

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Monod et Berthoud, assesseurs
Greffier : Mme Favre

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par M. R._____, Docteur en droit à Lausanne.

et

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

Art. 7; art. 8; art. 16 LPG; art. 4; art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. a) J. _____ (ci-après: l'assurée), née le 13 avril 1967, séparée et mère de quatre enfants nés entre 1984 et 1987, est originaire du [...]. Elle est arrivée en Suisse le 21 mai 1999. Le 8 octobre 2007, elle a déposé une demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé "dépression, douleurs multiples".

L'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé depuis le 21 mai 1999 à un taux de 100% dans une activité de "nettoyage, ouvrière, emploi non qualifié".

b) Dans un rapport à l'OAI du 18 décembre 2007, [...]U. _____, sous la plume du Dr Z. _____, médecin assistant, et de la Dresse X. _____, cheffe de clinique, a posé les diagnostics, existant depuis 1999 et ayant des répercussions sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). Ce rapport retient ce qui suit:

"3. Anamnèse

Mme J. _____ est une patiente originaire du [...], la 6e d'une fratrie de 10, dont 2 garçons et 8 filles. Elle a une soeur qui vit à [...], avec laquelle elle a de bonnes relations, et une autre soeur qui vit à [...]. Le frère aîné vit en [...] avec ses parents, le frère cadet ainsi qu'une autre soeur vivent en [...] et ses trois autres soeurs vivent au [...]. La patiente a été mariée, et le couple a eu 4 enfants, deux filles de 21 et 20 ans et deux garçons de 22 et 19 ans. Durant la guerre dans son pays, son mari est parti de la maison et n'est jamais revenu. Selon ses dires, son mari vit actuellement avec une autre femme au [...] et refuse d'avoir des contacts avec ses enfants et sa femme. Mme J. _____ est venue en Suisse en 1999 et vit actuellement dans un appartement à [...] avec ses enfants. La patiente n'a pas été scolarisée, elle ne sait ni lire ni calculer.

Entre juillet 1999 et juin 2006 elle a été hospitalisée à plusieurs reprises en milieu psychiatrique, à l'Hôpital de [...] et à l'Hôpital de [...] en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive importante, avec idéation suicidaire. En juin 2006 elle nous a été adressée par l'Hôpital de [...] pour une prise en charge ambulatoire. Le suivi a été arrêté en septembre 2007 en raison d'un manque de motivation pour un suivi psychothérapique. Le traitement médicamenteux a été transféré au médecin généraliste, dans le cadre d'un suivi global de soutien.

4. Plaintes subjectives

Mme J. _____ se plaint d'une fatigue intense et permanente, d'une perte d'intérêt pour toute activité, d'une apathie, d'une anhédonie, d'une aboulie, de céphalées diffuses ainsi que de douleurs aux niveaux des épaules, dos, cuisses et jambes. Elle évoque une sensation d'être gravement malade depuis toujours, le sentiment d'être perdue et de ne pas être l'acteur de sa vie, qui lui passe à côté, sans la concerner directement.

5. Constatations objectives

Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui fait son âge, à la tenue et à l'hygiène sans particularité. Elle ne parle pas du tout le français, les entretiens se déroulent avec une interprète. La patiente est désorientée dans le temps, dans l'espace et à la situation. Elle arrive aux entretiens accompagnée par un de ses enfants, qui l'attend pour le retour. Nous apprenons qu'elle ne sort jamais seule, par peur de se perdre, et qu'elle a besoin de ses enfants pour l'alimentation, pour l'hygiène, pour lui rappeler les dates des rendez-vous et pour lui préparer les vêtements avant de sortir. Elle est calme et partiellement collaborante. L'interrogatoire médical est difficile en raison d'une apathie importante et d'une capacité très limitée à décrire ses sensations; à la plupart des questions elle répond "je ne sais pas". Nous constatons une thymie triste, un ralentissement psycho-moteur important, ainsi qu'une anxiété flottante d'intensité moyenne. Le discours est cohérent, mais très pauvre, avec des réponses laconiques. Actuellement la patiente nie l'existence d'idées suicidaires franches. Nous n'avons pas constaté de signes florides de la lignée psychotique.

6.Examens médicaux spécialisés

Aucun.

