

VD_FINDINFO AI 372/09 - 72/2012 vom 23. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_372_09_-_72_2012

FR: VD_FINDINFO AI 372/09 - 72/2012 du 23 février 2012

IT: VD_FINDINFO AI 372/09 - 72/2012 del 23 febbraio 2012

Regeste

FORCE PROBANTE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, COMAI, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INTERPRÈTE | 28 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.02.2012 AI 372/09 - 72/2012

FORCE PROBANTE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, COMAI, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INTERPRÈTE | 28 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 372/09 - 72/2012 ZD09.027985 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 23 février 2012 _____ Présidence de M. Jomini Juges :

MM. Bidiville et Monod, assesseurs Greffière : Mme Barman ***** Cause

pendante entre : D. _____, à Lausanne, recourante, représentée par CAP Protection Juridique, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 7, 8 LPGA; 28 LAI E n f a i t : A. D. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1954, ressortissante de Serbie et Monténégro, a déposé le 21 juillet 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), indiquant présenter une incapacité de travail totale depuis février 2005 en raison d'un blocage musculaire (dos, pieds, cervicales), et renvoyant à l'avis de son médecin traitant, le Dr X. _____, pour le surplus. Il ressortait de cette demande et du questionnaire adressé à l'employeur que l'assurée travaillait à 100% en qualité d'employée de maison dans l'établissement médico-social [...] à [...] depuis 1999. L'employeur a précisé que le poste consistait pour l'essentiel à faire la vaisselle, avec usage d'une machine à laver la vaisselle, et entraînait un port de charge maximal de 10 kg trois fois par jour. Les autres activités consistaient en des travaux de ménage et d'entretien. Le salaire annuel de l'assurée pour 2005 se serait élevé, sans atteinte à la santé, à 43'004 fr., étant précisé que l'employeur avait résilié le contrat de travail au 30 septembre 2005. Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a requis le médecin traitant de lui adresser un rapport médical. Le rapport du 8 novembre 2005 du Dr X. _____ reprenait les constatations émises par le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, dans son expertise du 8 juillet 2005 établie à la demande de [...], assurance perte de gain. Le Dr X. _____ a ainsi retenu les diagnostics affectant la capacité de travail de lombosciatalgie droite et hernie discale L3-L4 paramédiane droite, de probable trouble somatoforme douloureux chronique et d'état anxieux dépressif. Il a diagnostiqué, comme sans effet sur la capacité de travail, une hypertension artérielle traitée et une surcharge pondérale. Il a attesté d'une incapacité de travail totale comme nettoyeuse depuis le 9 avril 2005, sans pouvoir se prononcer sur la durée probable de celle-ci mais précisant que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, et a conclu qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour

