ci relevait qu'un certain nombre de questions restaient en suspens. Ainsi, il y avait lieu, en admettant l'épisode dépressif, de déterminer à quand remontait l'incapacité de travail. Par ailleurs, le status psychique n'étant pas incapacitant à la date de l'examen du SMR le 7 novembre 2006, devait-on admettre que l'aggravation alléguée se situait en janvier 2007, date du début de la prise en charge par le Dr M._____? Il était précisé que des réponses précises à ces questions devraient permettre de prendre une décision.

Le 18 mai 2010, la recourante a produit un bref rapport du 30 avril 2010 du Dr M._____, cosigné par J._____, dans lequel, pour répondre aux questions posées, il était renvoyé au rapport du 4 janvier précédent joint en annexe. Il était par ailleurs précisé que, lorsque la recourante avait commencé un suivi à sa consultation en janvier 2007, elle présentait déjà une incapacité totale de travail en raison d'un état dépressif récurrent. Elle a également produit un rapport complémentaire du Dr X._____ du 15 mai 2010, dans lequel celui-ci relevait que l'état psychique de la recourante ne montrait pas d'amélioration, d'où une augmentation du cipralex afin d'utiliser au maximum les potentialités thérapeutiques de ce médicament. Le Dr X._____ estimait au reste que le Dr M._____ était mieux placé pour répondre aux questions mentionnées par le SMR. Dans sa lettre d'accompagnement, la recourante ajoutait qu'elle laissait le soin à la juridiction de céans de donner toute suite utile à ce dossier.

Le 1^{er} juin 2010, l'OAI a indiqué qu'il se ralliait à l'avis du SMR du 26 mai 2010 joint en annexe, qui concluait à la mise en œuvre d'une expertise afin d'obtenir davantage de renseignements au vu du manque de précision des rapports médicaux postérieurs à l'examen clinique du SMR, lesquels ne permettaient pas en l'état de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante depuis janvier 2007.

Le 11 juin 2010, la recourante a fait savoir qu'elle jugeait opportun la mise en œuvre d'une expertise afin d'avoir des réponses et des précisions sur le contenu des différents rapports médicaux postérieurs à l'examen clinique du SMR.

D. Le 6 septembre 2010, la juge instructeur de la Cour de céans a ordonné une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 7 mars 2011, l'expert a diagnostiqué un trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique) (F 32.1) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Il a en bref conclu que la recourante présentait une capacité de travail entière. Ce rapport contient un résumé des faits et des extraits du dossier (p. 1 à 4), une anamnèse circonstanciée comprenant notamment les antécédents médicaux et un compte-rendu de l'affection actuelle (p. 4 à 8), la description des plaintes actuelles (p. 8), le résumé des examens cliniques, des tests psychologiques et des examens de laboratoire effectués (p. 9), une appréciation finale comprenant un résumé du cas, une appréciation diagnostique et une appréciation asséculoologique, ainsi que des conclusions (p. 11 à 20) et les réponses aux questions des parties et du tribunal (p. 21 à 25). Il en ressort notamment ce qui suit:

"Appréciation finale

Résumé du cas

L'assurée est une ressortissante serbe de 54 ans, mariée et mère de quatre grands enfants, seule la cadette vivant encore au domicile parental. Mme V._____ rapporte de sévères tensions conjugales.

Les antécédents se veulent ceux d'une personne qui a toujours travaillé dur et beaucoup. L'assurée s'est souvent sentie exploitée, notamment par un oncle paternel auquel sa mère l'a confiée après le décès du père.

En Suisse depuis 1991, l'expertisée a travaillé à 100%, à côté de nombreuses heures supplémentaires dans une activité professionnelle décrite comme pénible. En parallèle, elle s'est occupée de sa famille. Elle a aussi dû assumer un époux malade, alcoolique et occasionnellement violent.

Mme V._____ admet les antécédents d'un tentamen médicamenteux au début de l'âge adulte dans un contexte de

surcharge. Il ne semble pas qu'il y ait eu de trouble psychiatrique franc depuis lors.

C'est dans le contexte d'un certain épuisement qu'est apparu un tableau de douleurs qui n'est pas totalement expliqué par des bases organiques objectives ainsi qu'une symptomatologie dépressive de sévérité variable.