7. Thérapie / Pronostic

La patiente suit actuellement un traitement médicamenteux antidépresseur, neuroleptique et hypnotique qui a été introduit durant le suivi à [...] et qui actuellement est prescrit par son médecin généraliste, le Dr T._____, à [...]. Ce traitement a diminué légèrement l'anxiété ainsi que les idées suicidaires et a contribué à l'amélioration du sommeil. Après une évolution initiale lentement positive, actuellement l'état de la patiente est stationnaire, avec la persistance de symptômes tels que la désorientation, la tristesse, l'apathie, le ralentissement, l'anxiété et les douleurs. Le pronostic d'une telle symptomatologie chez une personne migrante qui ne parle pas la langue du pays d'accueil, qui n'a pas été scolarisée et qui a une très faible capacité d'introspection est défavorable, l'évolution la plus probable étant la chronification de la symptomatologie anxio-dépressive et algique. Par ailleurs, en ce qui concerne le trouble douloureux somatoforme, nous considérons que chez cette [patiente] il remplit les critères de Mosimann. A notre avis, elle présente une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité, et des mesures professionnelles ne sont pas appropriées. Le manque d'intérêt, le désinvestissement et l'isolement social important et durable constatés actuellement, aggrave le pronostic."

c) Dans un rapport médical du 17 janvier 2008 adressé à l'OAI, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux, de réaction mixte anxieuse et dépressive, de réactions aiguës à des facteurs de stress, de difficultés liées à l'acculturation et à l'environnement social, des céphalées chroniques ainsi que des lombalgies chroniques sur troubles statiques. Selon ce praticien, l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% depuis 1999 jusqu'à une date indéterminée.

Au rapport du Dr T.____ du 17 janvier 2008 étaient joints notamment divers rapports d'hospitalisation à l'Hôpital de [...] et à l'Hôpital de [...], ainsi qu'un rapport médical du 18 septembre 2003 de la Dresse D.____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie. Dans ce rapport, adressé au Dr T.____, la Dresse D.____ expose que l'assurée se plaint de douleurs dorso-lombaires assez diffuses, irradiant dans la nuque, les membres supérieurs, douleurs qu'elle décrit en exacerbation progressive, constantes et exacerbées par tous les mouvements; à l'examen la mobilité rachidienne et articulaire est parfaitement conservée tant en flexion qu'en inclinaison ou rotation, par contre la mobilisation est décrite comme douloureuse; il n'y a pas d'élément pour un syndrome radiculaire; malgré une symptomatologie douloureuse invalidante, qui est certainement à mettre en relation avec l'état de tension persistant que vit cette patiente, l'examen clinique est rassurant de même que le bilan biologique et radiologique qui a été pratiqué.

d) La Dresse L.____ a résumé la situation médicale de l'assurée dans un avis médical SMR du 17 juillet 2008. Dans un nouvel avis médical SMR du 25 novembre 2008, la Dresse L.____ a estimé qu'en présence d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux relevé dans les différents rapports médicaux à disposition (rapport médical du 17 janvier 2008 et rapports médicaux psychiatriques annexés; cf. lettre A.c supra), en présence de diagnostics divergents de réaction mixte anxieuse et dépressive (rapport médical du 17 janvier 2008; cf. lettre A.c supra) versus épisode dépressif sévère (rapport médical du 18 décembre 2007; cf. lettre A.b supra), un examen psychiatrique SMR apparaissait nécessaire; cet examen devait permettre de mieux préciser si l'assurée présentait une incapacité de travail liée à une atteinte à la santé psychique incapacitante ou liée à des facteurs extra-médicaux, décrire l'évolution de l'incapacité de travail de l'assurée (en particulier, la présence d'une atteinte à la santé psychique à son arrivée en Suisse), et enfin préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

e) L'assurée a ainsi été convoquée au SMR pour un examen clinique psychiatrique, qui a été effectué le 16 décembre 2008 par le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (Allemagne). Dans son rapport du 19 décembre 2008, ce spécialiste retient notamment ce qui suit:

"Status psychiatrique

L'assurée se présente ponctuellement à son rendez-vous au SMR où elle s'est rendue en voiture, conduite par son fils et en compagnie d'un ami. Lors de son arrivée devant les portes encore fermées du SMR, on peut observer l'assurée en train de fumer une cigarette en attendant. Pendant ce temps elle se présente détendue, échangeant des sourires avec son fils et son ami sans signe de gêne particulière.