déterminer exactement la capacité résiduelle de travail. Le dossier de l'assurance perte de gain a été remis à l'OAI. Il y figurait notamment un avis du 8 décembre 2005 du Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et médecin cadre au Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV). Il y relevait l'impossibilité pratiquement complète de communiquer avec l'assurée, en raison de la langue, précisant que l'anamnèse, transmise surtout par les membres masculins de la famille, était sujette à toute réserve. Il faisait état d'une "patiente totalement inexaminable, présentant des contre-pulsions systématiques à tout examen physique, qui n'empêch[ai]ent cependant pas de mettre en évidence des dysbalances musculaires importantes". Eu égard au contexte, le Dr H._____ retenait une capacité de travail médico-théorique nulle, que l'on se plaçât d'un point de vue rhumatologique, antalgique ou les deux, la composante psychiatrique rentrant également dans l'évaluation de la condition physique. Ainsi, il n'y avait aucune possibilité de réadapter l'assurée dans une activité professionnelle quelconque tant qu'elle présentait l'état régressif et dépressif qu'elle démontrait. L'assureur perte de gain a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2006, le Dr G._____ a exposé que, d'un point de vue psychopathologique, il existait une discordance entre les plaintes alléguées et le handicap objectif observé; un certain nombre de symptômes pouvait néanmoins suggérer la présence d'un état dépressif de gravité légère à moyenne. De plus, l'observance au traitement antidépresseur – en l'occurrence Cipralax® et Remeron® – était probablement très mauvaise puisque le taux plasmatique de ces deux molécules était nul. Il expliquait que les plaintes somatiques semblaient surinvesties et une participation pour le moins psychologique était probable, raison pour laquelle il posait le diagnostic différentiel ou comorbide d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique puisqu'il persistait depuis plus de 6 mois. Il ajoutait que l'expertisée apparaissait comme une personnalité probablement peu intelligente, voire fruste, mais rien ne plaidait en faveur d'un trouble majeur de personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Il concluait que, nonobstant les plaintes somatiques, la symptomatologie dépressive n'était pas majeure dans une activité adaptée à ses limitations théoriques objectives, de sorte que l'assurée devait être apte à les assumer au moins à 60%. En outre, si une meilleure observance au traitement était obtenue, par exemple pour le Cipralax®, l'assurée devrait être apte à pouvoir travailler à 100% dans une activité médico-théorique adaptée. Dans un rapport du 18 juillet 2006 au Dr X._____, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée depuis mars 2006, a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne, chronique (F32.1) et de trouble douloureux chronique (F45.4). Selon lui, la pathologie dépressive s'était développée dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique, diagnostic retenu au vu du caractère généralisé des douleurs, dépassant le syndrome lombosciatalgique lié à la hernie discale, de la présence de nombreux signes de non organicité et d'une situation psychosociale précaire. Le 12 septembre 2006, le Dr X._____ a relevé, dans un courrier adressé au conseil de l'assurée, que le Dr G._____ retenait, du point de vue psychiatrique, une incapacité de travail de 40%, à laquelle devait encore s'ajouter les affections de la colonne vertébrale qui étaient, à son avis, la cause prépondérante de l'incapacité de travail. Ainsi, en considérant les affections psychiatrique et somatique, l'incapacité de travail actuelle dépassait 70%. Le 13 septembre 2006, le Dr M._____ a mentionné au conseil de l'assurée qu'il était artificiel d'isoler le trouble psychique de la dimension somatique et sociale d'un patient, les comorbidités étant

étroitement liées. Si l'assurée ne souffrait que d'un état dépressif moyen, elle pouvait travailler à 50% ou 60%. Par contre pour un personne présentant une personnalité fruste, avec peu de ressources psychologiques pour faire face aux événements stressants, présentant une maladie somatique chronique, qui se complique d'un trouble somatoforme et d'un état dépressif, l'interdépendance des troubles rendait une évaluation de la capacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique extrêmement difficile. Il concluait son rapport en s'interrogeant sur la différence entre les conclusions du Dr G._____ et celles du Dr L._____, préconisant ainsi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Après examen des avis médicaux précités, le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a décidé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, en commun avec l'assurance perte de gain. L'expertise a été réalisée le 18 janvier 2007, en présence d'un interprète, par les Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après: CEMed; il s'agit d'un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité [COMAI]). Les experts ont diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, une hernie discale L3-L4 paramédiane droite sans déficit radiculaire. Ils ont retenu, comme sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de syndrome douloureux chronique touchant les ceintures scapulaire et pelvienne assimilable à ce que d'aucun appelle fibromyalgie, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et de dysthymie. Leur rapport, établi le 16 mars 2007, contenait notamment les passages suivants: " Sur le plan somatique, Madame D._____ est en arrêt de travail en raison d'un syndrome douloureux chronique dont la seule lésion anatomique susceptible de le justifier, une hernie discale L3-L4 paramédiane droite, se voit contester son effet délétère. En effet, l'absence de signe de déficit nerveux périphérique au membre inférieur droit et la présence d'un grand nombre de signes de non organicité témoignent contre cette éventualité. Par delà son exagération des symptômes, il paraît évident que cette patiente souffre de douleurs qu'elle n'arrive pas à décrire, tant dans leur localisation que dans leur intensité. En l'absence de tout critère objectif déterminant, il n'est pas possible de définir un taux d'incapacité de travail. La présence de la hernie discale permet tout au plus de fixer quelques limitations fonctionnelles, soit d'éviter le port de charges de plus de 15 kilos, limite possible occasionnellement, et d'admettre un port de charge régulier entre 5 et 7 kilos. Sur le plan psychique, le dossier et les différents médecins évoquent une réaction dépressive associée au problème somatique à partir de 2005. Décrites comme réactionnelles, elle s'installent dans la durée et sont des plaintes subjectives jusqu'à ce jour. L'assurée nous nomme essentiellement des éléments de découragement et de démotivation. Son discours spontané est centré sur ses douleurs et, ensemble avec sa situation fruste, ces manifestations semblent maintenant prendre toute la place. [...] Les critères pour retenir un syndrome douloureux somatoforme dans le sens clinique du terme ne sont pas donnés. D'une part, l'assurée ne souffre pas d'une atteinte psychiatrique majeure. Son abaissement d'humeur est réactionnel, dysphorique et se situe au maximum dans la catégorie des «dysthymies». Elle dispose d'autre part d'un réseau familial fonctionnel avec passablement de contacts avec frères et sœurs, les belles-familles, ses enfants et les petits-enfants. Par rapport à l'état thymique, nous avons effectué un dosage médicamenteux qui indique que l'assurée n'est que partiellement observante. Il existe de ce fait encore une marge thérapeutique. On peut donc, avec certitude, retenir que l'assurée ne souffre pas d'une psychopathologie psychiatrique indépendante et majeure. Le niveau d'abaissement d'humeur atteint au maximum celui d'une dysthymie. Nous nous trouvons finalement assez proche à l'appréciation antérieure à 2006 et il en découle pour notre domaine aucune