Mme V. _____ dit ne plus avoir eu d'activité lucrative depuis le 25.06.2004. Elle affirme aller de mal en pis, malgré le traitement en cours.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné arrive à la conviction que les entités diagnostiques de *trouble dépressif majeur et de syndrome douloureux somatoforme persistant* sont celles qui décrivent le plus correctement la présentation clinique de cette assurée.

Trouble dépressif majeur (état actuel moyen)

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

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

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

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

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

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

Dans le cas présent, l'assurée rapporte les trois symptômes cardinaux d'un épisode dépressif que sont la tristesse et la fatigue anormale ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir.

On retrouve par ailleurs les symptômes secondaires d'un tel épisode. Le soussigné retient la baisse de l'estime de soi (ruine de sa santé physique), les difficultés à penser et à se concentrer et les troubles du sommeil.

On ne peut par contre pas retenir les éléments de sévérité que seraient la culpabilité pathologique et les idées suicidaires. Ces dernières n'ont certainement pas de caractère récurrent, en l'état actuel de la présentation de Mme V._____.

Les plaintes ne sont pas manifestement en discordance avec la présentation clinique de l'assurée. La symptomatologie n'est tout de même pas atypique. Elle rejoint ce à quoi on peut s'attendre dans un tel cas, même si on peut d'emblée affirmer qu'on n'est pas face à une dépression sévère.

Pour tous ces motifs, le soussigné considère qu'on peut admettre l'épisode *dépressif*. On doit le qualifier de sévérité moyenne ou modérée, conformément aux réquisits de la CIM-10 dans ce cas. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 24.02.2011.

S'il y a eu un tentamen au début de l'âge adulte, rien n'indique qu'il se soit inscrit dans le contexte d'un véritable épisode dépressif. L'histoire de ces dernières années fait par ailleurs douter d'une véritable rémission complète (...), comme elle est notée dans le rapport médical du 11.12.2006. Le soussigné est quant à lui convaincu qu'il n'y a pas lieu de retenir la récurrence. La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. On peut dès lors écarter le trouble bipolaire.

Il y a de bonnes raisons d'admettre que l'épisode dépressif dure depuis plus de deux ans. On peut dès lors le qualifier de *chronique* conformément à ce que préconise le DSM-IV-TR dans un tel cas.

Au terme de cette réflexion diagnostique, le soussigné retient dès lors un *trouble (...) dépressif majeur* (état actuel moyen, chronique), conformément à la terminologie du DSM-IV-TR.

Cette appréciation diagnostique ne s'écarte pas de ce qu'on retrouve au dossier:

- Le Dr Q. _____ décrit la même entité diagnostique avec le code F32.1 qui la qualifie de moyenne en 2005.
- Le Dr M. _____ retient la même entité diagnostique. Il la qualifie quant à lui de sévère.
- Le rapport médical du SMR Suisse romande du 11.12.2006 retient aussi cette même entité diagnostique. Il note un épisode dépressif moyen réactionnel en rémission complète (...).

Ce qu'on trouve au dossier de cette assurée correspond à l'évolution clinique usuelle de cette pathologie affective.

Le soussigné ne partage pas le point de vue de ses collègues du SMR quant à la rémission complète de l'épisode dépressif au mois de novembre 2006. Il est vrai qu'il n'y avait peut-être plus le seuil diagnostique. Il restait néanmoins des traits dépressifs à l'évocation de certaines difficultés existentielles. La libido était diminuée. Le discours était plaintif. L'assurée a montré des éléments de passivité et de soumission qui peuvent aller de pair avec les cognitions des sujets déprimés. S'il y avait effectivement rémission, le soussigné est persuadé que cette rémission n'était que partielle et non pas complète.

Syndrome douloureux somatoforme persistant

En 1989, la classification internationale des maladies (CIM) a introduit le sous-chapitre des troubles somatoformes dans celui des "Troubles névrotiques, troubles reliés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" qui portent les codes F40 à F48. Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) y trouve sa place parmi le *trouble somatisation*, le *trouble somatoforme indifférencié*, le *trouble hypochondriaque* et le *dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme*. Le chapitre mentionne encore les troubles résiduels que sont les *autres troubles somatoformes (F45.8)* et le *trouble somatoforme sans précision (F45.9)*.