Il s'agit d'une femme correctement habillée, soignée de sa personne avec des cheveux colorés, des sourcils discrètement maquillés, portant des boucles d'oreilles. Dans le contact, pendant la majeure partie officielle de l'examen, l'assurée frappe par une attitude d'indifférence répondant d'une manière calme, monotone et désintéressée «Je ne sais pas.» aux questions sans signe manifeste de détresse au plan émotionnel. Elle ne donne pas d'information quant à son âge, sa nationalité, l'endroit dans lequel elle se trouve ainsi que son anamnèse. Par moment, elle observe son interlocuteur ainsi que l'interprète attentivement. Face à l'évocation des ses plaintes, l'assurée s'engage davantage dans l'entretien décrivant des douleurs corporelles d'une manière dramatique en grimaçant et décrivant ses douleurs «comme si la tête était coupée en deux». Puis l'assurée devient plus active et donne également quelques informations quand à son cadre familial sans signe de fatigue ou de manque d'énergie pendant tout l'entretien. Après l'annonce de la fin de l'entretien après environ 60 minutes, l'assurée s'assied par terre puis se couche par terre afin de se soulager de ses douleurs selon ses propres dires et appelle le nom de son fils « [...]» en lui demandant de lui apporter un verre d'eau.

A la place de répondre aux questions quant à son état actuel, l'assurée présente des fois un faciès triste par moment, qui se trouve en contraste avec sa présentation en-dehors de la partie officielle de l'examen. L'assurée n'exprime pas d'idée noire ni d'idée

suicidaire. En l'absence de signe manifeste d'un important abaissement d'humeur ou d'une diminution de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante, l'assurée ne présente pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure.

Sur le plan anxieux, l'assurée ne présente pas d'angoisses persistantes, pas d'attente craintive en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de signe de phobie en faveur d'un trouble phobique. Elle ne présente pas de signe d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie. Les quelques traits anxieux présents lorsque l'assurée est confrontée à ses douleurs corporelles restent discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

L'examen se passe avec l'aide d'un interprète dans la langue maternelle de l'assurée. Le discours de l'assurée est pauvre, avec la répétition monotone de son incapacité de donner des informations qui contraste avec la description détaillée et vivante des douleurs (sensations comme «un feu dans le corps» etc.). Malgré son refus de participer activement à l'examen, l'assurée suit attentivement la réaction de son interlocuteur et de l'interprète, sans signe d'une distraction par des symptômes psychotiques comme par exemple une attitude d'écoute. Nous n'avons pas objectivé de symptôme manifeste de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique.

Les plaintes essentielles de l'assurée concernent des douleurs corporelles que l'assurée décrit d'une manière dramatique et théâtrale comme étant à l'origine de ses limitations dans la vie quotidienne et associées à un important sentiment de détresse. L'assurée présente une structure de personnalité avec une tendance à la dramatisation et au théâtralisme, surtout face à la confrontation avec ses douleurs corporelles, ce qui ne veut pas dire trouble de la personnalité. Nous n'avons pas objectivé d'élément CIM-10 en faveur d'un trouble de la personnalité morbide.

Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- aucun au plan psychiatrique.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4).

Appréciation du cas

Il s'agit d'une assurée originaire de [...] sans formation professionnelle et illettrée qui arrive en Suisse en 1999. Depuis son arrivée en Suisse, l'assurée n'a pas exercé d'activité professionnelle.

(...)

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble panique, de trouble phobique, ni de trouble de la personnalité décompensé.