incapacité de travail proprement dite. Certainement, avec les difficultés de mobilisation, une certaine lenteur d'adaptation et aussi du facteur d'âge, le rendement de l'assurée est légèrement abaissé par rapport à une personne jeune, à estimer dans une fourchette jusqu'à 20% au maximum. " Par courrier du 3 mai 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a requis l'OAI de procéder à une nouvelle expertise pluridisciplinaire, au motif que l'expertise du CEMed ne saurait être munie de la moindre valeur probante, eu égard notamment à l'avis du Dr M. _____ du 23 avril 2007 qu'elle joignait à son courrier. Ce dernier relevait que l'expert psychiatre écartait le diagnostic de dépression chronique ou trouble dépressif récurrent sans étude circonstanciée et posait celui de dysthymie, qu'il considérait à tort comme un trouble mineur. Il s'étonnait en outre de la "non observance partielle du traitement", répétée à plusieurs reprises par l'expert, alors que le dosage correspondait à la posologie prescrite. L'assurée soulignait qu'il était surprenant que les experts concluent à l'absence d'incapacité de travail au vu de la péjoration de son état clinique ces derniers mois et de tous les avis médicaux récoltés jusqu'alors. Elle faisait également valoir que l'interprète présent lors de l'expertise ne parlait pas sa langue, ce qui l'avait fortement perturbée et déstabilisée. Par avis du 19 juin 2007, le SMR, sous la signature du Dr J. _____, a considéré que le courrier du 3 mai 2007 n'était pas à même de modifier la position de l'OAI. L'OAI a requis du CEMed qu'il lui transmette des informations au sujet de l'interprète N. _____. Le 30 novembre 2007, le directeur médical du CEMed, le Dr P. _____, a indiqué que l'expertisée et l'interprète avaient parlé en albanais, étant tous les deux originaires du Kosovo. Il a précisé qu'N. _____ était traducteur-juré à [...], qu'il officiait pour de nombreuses institutions, qu'il parlait toutes les langues de l'ex-Yougoslavie ainsi que le turc. Il n'y avait dès lors aucune raison d'invoquer des problèmes de compréhension ou de traduction au cours de l'expertise. Le 19 mai 2008, l'assurée a remis à l'OAI deux expertises médicales réalisées respectivement le 11 décembre 2007 par le Dr V. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le 28 janvier 2008 par le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle précisait que l'assurance perte de gain avait procédé au paiement des indemnités journalières encore dues en se basant sur les deux expertises précitées. Dans son rapport du 17 décembre 2007, le Dr V. _____ a préalablement précisé que l'expertise avait été réalisée en présence du mari de l'assurée, cette dernière ne s'exprimant qu'en serbo-croate; il a en outre mentionné au fil du rapport "sous réserve de la fiabilité de l'anamnèse traduite par le mari de Mme D. _____" ou "selon les déclarations traduites par son époux". Sur la base des radiographies lombaires réalisées le 11 décembre 2007, le Dr V. _____ a diagnostiqué une discopathie relativement prononcée en L3-L4 et une discopathie de degré moindre en L4-L5. Il se référait au rapport du CT-scann lombaire du 9 mai 2005 et retenait l'existence, en 2005, d'une hernie discale L3-L4 droite, précisant que ces constatations devaient être interprétées avec beaucoup de précaution, car la hernie discale n'avait vraisemblablement pas de répercussion clinique d'un point de vue neurologique. Il a également posé les diagnostics d'obésité de classe I selon l'OMS avec déconditionnement physique global, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie anamnestique. Au terme de son rapport, il a expliqué notamment ce qui suit: " D'un point de vue ostéoarticulaire, force est de constater que l'examen clinique est rendu difficile, car il est «parasité» par de nombreux signes comportementaux de Waddell, signes qui sont hautement suggestifs d'un syndrome d'amplification des symptômes. Qui plus est, il y a une indiscutable discordance entre les constatations cliniques objectives qui sont somme toute modestes, les constatations radiologiques (hernie discale lombaire et discopathies) qui sont