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

Tableau 1:

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

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

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

Au vu de ce qu'il a constaté et de ce qu'il a pu trouver au dossier, le soussigné est persuadé que le tableau clinique de cette assurée relève aujourd'hui de ce que désigne le syndrome douloureux somatoforme persistant.

Les plaintes actuelles de l'assurée sont principalement des douleurs. Elles sont au premier plan de la présentation clinique. Les territoires douloureux se sont étendus. L'assurée est incapable de désigner rapidement et précisément les endroits du corps qui ne feraient pas mal.

Les plaintes douloureuses s'expriment dans un contexte de détresse psychosociale. Celle-ci ne fait guère de doute. Elle relève du climat conjugal. Elle relève d'une histoire personnelle vécue comme exploitée et malheureuse. Elle relève du sentiment d'avoir quelque part raté sa vie.

Le tableau douloureux n'a pas les caractéristiques d'une maladie somatique bien codifiée. Les plaintes sont vagues et mal systématisées. Si les experts en la matière ont décrit des bases organiques aux douleurs de l'assurée, ces dernières n'expliquent pas l'importance des plaintes et des limitations alléguées par Mme V._____.

Au vu de tous ces éléments, il est pleinement justifié de retenir le critère A du tableau 1 ci-dessus.

Le tableau actuel ne répond pas aux critères d'un autre trouble somatoforme. Il n'y a pas d'arguments pour un trouble psychotique et une psychose schizophrénique en particulier. La pathologie affective (dépression) n'est pas assez typique ni assez sévère pour mieux expliquer les douleurs que le syndrome douloureux somatoforme persistant.

Au vu de tous ces éléments, on ne peut pas retenir les critères d'exclusion décrits à la lettre B du tableau 1 ci-dessus.

Au terme de cette réflexion, le soussigné est convaincu que le tableau clinique actuel de l'assurée relève de ce que décrit le *syndrome douloureux somatoforme persistant*.

A ce sujet, il n'est pas exclu qu'on ait déjà dû retenir cette entité diagnostique plus tôt dans l'évolution de l'expertisée.

En reprenant les données très complètes et détaillées du rapport médical du 11.12.2006, on constate tout de même que l'assurée est aussi décrite comme démonstrative (...) à l'examen clinique, même si le status (...) psychiatrique affirme le contraire. Il y a aussi la présence de signes de non organicité de Waddell (...) qui sont pathognomoniques d'une problématique psychosociale. Il y a tout de même 8/18 points de fibromyalgie, même si cette entité n'est pas formellement retenue. Le médecin traitant retient quant à lui constamment l'entité de fibromyalgie dans ces rapports médicaux, à l'exception de celui du 30.09.2004.

Autres pathologies psychiatriques

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

L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Le tentamen des débuts de l'âge adulte apparaît comme un incident isolé.

Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte et qu'il doit continuer à se manifester plus ou moins intensément depuis lors, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Appréciation asséurologique

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

Préambule

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

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

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

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

Appréciation clinique

En premier lieu, il convient d'effectuer une appréciation clinique de la situation de Mme V._____.

La présentation de l'assurée vaut certainement pour une souffrance. Celle-ci est authentique. Cette souffrance ne vaut pourtant pas pour une pathologie psychiatrique majeure et d'emblée incapacitante telle qu'une dépression mélancolique, une psychose schizophrénique ou une démence de type Alzheimer, par exemple.

Cette assurée présente par ailleurs un état dépressif moyen ou modéré. Le trouble varie en intensité. Il a pu être transitoirement sévère. Il est aussi passé par des périodes où il a pu être léger voire en rémission partielle. Actuellement, il apparaît comme moyen ou modéré, sans plus. Il est d'ailleurs aujourd'hui à la limite inférieure de ce degré de gravité, compte tenu du score de l'échelle de la dépression de Hamilton du 24.02.2011.

Le trouble affectif a par ailleurs une importante composante réactionnelle. On n'est certainement pas face à la maladie dépressive typique et grave que désignait la dépression endogène des anciennes nomenclatures.

Il est enfin vrai que cette assurée semble s'être d'emblée campée dans une conviction d'avoir droit, sachant qu'elle a travaillé dur, beaucoup et depuis son plus jeune âge. Cette attitude se dégage de l'évaluation actuelle. Elle est évoquée dans le rapport du Dr Q. _____ du 20.06.2005 sachant que ce confrère mentionne déjà l'attente magique de réparation via l'assurance invalidité.