En réaction à un enchaînement de facteurs de stress comme un statut de séjour incertain, avec menaces répétées de renvoi dans son pays d'origine et des difficultés d'acculturation à cause de l'absence d'une scolarisation et de l'incapacité de parler la langue de son pays d'accueil, l'assurée présente la survenue d'une symptomatologie anxio-dépressive chronique diagnostiquée comme une réaction mixte anxieuse et dépressive, lors des hospitalisations psychiatriques entre février 2004 et septembre 2005. Dans le contexte de cette réaction anxieuse et dépressive, dont la sévérité des symptômes dépressifs n'atteint pas le degré de sévérité d'un épisode dépressif léger, voire d'un trouble anxieux séparé (définition de la CIM-10), l'assurée développe un trouble somatoforme douloureux, d'abord avec des céphalées puis de plus en plus avec des douleurs dans le dos et différents membres et articulations (description dans les rapports cités ci-dessus). C'est ainsi que les plaintes essentielles de l'assurée concernent aujourd'hui des douleurs intenses et persistantes, qui se trouvent à l'origine des limitations dans la vie quotidienne décrites par l'assurée. Après le diagnostic d'une réaction anxieuse avec somatisations en réaction à un facteur de stress important (retour au [...]) le 01.09.2000, l'assurée présente pour la première fois un trouble somatoforme

manifeste lors de sa première hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...], en février 2004. Puis l'assurée subit plusieurs crises avec aggravation de ses douleurs associée à une symptomatologie anxio-dépressive en réaction à l'annonce de renvoi dans son pays d'origine. Ces symptômes anxio-dépressifs sont de caractère réactionnel et constituent un phénomène d'accompagnement des douleurs de l'assurée sans justifier le diagnostic d'une maladie psychiatrique autonome. Nous notons également l'absence d'autres critères de sévérité, comme un isolement social total sur toutes les manifestations de la vie chez une assurée qui maintient un contact proche et régulier avec des divers membres de sa famille et qui entreprend aussi des voyages en avion pour se rendre dans son pays d'origine. En conséquence, le trouble somatoforme de l'assurée n'atteint pas le niveau de sévérité d'une maladie incapacitante. Au vu de la prédominance des symptômes douloureux dans le dos et différents membres et articulations, nous avons retenu le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux à la place d'une somatisation, diagnostiquée auparavant, qui concerne avant tout l'appareil gastro-intestinal et la peau, selon la définition de la CIM-10.

En l'absence d'une hospitalisation pour un épisode dépressif (voir les rapports d'hospitalisations cités ci-dessus) et des tentatives de suicides, nous ne pouvons pas confirmer le diagnostic d'un épisode dépressif sévère chez une assurée vivant dans son cadre familial sans soutien extérieur et présentant une tenue et hygiène sans particularité, comme décrit par la Dresse X. _____ elle-même lors de l'examen psychiatrique au SMR, nous sommes face à une assurée peu voire pas collaborante, qui donne peu d'informations sur son état actuel, en répondant aux questions d'une manière indifférente. En l'absence de signes objectivables en faveur d'un épisode dépressif manifeste chez une assurée qui prend bien soin d'elle (cheveux colorés, présentation soignée, porte des bijoux, etc), nous n'avons pas retenu le diagnostic d'un épisode dépressif selon les critères de définition de la CIM-10.

Cependant, l'assurée s'engage surtout vers la fin de l'entretien, à présenter les difficultés liées à ses douleurs corporelles d'une manière dramatique et théâtrale. Elle cherche l'attention de

l'interlocuteur en s'allongeant par exemple sur le sol de la salle d'examen, en adoptant une attitude histrionique. Cette présentation d'une assurée soit calme, distante et incapable de répondre aux questions, soit exprimant par moment vivement la souffrance liée à ses douleurs, se trouve en contraste avec son comportement adéquat et détendu quand l'assurée ne se sent pas observée, comme par exemple lors de son arrivée au SMR, en faveur d'une importante majoration des symptômes de son trouble somatoforme douloureux.

Les difficultés de l'assurée de s'intégrer dans la vie professionnelle de son pays d'accueil sont ainsi majoritairement indépendantes du domaine médical comme l'absence d'une formation ou d'une scolarisation, ainsi que des compétences de langue insuffisantes. Dans ce contexte, l'assurée s'est organisée une vie quotidienne en fonction des limitations fonctionnelles qu'elle estime incapacitantes. Elle s'est ainsi installée dans un rôle d'invalidé, dont elle ne veut pas sortir. Cependant, l'assurée ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante et sa capacité de travail est entière au plan psychiatrique dans toute activité."

f) Dans un rapport médical SMR du 8 janvier 2009, la Dresse L._____ a retenu, sur la base du rapport d'examen clinique SMR du 16 décembre 2008 (cf. lettre A.e supra) et du rapport médical du 18 septembre 2003 de la Dresse D._____ (cf. lettre A.c supra), que l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité.