banales et sans répercussions neurologiques [...] et le retentissement fonctionnel allégué par l'assurée qui paraît majeur. L'hypothèse d'un syndrome d'amplification des symptômes doit ainsi être évoquée, car l'explication somatique paraît insuffisante pour expliquer ses doléances et compte tenu d'une disproportion des symptômes par rapport aux constatations objectives. [...] Il y a certes quelques points de fibromyalgie qui sont allégués comme douloureux, ce qui ne permet toutefois pas de retenir selon les critères de l'American College of Rheumatology, un diagnostic de fibromyalgie au sens strict du terme. L'examen neurologique parle aussi en faveur d'une amplification des symptômes, car il y a de fortes incohérences avec une hypoesthésie diffuse des deux membres inférieurs, chez une assurée qui n'a toutefois pas de déficit moteur, et qui n'a pas de stigmates suggestifs d'un syndrome de la queue de cheval et la manœuvre de Lasègue réalisée en position assise ou couchée est fortement discordante. [...] En conclusion, du point de vue essentiellement somatique, en me basant sur les éléments objectifs (cliniques et radiologiques) et en faisant abstraction des éléments d'amplification des symptômes, on peut estimer que Mme D. _____ aurait une incapacité de travail en tant que nettoyeuse qui serait de 50% à savoir dans une activité où elle doit porter et soulever des charges de plus de 10 kg, où elle est obligée de rester dans des positions statiques, en position de porte-à-faux de manière prolongée, d'un point de vue essentiellement somatique. En revanche, dans une activité adaptée, où l'assurée aurait le loisir d'alterner les positions assises et debout, où elle ne devrait pas porter ou soulever des charges de plus de 10 kg, l'assurée pourrait mettre en valeur une capacité résiduelle de travail d'un point de vue essentiellement somatique de 80% en tenant compte d'une baisse de rendement d'un point de vue somatique liée à son atteinte dégénérative au niveau du rachis lombaire. " Au début de son rapport du 14 avril 2008, le Dr R. _____ a mentionné que l'examen s'était déroulé dans un premier temps en français, sans aide ni témoin extérieurs, précisant que l'expertisée était apte à comprendre les questions et à y répondre en français, et qu'après une heure environ, il avait également interrogé le mari de l'expertisée en présence de cette dernière. Il a posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10). Il relevait que l'assurée présentait des plaintes algiques, qui pouvaient être considérées comme non spécifique, rejoignant ainsi l'avis du Dr V. _____, ainsi que des plaintes de mal être assez généralisées. En outre, l'assurée disait vouloir recouvrer la santé mais ne faisait aucun effort particulier pour tenter par ses propres moyens d'améliorer son état de santé. Au terme de son rapport, le Dr R. _____ a observé ce qui suit: " Il n'est pas possible de lui reconnaître une pleine capacité de travail. Mais il n'est pas possible non plus de lui reconnaître une pleine incapacité de travail. Cette expertisée a, malgré son atteinte à la santé, une capacité de travail résiduelle. L'évaluation chiffrée d'une telle capacité de travail est particulièrement délicate car cette capacité de travail résiduelle ne pourra, très vraisemblablement, jamais être actualisée, en raison des «croyances» de l'expertisée. J'estime néanmoins que cette expertisée devrait être à même de reprendre une activité professionnelle à 50% et qu'elle devrait pouvoir être augmentée progressivement à 60% au moins. " Analysant les pièces médicales dans un avis du 18 juillet 2008, le Dr J. _____ du SMR a relevé que, sur le plan somatique, il existait une différence d'appréciation d'une situation identique entre l'expertise du CEMed et celle du Dr V. _____; l'incapacité de travail comme nettoyeuse dépendait ainsi de la description précise du poste de travail et de son adéquation avec les limitations fonctionnelles. Sur le plan psychique, il constatait que les critères diagnostiques requis par la CIM-10 pour établir un épisode dépressif moyen n'étaient pas réunis dans le status décrit par le Dr R. _____, qui correspondait plutôt à