Pour le soussigné, on est bien plus ici face à un comportement de malade et à l'adoption d'un statut d'invalidé en conséquence que face à une maladie mentale *stricto sensu*.

Points nécessitant un examen particulier

Dans un contexte de troubles somatoformes, le mandat d'expertise impose d'examiner un certain nombre de points particuliers.

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

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique n'a rien de préoccupant, même si l'assurée a de temps à autre verbalisé des idées suicidaires. L'état dépressif est de sévérité moyenne ou modérée. Il est d'ailleurs aujourd'hui à la limite inférieure de ce degré de gravité, compte tenu du score de l'échelle de la dépression de Hamilton du 24.02.2011.

La pathologie dépressive a une forte composante réactionnelle. On n'est pas dans le champ de la dépression dite endogène des anciennes nomenclatures qui vaut pour une pathologie psychiatrique en soi.

Pour tous ces motifs, il est pleinement justifié d'intégrer la problématique dépressive de l'assurée dans le contexte du syndrome douloureux somatoforme persistant et du comportement de malade que décrit ce syndrome.

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

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

Dans le cas présent, l'assurée a certes constaté une diminution de son réseau social depuis qu'elle a arrêté de travailler. Mme V._____ garde pourtant de bons liens familiaux tant avec ses enfants qu'avec ses petits-enfants. Ceux-ci vivent à proximité. Sa cadette est décrite comme très soutenante. L'assurée reconnaît d'elle-même qu'elle n'est pas isolée. On ne peut certainement pas parler ici de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme, on constate que l'assurée présente bel et bien des atteintes à la santé touchant son système locomoteur. Il ne s'agit pourtant pas de troubles graves nécessitant un traitement lourd et continu. Il en a d'ailleurs été tenu compte en termes de limitations physiques.

On pourrait admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les plaintes de l'assurée durent depuis des années. Dans le cas présent, on est pourtant plus face à un comportement de malade que face à une maladie mentale *stricto sensu*.

On pourrait aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'assurée bénéficiant actuellement des soins adéquats, compte tenu des ressources à disposition et des troubles qu'elle présente. Les résultats du laboratoire du 24.02.2011 laissent toutefois planer un doute sur l'observance de la prescription médicamenteuse, sachant que l'antidépresseur prescrit n'est pas détectable dans le sérum de l'assurée.

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

Dans le cas de Mme V._____, on ne peut certainement pas retenir ce critère. L'assurée reste active lors des consultations. Elle suit bien le focus des entretiens. Elle peut se montrer vive et réagir rapidement et adéquatement à ce qui se passe en séance. Ce

tableau clinique parle manifestement contre la présentation figée et cristallisée de certains douloureux chroniques gravissimes.

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné ne retient pas de quelconque incapacité de travail dans ce cas. D'un point de vue médico-théorique, l'assurée doit être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité, compte tenu de ce qui doit être pris en compte en termes d'observance du traitement médicamenteux.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une personne qui se vit comme totalement invalide et qui, quoi qu'elle en dise, n'a pas de réelle demande de réintégrer le monde du travail, en l'état.

Une aide au placement pourrait toutefois être envisagée, si l'expertisée y avait droit et si elle montrait une véritable motivation en ce sens, ce qui n'est pas le cas au moment de cette expertise médicale.

Le pronostic psychiatrique en termes de maladie mentale n'est pas forcément mauvais, même si la pathologie dépressive pourrait gagner en sévérité.

Conclusions

En conclusion, Mme V. _____ est une ressortissante serbe de 54 ans qui rapporte les antécédents du décès du père lorsqu'elle avait 7 ans et du fait d'avoir toujours dû travailler dur, beaucoup et dès son plus jeune âge et qui en garde la forte conviction d'avoir été exploitée.

Le contexte actuel est celui d'un conflit conjugal avec violences et actuellement d'un époux malade et vraisemblablement peu soutenant. L'expertisée conserve par ailleurs de bons liens familiaux.

Le tableau psychiatrique est celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et de la comorbidité d'un épisode dépressif moyen ou modéré.

En considérant ce qui doit l'être dans un tel cas, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail psychiatrique. Il n'y en a en fait jamais eu. On est bien plus ici face à un comportement de malade et à l'adoption d'un statut d'invalide en conséquence que face à une maladie mentale *stricto sensu*.