B. a) Le 13 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant la demande de prestations, au motif qu'après examen des pièces médicales de son dossier par le SMR, il appert que malgré son atteinte à la santé, l'assurée ne présente aucun empêchement susceptible de réduire sa capacité de travail, dans toute profession.

b) Le 13 février 2009, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Elle se réfère au rapport du 18 décembre 2007 de la Dresse X._____, qui considère qu'en ce qui

concerne le trouble somatoforme douloureux - diagnostic également retenu par l'expert du SMR -, la patiente remplit les critères de Mosimann et présente une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité, ce qu'a aussi retenu le Dr T. _____ dans son rapport du 17 janvier 2008.

c) Le 19 février 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 13 janvier 2009, en indiquant dans une lettre d'accompagnement que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément de nature à mettre en doute ce projet, qui reposait sur une instruction complète sur le plan médical et était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. **a)** L'assurée recourt contre cette décision par acte du 25 mars 2009, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Rappelant les critères posés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, elle estime qu'il y a lieu d'admettre une incapacité de travail du fait de ce diagnostic et de retenir qu'elle est incapable d'exercer à temps complet une activité adaptée. Elle explique que son état psychiatrique devient de plus en plus grave et qu'une expertise psychiatrique apparaît nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Conformément à la jurisprudence, il conviendrait donc de procéder à une expertise interdisciplinaire tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et psychiques.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 14 juillet 2009, l'OAI indique ne rien avoir à ajouter à sa décision du 19 février 2009, qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

c) Le 23 novembre 2009, la recourante produit divers rapports médicaux et expose que compte tenu de ces rapports médicaux, il y a lieu

de reconnaître l'existence de facteurs déterminants qui, par leur intensité et leur consistance, la rendraient incapable de fournir des prestations, même dans une activité adaptée.

d) Invité à se déterminer sur les nouvelles pièces produites par la recourante, l'OAI estime le 6 janvier 2010 que celles-ci n'apportent aucun élément médical objectif nouveau qui permette de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'assurée ou remette en question les conclusions du rapport d'examen SMR du 8 janvier 2009. Il renvoie à cet égard à l'avis médical SMR établi le 15 décembre 2009 par la Dresse L._____, dont il ressort ce qui suit:

"Le rapport médical du 07.04.2009 de la Drsse D._____, spécialiste en rhumatologie, n'apporte aucun élément médical nouveau objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. La discopathie L4-L5 était déjà décrite en 1999, et n'a pas de répercussion clinique puisque la mobilité rachidienne est conservée et qu'il n'y a pas de troubles neurologiques mis en évidence par la Drsse D._____. Le status clinique est superposable à celui décrit dans son rapport médical du 18.09.2003.

Un rapport médical du 03.09.2009 du Dr G._____, spécialiste en neurologie qui, sur la base d'un examen clinique dans les normes et de l'imagerie cérébrale, conclut à des céphalées de tension chroniques et à des lésions de la substance blanche cérébrale d'origine indéterminée. En effet, une IRM cérébrale réalisée le 26.05.2009 a montré la présence de lésions de la substance blanche aspécifiques. Il s'agit d'une découverte radiologique fortuite, qui n'a pas de répercussion clinique et qui n'explique en tout cas pas le syndrome douloureux que présente l'assurée.

Un courrier du 02.11.2009 du Dr T._____ à M. R._____, Dr en droit, qui ne mentionne pas d'aggravation objective de l'état de santé de l'assurée".

e) Par courrier du 22 février 2010, R._____, Dr en droit, expose être mandaté par la recourante et produit un courrier que lui a

adressé le 15 février 2010 le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine interne, dont la teneur est la suivante:

"Madame J._____ continue [de] présenter des problèmes psychiques et psychosomatiques majeurs qui l'empêchent d'effectuer des tâches simples du quotidien (qui sont pris en charge par ses enfants), avec une souffrance continue, des crises hystérisiformes fréquentes et une suicidalité chronique (selon ses enfants qui se sont arrangés pour dormir régulièrement devant la chambre de la patiente). Cette situation n'évolue point, malgré un traitement médicamenteux psychotrope important et des traitements plus physiques pour ses douleurs, ce qui rend toute idée d'une réinsertion professionnelle illusoire. Rappelons que la patiente a été régulièrement suivie par les psychiatres de « [...]» jusqu'en 2007, quand le suivi m'a été confié sur le plan psychiatrique. Je suis d'autant plus surpris par le rapport du psychiatre du SMR du 16 décembre 2008 qui nie toute pathologie psychiatrique significative. Une nouvelle expertise psychiatrique, plus neutre, serait donc éventuellement utile."