une dysthymie; la vie quotidienne de l'assurée n'était pas abordée, pas plus que l'état de son environnement psycho-social, alors que ces renseignements figuraient dans l'expertise du CEMed. Il concluait ainsi que les critères de gravité d'un trouble somatoforme douloureux persistant n'étaient pas réunis; ce dernier ne pouvait dès lors être reconnu comme invalidant.

B. Le 29 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Se référant aux pièces médicales en sa possession, il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%, avec une baisse de rendement de 20%, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles établies (port de charges régulier de 5-7 kg, occasionnellement de 15 kg). Procédant à une évaluation économique, l'OAI a retenu que l'assurée était en mesure de réaliser, dans l'activité habituelle d'employée de maison ainsi que dans l'activité accessoire de concierge, un revenu annuel de 41'912 fr., après diminution de rendement de 20%. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 53'390 fr. (44'590 fr. concernant l'activité habituelle et 7800 fr. concernant le salaire annuel de concierge), mettait en évidence une perte de gain de 10'478 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'assurée a fait part de ses objections relatives au projet de décision par écriture du 16 mars 2009. Elle reprochait à l'OAI de s'être référé à l'expertise réalisée au CEMed en 2007, alors que ses conclusions étaient en totale contradiction avec les avis de ses médecins traitants et des deux experts privés. Elle concluait à ce qu'un taux d'invalidité de 100% lui soit reconnu, depuis la date du dépôt de la demande et, à titre subsidiaire, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Par décision du 29 juin 2009, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 29 janvier 2009, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement adressée le même jour, l'OAI a indiqué que la contestation du 16 mars 2009 n'était pas susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, laquelle reposait sur l'expertise du 16 mars 2007 dont la valeur probante était pleinement reconnue.

C. D. _____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 19 août 2009, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée depuis le dépôt de la demande et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle fait grief à l'intimé de s'être référé exclusivement à l'expertise médicale du CEMed et d'avoir écarté les avis médicaux de ses médecins traitants ainsi que les deux expertises privées. Faisant valoir que l'expertise du CEMed s'est déroulée dans de mauvaises conditions et que l'expert a faussement retenu qu'elle ne suivait pas régulièrement son traitement, elle soutient que l'expertise est dénuée de valeur probante suffisante. Dans sa réponse du 12 novembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il soutient qu'aucun motif ne permet de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du CEMed, l'examen clinique s'étant déroulé dans des conditions qui n'ont pas porté préjudice à la recourante. A contrario, il relève que l'expertise du Dr V. _____ a été réalisée en présence du mari de la recourante, officiant comme interprète, et que cet expert a fait part de ses réserves quant à la fiabilité des données traduites par le mari. La recourante a informé ensuite la Cour de ce qu'elle n'avait pas d'observation supplémentaire à faire valoir.

E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des

exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Cette dernière reproche à l'OAI d'avoir évalué son invalidité exclusivement sur la base de l'expertise du CEMed du 16 mars 2007, sans même discuter de la pertinence des autres points de vue médicaux. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) –, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois-quart de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (RO 2003 p. 3844). b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidité»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130V 343 consid. 3.4). c) La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

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). 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). 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 et 131 V 49 consid. 1.2). 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. 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).

3. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 in fine; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. arrêt 9C_243/2010 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant

de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le place dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). b) La recourante a été examinée au CEMed le 18 janvier 2007. Dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 mars 2007, les Drs S._____ et T._____ retiennent un syndrome douloureux chronique dont la seule lésion anatomique susceptible de le justifier est une hernie discale L3-L4 paramédiane droite. Ils diagnostiquent également une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie et une dysthymie, sans effet sur la capacité de travail. Les experts constatent que la capacité de travail est entière, la hernie discale permettant tout au plus de fixer quelques limitations fonctionnelles, soit d'éviter le port de charges de plus de 15 kilos, limite possible occasionnellement, et d'admettre le port de charge régulier entre 5 et 7 kilos. Ils retiennent en sus une diminution légère du rendement, au maximum de 20%, permettant de tenir compte des difficultés de mobilisation de l'assurée, d'une certaine lenteur d'adaptation et du facteur d'âge. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise en se référant, notamment, aux critiques émises par le Dr M._____ le 23 avril 2007 et aux expertises privées réalisées par les Drs V._____ et R._____. c) Préliminairement, il sied de relever que s'agissant des expertises des Drs V._____ et R._____, le simple fait qu'elles aient été réalisées à la demande de la recourante ne justifie pas, en soi, des doutes quant à leur valeur probante. Cependant, il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement des doutes quant au bien-fondé de ces évaluations. Les propos de l'assurée lors de l'examen du Dr V._____ ont été traduits, du moins en grande partie, par son mari, ce qui porte atteinte à la fiabilité des constatations de l'expert, comme ce dernier le relève d'ailleurs dans son rapport ("sous réserve de la fiabilité de l'anamnèse traduite par le mari de Mme D._____", "selon les déclarations traduites par son époux"). Le Dr R._____, quant à lui, mentionne que l'expertise psychiatrique s'est déroulée dans un premier temps en français, sans aide ni témoin extérieurs, puis le mari a été interrogé. Eu égard au fait que c'est la description du status psychiatrique qui est déterminante dans l'expertise du Dr R._____, des doutes peuvent subsister quant à la véracité de son contenu. En effet, le Dr R._____ souligne que l'expertisée était apte à comprendre les questions et à y répondre en français alors que le Dr V._____ constate l'obligation du mari d'être présent eu égard au fait que l'intéressée ne s'exprimait qu'en serbo-croate. Le Dr H._____ a également relevé, lors de l'examen de l'assurée en décembre 2005, l'impossibilité pratiquement complète de communiquer avec cette dernière en raison de la langue et a précisé que l'anamnèse, transmise surtout par les membres masculins de la famille, était sujette à toute réserve (avis du 8 décembre 2005). Ainsi, l'intervention de l'époux comme interprète pouvait porter atteinte à la fiabilité des constatations des experts (TFA I 428/03 du 18 novembre 2003 consid. 3.2). En revanche, l'expertise du CEMed a été réalisée en présence d'un interprète, N._____, dont l'impartialité ne saurait être mise en doute. Le directeur médical du CEMed a précisé à cet égard, à la demande de l'OAI, qu'N._____ était traducteur-juré à [...], qu'il officiait pour de nombreuses institutions, qu'il parlait toutes les langues de l'ex-Yougoslavie et le turc. Il avait parlé en albanais avec l'expertisée, étant tous les deux originaires du Kosovo. Rien ne laisse dès lors supposer qu'N._____ et D._____ n'auraient pas parlé la même langue, ou que la traduction aurait été faussée, la recourante ne tentant d'ailleurs pas de le démontrer. d) Les experts du CEMed se prononcent sur les critères jurisprudentiels dégagés par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 131 V 50 et