En l'état actuel, le soussigné n'a pas de propositions à formuler tant sur le plan médical que professionnel. Une aide au placement pourrait toutefois être envisagée, si l'expertisée y avait droit et si elle montrait une véritable motivation en ce sens, ce qui n'est pas le cas au moment de cette expertise médicale.

Le pronostic est difficile à formuler. Il n'est pas exclu que la pathologie dépressive de l'assurée gagne en sévérité, sans qu'il y ait toutefois de certitude à ce sujet.

Réponse aux questions

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

Voir texte

Anamnèse professionnelle et sociale

Voir texte

Evolution de la maladie et résultats des thérapies

Voir texte

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection

Voir texte

2. Plaintes et données subjectives de la recourante

Voir texte

3. Status clinique

Voir texte

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

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Aucun sur le plan psychiatrique

Depuis quand sont-ils présents ?

Cette question tombe

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique) (F32.1)

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

4.3 Dans la mesure où il s'agit d'un trouble somatoforme douloureux, comment évaluez-vous le caractère exigible par la recourante d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique, au regard des critères suivants : la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, de quelle acuité et de quelle durée (en cas de trouble dépressif, veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme), d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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 tiré de la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble.

Ces points ont fait l'objet d'un développement circonstancié et exhaustif dans le chapitre de l'appréciation assécurologique.

5. Appréciation du cas et pronostic

Mme V. _____ est une ressortissante serbe de 54 ans qui rapporte les antécédents du décès du père lorsqu'elle avait 7 ans et du fait d'avoir toujours dû travailler dur, beaucoup et dès son plus jeune âge et qui en garde la forte conviction d'avoir été exploitée.

Le contexte actuel est celui d'un conflit conjugal avec violences et actuellement d'un époux malade et vraisemblablement peu soutenant. L'expertisée conserve par ailleurs de bons liens familiaux.

Le tableau psychiatrique est celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et de la comorbidité d'un épisode dépressif moyen ou modéré.

En considérant ce qui doit l'être dans un tel cas, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail psychiatrique. Il n'y en a en fait jamais eu. On est bien plus ici face à un comportement de malade et à l'adoption d'un statut d'invalidé en conséquence que face à une maladie mentale *stricto sensu*.

En l'état actuel, le soussigné n'a pas de propositions à formuler tant sur le plan médical que professionnel. Une aide au placement pourrait toutefois être envisagée, si l'expertisée y avait droit et si elle montrait une véritable motivation en ce sens, ce qui n'est pas le cas au moment de cette expertise médicale.

Le pronostic est difficile à formuler. Il n'est pas exclu que la pathologie dépressive de l'assurée gagne en sévérité, sans qu'il y ait toutefois de certitude à ce sujet.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Le soussigné ne retient pas de limitation psychiatrique dans ce cas.

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

Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a jamais eu.

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

Cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

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

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné ne retient pas de quelconque incapacité de travail dans ce cas. D'un point de vue médico-théorique, l'assurée doit être à même de faire l'effort de surmonter les

symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

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

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de diminution du rendement.

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

Cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

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

Cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

Le soussigné n'a pas de proposition à formuler, puisqu'il ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

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

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

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

Ces questions tombent, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de la recourante ?

3.1 Si oui, quel type d'activités, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) depuis quand et pour quels motifs ?

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure et pourquoi ?

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

Ces questions tombent, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

D. Pronostic

1. L'état de la recourante est-il susceptible d'amélioration, à quelles conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?

Le pronostic est difficile à formuler. Il n'est pas exclu que la pathologie dépressive de l'assurée gagne en sévérité, sans qu'il y ait toutefois de certitude à ce sujet.

2. Avez-vous d'autres précisions à ajouter?

Une aide au placement pourrait toutefois être envisagée, si l'expertisée y avait droit et si elle montrait une véritable motivation en ce sens, ce qui n'est pas le cas au moment de cette expertise médicale.

Questions de l'OAI

1. L'expert est invité à se prononcer tout particulièrement et avec soin sur l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR effectué le 7 novembre 2006

Le soussigné partage la conclusion de l'examen médical du 07.11.2006 du SMR Suisse romande en termes de capacité de travail psychiatrique. Il ne retient pas de limitations de ce registre.