f) Le 1^{er} mars 2010, le juge instructeur a pris note du mandat de M. R._____ et l'a informé qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner en l'état une nouvelle expertise psychiatrique, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait étant réservé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile

de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par J._____ contre la décision rendue le 19 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé susceptible de réduire sa capacité de travail de manière à lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur

plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

d) 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 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Par ailleurs, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été

ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

4. a) En l'espèce, il résulte des avis médicaux au dossier émanant de médecins somaticiens qu'il n'existe pas d'atteinte organique avérée qui aurait une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Dans son rapport médical du 18 septembre 2003, la Dresse D._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, exposait déjà, s'agissant des douleurs dorso-lombaires, que la mobilité rachidienne et articulaire était parfaitement conservée tant en flexion qu'en inclinaison ou rotation, qu'il n'y avait pas d'élément pour un syndrome radiculaire, que l'examen clinique de même que le bilan biologique et radiologique qui avait été pratiqué était rassurant et que la symptomatologie douloureuse invalidante était certainement à mettre en relation avec l'état de tension persistant que vivait l'assurée (cf. lettre A.c supra). Le rapport médical du 7 avril 2009 de la Dresse D._____, produit par la recourante après le dépôt de la réponse de l'OAI, fait état d'un status clinique superposable à celui décrit dans son rapport médical du 18 septembre 2003; l'examen montre une mobilité rachidienne conservée, sans franche contracture, mais avec des douleurs diffuses; cette bonne mobilité - malgré la discopathie L4-L5, déjà décrite en 1999 - ainsi que l'absence de troubles neurologiques évidents sont des éléments rassurants, et l'anamnèse de douleurs en bloc malgré une mobilité articulaire conservée fait évoquer avant tout un trouble somatoforme douloureux (cf. lettre C.c supra). Le rapport médical du Dr G._____, spécialiste FMH en neurologie du 3 septembre 2009, également produit par la recourante, fait état de céphalées de tension qui s'associent à des douleurs multiples et à une dépression, et ne met en évidence aucun trouble neurologique qui expliquerait les douleurs, les lésions de la substance blanche aspécifiques découvertes lors d'une IRM cervicale le 26 mai 2009 n'ayant pas de répercussion clinique (cf. lettre C.c supra). Quant aux courriers du Dr T._____ du 2 novembre 2009 et du 15 février 2010 produits par la recourante (cf. lettres C.c et C.e supra), ils n'apportent aucun élément médical objectif nouveau par rapport à son rapport médical

du 17 janvier 2008 et font état globalement de problèmes psychiques et psychosomatiques, qualifiés de majeurs.

Il s'ensuit qu'en l'absence de troubles organiques avérés, c'est bien sur le plan psychiatrique exclusivement qu'il faut se placer pour déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante au regard de l'AI. Vu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) posé par les médecins psychiatres qui ont examiné la recourante (rapport médical d' [...] du 18 décembre 2007, cf. lettre A.b supra; rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr H. _____ du 19 décembre 2008, cf. lettre A.e supra) - diagnostic qui est également évoqué par la Dresse D. _____ (rapport médical du 7 avril 2009, cf. lettre C.c supra) et par le Dr T. _____ (rapport médical du 17 janvier 2008, cf. lettre A.c supra) -, il convient d'examiner si les troubles constatés doivent être considérés comme invalidants au regard des critères posés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 3c in fine supra).

b) Sur le vu du rapport médical du Dr T. _____ du 17 janvier 2008, qui posait notamment le diagnostic de réaction mixte anxieuse et dépressive (cf. lettre A.c supra), et surtout du rapport médical de l' [...] [...] du 18 décembre 2007, qui posait notamment le diagnostic d'épisode dépressif sévère (cf. lettre A.b supra), l'OAI a mandaté le SMR pour un examen clinique psychiatrique, qui a été effectué le 16 décembre 2008 par le Dr H. _____. Le rapport de ce spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 19 décembre 2008, contient une anamnèse (p. 1-2), les plaintes et indications subjectives de l'assurée (p. 2-3), la description du status psychiatrique (p. 3-4), les diagnostics (p. 4), une appréciation détaillée du cas (p. 4-7) et les conclusions relatives aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique (p. 7).