130 V 354). Ils exposent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils ne retiennent pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, posé par plusieurs de leurs confrères. Leurs explications sont d'autant plus convaincantes qu'elles prennent explicitement appui dans les éléments de l'anamnèse et les constatations cliniques. Ils ont ainsi retenu que l'assurée ne souffrait pas d'une psychopathologie psychiatrique indépendante et majeure, que l'abaissement de l'humeur était réactionnel, et qu'elle disposait d'un réseau familial fonctionnel avec passablement de contacts. Ils ont ainsi préféré le diagnostic de dysthymie, qu'ils ont considéré comme ne représentant pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. Cette conclusion ne saurait être mise en doute par celle du psychiatre traitant, le Dr M. _____, qui retient les diagnostics d'épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne, chronique (F32.1) et de trouble douloureux chronique (F45.4). Selon lui, la pathologie dépressive s'est développée dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique, compte tenu du caractère généralisé des douleurs, dépassant le syndrome lombosciatalgique lié à la hernie discale, de la présence de nombreux signes de non organicité et d'une situation psychosociale précaire (rapport du 18 juillet 2006). Dans l'avis du 23 avril 2007, il reproche à l'expert psychiatre d'écarter, sans étude circonstanciée, le diagnostic de trouble dépressif récurrent et celui de dysthymie, en le considérant comme un trouble mineur alors que, selon lui, le pronostic est moins bon que pour une dépression majeure. Or, selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), la dysthymie est un "abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger" (F34.1). L'expert psychiatre mentionne que les différents médecins ont évoqué une réaction dépressive associée au problème somatique; il expose que cette réaction est décrite comme réactionnelle, qu'elle s'installe dans la durée et correspond à des plaintes subjectives, l'assurée mentionnant au demeurant essentiellement des éléments de découragement et de démotivation. La conclusion du Dr T. _____, selon laquelle le niveau d'abaissement d'humeur atteint au maximum celui d'une dysthymie, ne saurait dès lors être écartée par l'avis du Dr M. _____, lequel ne fait état d'aucun élément objectif justifiant sa position. Il en va de même de l'avis du Dr R. _____ – si l'on passe outre les doutes quant à la fiabilité du status psychiatrique retenu dans son expertise. En effet, le Dr R. _____ pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10) et de syndrome somatoforme douloureux (F45.4), sans aborder la vie quotidienne de l'assurée, pas plus que l'état de son environnement psychosocial, alors que ces renseignements figurent dans l'expertise du CEMed. Le Dr J. _____ le mentionne en outre explicitement dans l'avis SMR du 18 juillet 2008, soulignant également que les critères diagnostiques requis par la CIM-10 pour établir un épisode dépressif moyen ne sont pas réunis dans le status décrit par le Dr R. _____, qui correspond plutôt à une dysthymie. Le Dr J. _____ conclut en outre que les critères de gravité d'un trouble somatoforme douloureux persistant ne sont pas réunis; ce dernier ne saurait dès lors être reconnu comme invalidant. Le Dr V. _____ a de surcroît écarté, au terme de son expertise rhumatologique – bien que sa valeur probante soit remise en doute –, le diagnostic de fibromyalgie au sens strict du terme. Les Drs X. _____ et L. _____ ont également retenu, comme diagnostic affectant la capacité de travail, un probable trouble somatoforme douloureux. Or, ces médecins, habilités à traiter des atteintes somatiques, n'exposent pas les critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux pour