Comme il l'a relevé plus haut, il est quant à lui d'avis que l'épisode dépressif n'était pas en rémission mais en rémission partielle et que l'assurée présentait déjà le tableau clinique de ce que désigne le syndrome douloureux somatoforme persistant.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé de la recourante à partir de la date de l'examen ?

Pour le soussigné, l'état de santé de l'assurée ne s'est globalement que peu ou pas modifié. L'épisode dépressif a varié en intensité, comme c'est la règle en clinique. Il n'y a en tout cas pas la péjoration constante et inéluctable rapportée par l'assurée dans le contexte de ses cognitions dépressives liées à la dépression.

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné ne retient pas de quelconque incapacité de travail dans ce cas. D'un point de vue médico-théorique, l'assurée doit être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein."

Se déterminant sur ce rapport d'expertise, la recourante a fait savoir par lettre reçue par le greffe de la juridiction de céans le 18 mars 2011 qu'elle n'avait rien de particulier à y ajouter et qu'elle laissait le soin à la Cour de céans de donner la suite qu'elle estimait utile à ce dossier.

Dans ses déterminations du 28 mars 2011, l'OAI a relevé que selon le rapport d'expertise, la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Il a ainsi de nouveau proposé le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente.

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité constitue une incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

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

b) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1^{re} phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

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

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et

non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

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

4. Sur le plan *somatique*, le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, diagnostique des cervico-scapulo-brachialgies bilatérales ainsi que des lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec spondylolysthésis L4-L5 de degré I et tendomyogélose en cascade des membres supérieurs. Il retient également un syndrome rotulien à droite. Considérant que ces affections ont des répercussions sur la capacité de travail, il en conclut que la recourante présente une incapacité totale de travail dans son activité précédente de manutentionnaire en blanchisserie, mais qu'en revanche, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles définies, sa capacité de travail est entière. Les Drs Q._____ et X._____, psychiatres traitants, évoquent une symptomatologie somatique en lien avec la dépression et mentionnent l'existence de douleurs (algies diverses). Il en va de même du Dr I._____, médecin généraliste et médecin traitant, qui signale différentes douleurs ostéo-articulaires au niveau du rachis (attestation du 21 août 2008).

Faute d'avis de spécialistes mettant en doute les conclusions du Dr W._____, il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail complète sur le plan somatique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, cette capacité étant en revanche nulle dans son activité antérieure ce, depuis le mois de juin 2004. Subsiste cependant la question de la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique; doit, en d'autres termes, être examinée la question du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 c. 4c in fine; 102 V 165; Pratique VSI 2001 p. 223 c. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 c. 4.2.1 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 c. 4.2.2 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, 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 c. 4.2.2 pp. 71-72; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2).

6. **a)** Dans son rapport médical du 20 juin 2005, le Dr Q._____ laisse à l'OAI le soin de procéder à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Au terme de son examen clinique du 7 novembre 2006, le SMR considère qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, de sorte que la capacité de travail exigible est entière dans toute activité. Or, dans son rapport du 14 juillet 2008, le Dr M._____ fait état d'une dégradation constante de l'état de santé psychologique de la recourante. Invité à répondre aux questions des parties, le Dr M._____ confirme, le 4 janvier 2010, la détérioration de l'état de santé psychique ne permettant pas à la recourante de se projeter dans une activité professionnelle; comme en 2008, il diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2), en ne mentionnant toutefois plus les idées suicidaires. Ayant changé de psychiatre traitant, la recourante a produit un rapport du Dr X._____ du 21 mars 2010, puis une correspondance de ce même praticien du 15 mai 2010, dans laquelle celui-ci constate que l'état psychique de la recourante ne montre pas d'amélioration en dépit d'une modification de la médication; il estime par ailleurs que le Dr M._____ est mieux à même de répondre aux questions posées par le SMR. Interpellé une nouvelle fois, le Dr M._____ s'est limité, le 30 avril 2010, à renvoyer à son avis du 4 janvier précédent, ce qui a conduit le SMR à observer, le 26 mai 2010, qu'en raison du manque de précision des rapports médicaux postérieurs à son examen clinique, il lui était difficile, en l'état, de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante depuis le mois de janvier 2007, si bien qu'une expertise devrait, selon lui, donner de plus amples renseignements, ce dont la recourante a au demeurant convenu le 11 juin 2010. La juge instructeur a donc chargé le Dr K._____ d'effectuer une expertise psychiatrique.

b) L'expertise judiciaire réalisée par le Dr K._____ porte essentiellement sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux et

sur son caractère invalidant éventuel. Si les médecins du SMR ne retiennent pas le diagnostic de fibromyalgie ou celui de trouble somatoforme douloureux, l'expert considère en revanche qu'il se justifie de diagnostiquer un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Hormis le Dr I._____, médecin traitant généraliste, qui diagnostique une fibromyalgie (rapport du 27 juin 2005), aucun des psychiatres traitants n'a envisagé l'un ou l'autre de ces diagnostics.