Fondé sur des examens complets, notamment un examen clinique effectué avec l'aide d'un interprète dans la langue maternelle de l'assurée, établi en pleine connaissance du dossier et en prenant

également en considération les plaintes de la recourante, le rapport d'examen psychiatrique du 19 décembre 2008, décrit de manière claire et détaillée le contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale, ne contient pas de contradictions et aboutit à des conclusions convaincantes et bien motivées. Il remplit ainsi toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). En particulier, il explique de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles un diagnostic d'épisode dépressif sévère, tel que posé en décembre 2007 par les médecins de l' [...] [...], ne saurait être retenu selon les critères de définition de la CIM-10, seul pouvant être retenu, au chapitre des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, un état anxio-dépressif de caractère réactionnel, qui constitue un phénomène d'accompagnement des douleurs de l'assurée sans justifier le diagnostic d'une maladie psychiatrique autonome.

Le rapport médical de l' [...] [...] du 18 décembre 2007 (cf. lettre A.b supra), nettement moins complet et étayé que le rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr H. _____ du 19 décembre 2008, ne contient pas d'éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions de ce spécialiste. Les constatations anamnestiques (arrêt du suivi à [...] dès septembre 2007 en raison d'un manque de motivation pour un suivi psychothérapeutique, le traitement médicamenteux ayant dès lors été transféré au médecin généraliste dans le cadre d'un suivi global de soutien) et les constatations cliniques objectives (état stationnaire avec la persistance de symptômes tels que la désorientation, une thymie triste, une apathie et un ralentissement psychomoteur important, ainsi qu'une anxiété flottante d'intensité moyenne) dont il fait état ne sauraient justifier un diagnostic d'épisode dépressif sévère selon les critères de la CIM-10.

Force est ainsi de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante au trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante, au sens où l'entend la jurisprudence (cf. consid. 3c supra). Quant aux autres critères de gravité des troubles somatoformes et affections assimilées, tel que définis par la jurisprudence (cf. consid. 3c

supra), ils n'apparaissent manifestement pas remplis en l'espèce, la seule affirmation des médecins d' [...] selon laquelle la recourante "remplit les critères de Mosimann" (cf. lettre A.b supra) n'étant évidemment pas suffisante pour retenir que tel soit le cas. En particulier, la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, que semblent retenir les médecins d' [...] lorsqu'ils évoquent un isolement social important et durable, est démentie par l'anamnèse et niée à juste titre par le Dr H. _____, qui relève que l'assurée maintient un contact proche et régulier avec divers membres de sa famille et entreprend aussi des voyages en avion pour se rendre dans son pays d'origine. Il n'existe pas non plus d'affections corporelles chroniques importantes et on ne peut parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, dès lors que la recourante a elle-même interrompu le suivi auprès d' [...] en septembre 2007 en raison d'un manque de motivation pour un suivi psychothérapeutique, le suivi du seul traitement médicamenteux ayant alors été transféré à son médecin généraliste. Enfin, le Dr H. _____ a relevé les importantes discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé quand l'assurée ne se sentait pas observée, qui plaident en faveur d'une importante majoration par la recourante des symptômes de son trouble somatoforme douloureux.

c) En définitive et à la lumière des différents critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral, la Cour de céans est d'avis qu'il n'existe pas en l'espèce de circonstances exceptionnelles qui permettraient de retenir le caractère invalidant des troubles psychiques constatés chez la recourante. La décision attaquée échappe donc à la critique en tant qu'elle retient que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'Al.

La Cour de céans étant en mesure de statuer en l'état du dossier dont l'instruction apparaît complète sur le plan médical, une expertise médicale judiciaire, telle que requise par la recourante, se révèle superflue.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté
- II.** La décision rendue le 19 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. R. _____ (pour Mme J. _____)
- 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 :