faire reconnaître à leur diagnostic le caractère invalidant, mais préconisent une évaluation psychiatrique (cf. rapport médical du Dr X. _____ du 8 novembre 2005 et rapport d'expertise du Dr L. _____ du 8 juillet 2005). L'expertise du 4 juillet 2006 du Dr G. _____ ne reflète pas par ailleurs une appréciation médicale fondamentalement différente de celle du rapport d'expertise du CEMed. Le Dr G. _____ expose qu'un certain nombre de symptômes suggèrent la présence d'un état dépressif de gravité légère à moyenne, l'assurée devant cependant être apte à assumer ses limitations théoriques dans une activité adaptée au moins à 60%, voire même travailler à 100% dans une activité médico-théorique adaptée avec une meilleure observance au traitement. e) On ne saurait par ailleurs admettre, s'agissant de l'observance du traitement par la recourante, une fausse appréciation de l'expert psychiatre propre à dénuer toute valeur probante au rapport d'expertise. En effet, le simple fait d'alléguer que le résultat du dosage de Mirtazapine (Remeron®) correspond à la posologie ne suffit pas à ébranler l'appréciation des experts, selon lesquels l'assuré ne prend que partiellement les médicaments prescrits et indiqués eu égard au taux de Remeron® largement insuffisant. A cet égard, le Dr J. _____ du SMR a relevé que lorsque l'on détectait un médicament à un taux infrathérapeutique dans le sang et que la posologie était suffisante, il était légitime de suspecter, en premier lieu, que la patiente ne prenait que partiellement ses médicaments (avis médical du 19 juin 2007). De surcroît, dans le cadre de l'expertise psychiatrique réalisée à la demande de l'assureur perte de gain, le Dr G. _____ avait relevé que l'observance au traitement antidépresseur (Ciprallex® et Remeron®) était probablement très mauvaise, précisant que les troubles psychiques étaient susceptibles d'évoluer favorablement si l'assurée faisait preuve d'une meilleure compliance au traitement. Il ajoutait même que, dans un délai de six à huit semaines, si une meilleure observance au traitement était obtenue par exemple pour le Ciprallex®, l'assurée devrait être apte à pouvoir travailler à 100% dans une activité médico-théorique adaptée (rapport d'expertise du 4 juillet 2006). A cela s'ajoute la remarque – bien qu'imprécise – du Dr R. _____, selon laquelle "l'expertisée dit vouloir recouvrer la santé mais ne fait aucun effort particulier pour tenter par ses propres moyens d'améliorer son état de santé" (rapport d'expertise du 14 avril 2008). On précisera cependant que la dose de Mirtazapine prescrite par le médecin traitant possède un effet sédatif et non un effet antidépresseur et que les taux sanguins paraissent compatibles avec le traitement prescrit. Quoi qu'il en soit, la mauvaise compliance au traitement retenue par les experts n'a constitué que l'un des critères sur lesquels ces derniers se sont fondés et rien n'indique qu'il a revêtu un caractère déterminant dans leur analyse. f) Les constatations des experts du CEMed reposent sur un examen complet, et ont été établies en pleine connaissance du dossier, en prenant en considération les plaintes exprimées par l'assurée. L'expertise, détaillée, remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a). De surcroît, le SMR a reconnu qu'aucune raison médicale ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expertise. Il résulte de ce qui précède que la Cour de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du CEMed du 16 mars 2007 quant à l'impact de la pathologie psychique et de la problématique physique sur la capacité de travail de la recourante. Il y a dès lors d'admettre que la recourante présente une capacité de travail de 80%, eu égard à la diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies (port de charges régulier de 5-7 kg, occasionnellement de 15 kg). L'appréciation du CEMed peut certes paraître différente de celle du Dr V. _____ mais se fonde sur une situation identique, comme l'a relevé le SMR (avis du 18 juillet 2008). Ainsi, la capacité de

travail de la recourante dans son ancienne activité de nettoyeuse dépend de la description précise du poste de travail et de son adéquation avec les limitations fonctionnelles. La Cour ne saurait au demeurant écarter l'avis du CEMed au profit de celui du Dr X. _____, médecin traitant, lequel est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. L'appréciation du CEMed quant à la capacité de travail doit d'autant plus être privilégiée eu égard au fait que le Dr X. _____ part à tort du principe que la recourante présente une incapacité de travail dépassant 70%, en raison de l'addition de la problématique psychiatrique, qui équivaut à une incapacité de travail de 40% selon le Dr G. _____, et des affections somatiques. Il sied en effet de rappeler que le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Jacques Meine, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, in: L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 ss; François Paychère, Le juge et l'expert – plaidoyer pour une meilleure compréhension, ibidem, p. 147). De surcroît, on précisera que l'argument invoqué par la recourante, soit le fait que les indemnités journalières lui ont été versées par l'assurance perte de gain sur la base des deux expertises privées, n'est pas de nature à jouer un rôle dans la décision d'octroi ou de refus de prestations de l'assurance-invalidité. 4. Au vu de ce qui précède, il faut admettre que c'est à juste titre que l'OAI, dans la décision attaquée, a reconnu à la recourante une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et a calculé le degré d'invalidité de celle-ci en se fondant sur une évaluation théorique de sa capacité de gain. Le calcul de l'intimé, vérifié d'office – et qui n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante –, s'avère correct, si bien qu'il y a lieu de confirmer le taux d'invalidité de 20% qui en résulte. Ce taux est inférieur au seuil prévu par la loi pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra). En définitive, la décision attaquée n'est pas contraire au droit fédéral. Le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 5. Les frais de justice doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]); ils correspondent, en l'occurrence, au montant de l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision du 29 juin 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ CAP Protection Juridique (pour D. _____) ■ 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). La greffière :