En l'espèce, bien qu'admettant l'existence d'une comorbidité psychiatrique, l'expert estime qu'elle n'a rien de préoccupant, même si des idées suicidaires ont pu être exprimées de temps à autre. Il retient ainsi un trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique). Il précise que cette appréciation diagnostique ne s'écarte pas de ce qui figure au dossier, même si le Dr M._____ qualifie la même entité diagnostique de sévère. Or, l'expert explique clairement pour quels motifs il retient un épisode dépressif dont il qualifie la sévérité de moyenne ou modérée. Il se dit en revanche en désaccord avec les médecins du SMR lorsque ceux-ci évoquent un épisode dépressif moyen en rémission complète. Pour sa part, le Dr K._____ note des traits dépressifs à l'évocation de certaines difficultés existentielles. Il souligne le contexte actuel d'un conflit conjugal, déjà constaté par le Dr Q._____ et par les médecins du SMR, associé à une diminution de la libido et à un discours plaintif. L'assurée a par ailleurs montré des éléments de passivité et de soumission, qui peuvent aller de pair avec les cognitions des sujets déprimés. L'expert constate que le trouble dépressif a varié en intensité. S'il a pu être transitoirement sévère, il est aussi passé par des périodes où il a pu être léger voire en rémission partielle. Actuellement, il apparaît comme moyen ou modéré sans plus. L'expert indique qu'il est par ailleurs à la limite inférieure de ce degré de gravité, compte tenu du score de l'échelle de dépression de Hamilton (test psychologique en vue d'évaluer la dépression effectué par l'expert le 24 février 2011). Ainsi, s'il y a eu rémission, l'expert est d'avis qu'elle n'était que partielle et non pas complète. L'expert signale enfin que la recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive, ce qui l'a conduit à récuser un trouble de la personnalité grave et incapacitant en soi.

En définitive, la Cour de céans est d'avis que seul peut être retenu, au titre de comorbidité psychiatrique significative, un trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique) (F 32.1). Or, un tel trouble ne présente pas, à la différence d'un état dépressif sévère, une gravité et une acuité suffisante pour être considéré comme invalidant (cf. consid. 5 supra; cf. aussi ATF 130 V 352 c. 3.3.1).

c) Il convient donc d'examiner les autres critères de gravité des troubles somatoformes et affections assimilées, tel que définis par la jurisprudence.

S'agissant de l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), il résulte de l'ensemble des avis médicaux au dossier que l'état dépressif moyen et les somatisations existent depuis 2004 au moins et forment une symptomatologie inchangée. L'expert relève toutefois que l'on est plus face à un comportement de malade que face à une maladie mentale stricto sensu.

En ce qui concerne la présence d'affections corporelles chroniques, l'expert constate que l'assurée présente des atteintes à la santé touchant son système locomoteur, mais qu'il ne s'agit pas de troubles graves nécessitant un traitement lourd et continu. Ces troubles n'entraînent d'ailleurs pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

Selon l'expert, on pourrait admettre la résistance aux traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, dans la mesure où l'assurée bénéficie actuellement de soins adéquats compte tenu des ressources à disposition et des troubles qu'elle présente. Cela étant, le Dr X._____ indique le 21 mars 2010 que l'absence d'amélioration de la symptomatologie dépressive de la requérante l'a conduit à envisager de modifier le traitement anti-dépresseur afin de voir si une nouvelle médication serait susceptible d'améliorer l'état psychique

de l'assurée. Il constate cependant dans sa lettre du 15 mai 2010 qu'il n'y a pas eu d'amélioration, si bien qu'il se propose d'augmenter le cipralex afin d'utiliser au maximum les potentialités thérapeutiques de ce médicament. De son côté, l'expert affirme douter de l'observance de la prescription médicamenteuse, sachant que l'antidépresseur prescrit n'est pas détectable dans le sérum de l'assurée.

Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne peut être retenue. En effet, le Dr K._____ relève que la recourante, qui a certes constaté une diminution de son réseau social depuis qu'elle a cessé de travailler, conserve pourtant de bons liens familiaux tant avec ses enfants qu'avec ses petits-enfants. Il ajoute que ceux-ci vivent à proximité, sa cadette étant de surcroît décrite comme très soutenante. De plus, la recourante reconnaît elle-même qu'elle n'est pas isolée.

Quant à 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), le Dr K._____ considère que ce critère ne saurait en l'occurrence être retenu. En effet, la recourante reste active lors des consultations et suit bien le focus des entretiens. Elle peut se montrer vive et réagir rapidement et adéquatement à ce qui se passe en séance. L'expert en infère que ce tableau clinique parle manifestement contre la présentation figée et cristallisée de certains douloureux chroniques gravissimes.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail de la recourante puisse être raisonnablement exigée d'elle.

d) Le rapport d'expertise judiciaire du 7 mars 2011 contient une analyse circonstanciée de tous les points litigieux importants, se fonde sur une anamnèse détaillée ainsi que sur des examens complets, et

prend dûment en considération les plaintes et indications subjectives de l'assurée. L'appréciation de la situation médicale de la recourante sur le plan psychiatrique est parfaitement claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées et pleinement convaincantes, si bien que ce rapport satisfait ainsi à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée. Faute d'éléments objectifs résultant d'autres avis médicaux qui seraient susceptibles de les remettre en cause, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire, qui prend en compte tous les éléments révélés par le dossier et explique de manière convaincante les raisons pour lesquelles il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique, dès lors que le syndrome douloureux somatoforme persistant et la comorbidité qui lui est associée ne peuvent pas être reconnus comme invalidants au regard des critères posés par la jurisprudence.

Il découle des considérations qui précèdent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle de manutentionnaire en blanchisserie dès juin 2004 et entière dans une activité adaptée depuis toujours.

7. Sur le plan économique, l'employeur a indiqué le 24 mai 2005 un revenu annuel sans invalidité de 40'950 fr., soit 3'150 fr. versé 13 fois l'an. En ce qui concerne le revenu hypothétique d'invalidité, il y a lieu de se référer au salaire issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour calculer le revenu sans invalidité. Le salaire 2005 (année d'ouverture du droit éventuel à la rente; ATF 135 V 58 c. 3.1) doit être retenu, soit 3'893 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, tableau TA1, p. 11, colonne 4) pour une femme exécutant une activité simple et répétitive. Comme les salaires bruts standardisés valent pour un horaire de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises suisses en 2004 (soit 41,6 heures; La Vie économique 5-2009, tableau B9.2, p. 94), ce montant doit être porté à 4'048 fr. 72 ($3'893 \times 41,6 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 48'584 fr. 64. Indexé à 2005 (1%), le revenu annuel sans invalidité, après

déduction d'un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles présentées par la recourante, s'élève à 44'163 fr. 44. La comparaison des gains s'établit dès lors comme suit:

- salaire exigible: 44'163 fr. 44
- salaire sans invalidité: 40'950 fr.

Faute de préjudice économique, il n'y a ainsi pas d'invalidité. Même avec une réduction de 25% du revenu d'invalidé, taux maximum admis par la jurisprudence pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 c. 5b/cc), le taux d'invalidité minimum de 40% n'est pas atteint, tant s'en faut. En effet, une fois la déduction maximale de 25% effectuée, le salaire d'invalidé s'élève à 36'802 fr. 86, d'où une perte de gain de 4'147 fr. 14, soit un taux d'invalidité de 10,13%. Ainsi, même avec un taux d'abattement maximum, le taux d'invalidité serait inférieur à 40% et n'ouvrirait dès lors pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité (reclassement dans une nouvelle profession) n'est pas non plus ouvert, dès lors qu'il présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité atteigne 20% environ (ATF 130 V 488).

8. a) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que la recourante dispose d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, le recours doit être rejeté ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

b) Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur

litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. - correspondant à l'avance de frais effectuée - et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est maintenue.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Les frais du présent arrêt, par 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Syndicats chrétiens interprofessionnels du Chablais (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :