

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) L._____, née en 1975, travaillait à 100 % en qualité d'employée de blanchisserie depuis le 20 octobre 1997 auprès de [...] SA à [...]. Présentant un kyste hydatique du foie droit dès le 18 juillet 2000, elle a finalement été opérée le 20 décembre 2000, le traitement conservateur ayant échoué. Elle a par la suite présenté un état anxio-dépressif. Selon l'employeur, la prénommée a présenté de nombreuses incapacités de travail, soit à 100 % du 18 décembre 2000 au 4 février 2001, à 50 % du 5 février au 12 février 2001, à 100 % du 13 février au 14 mars 2001, à 50 % du 15 mars au 30 septembre 2001, à 50 % du 4 octobre au 31 octobre 2001, à 100 % du 1^{er} au 20 novembre 2001 et à 50 % du 21 novembre 2001 au 21 juin 2002 (date de son licenciement pour cause de restructuration de l'entreprise). Son cas été pris en charge par P._____, assureur perte de gain de l'employeur.

L'assureur précité a mandaté le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 22 août 2001, le Dr Q._____ a conclu à l'absence de troubles psychiatriques et à une totale capacité de travail sur le plan psychiatrique. Il a également relevé que l'assurée n'avait quasiment plus de douleurs au niveau de l'hypocondre droit, mais qu'il ne pouvait porter un jugement au niveau somatique. Il notait toutefois qu'au niveau des dorsalgies, l'assurée n'avait pas adopté de position antalgique durant l'entretien et que sa démarche était sans particularité. Au vu des conclusions du Dr Q._____, P._____ a cessé le versement de prestations dès le 3 juillet 2001, l'incapacité de travail n'étant plus justifiée.

L'assurée a déposé le 15 janvier 2003 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente en raison d'une atteinte sur le plan moral, digestif, musculaire et articulaire. Dans un rapport médical du 21 mai

2003, le Dr R._____, médecin généraliste et traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de syndrome douloureux somatoforme persistant voir récurrent et d'état anxio-dépressif important. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % dès le 20 décembre 2001 et ce, de manière définitive.

b) Par décision du 5 février 2004, l'OAI a rejeté la demande présentée par l'assurée. Il a considéré que l'instruction du dossier mettait en évidence l'absence de trouble limitant sa capacité de travail et donc sa capacité de gain depuis au moins le 22 août 2001.

Par courrier du 17 novembre 2004, le Dr R._____ a précisé que sur ses conseils, sa patiente avait testé une reprise à 100 % dès le 1^{er} juillet 2001. Toutefois, au vu de sa situation physique et psychique, elle n'avait pas réussi à tenir dans son travail. Le praticien précité a donc confirmé une incapacité de travail de 50 % dès le 20 décembre 2001.

Par décision sur opposition du 6 décembre 2004, l'OAI a confirmé sa décision du 5 février 2004, considérant que le rapport d'expertise du Dr Q._____ avait pleine valeur probante, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale.

Dans le cadre de son recours interjeté le 20 janvier 2005 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS), la recourante a notamment transmis un rapport établi le 17 mars 2005 par la Dresse Z._____ et M._____, respectivement psychiatre et psychologue pour l'association U._____ à [...]. Les auteurs du rapport ont mentionné que l'assurée avait été suivie du 7 mai 2001 au 31 mai 2002 et qu'elle présentait en mai 2002 un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi qu'un épisode dépressif moyen. S'agissant de l'appréciation du cas, ils ont précisé ce qui suit :

"Notre patiente insistait toujours sur le fait qu'elle n'avait aucun problème d'ordre psychologique, qu'elle a toujours eu une vie normale et remplie de bonheur. Le déni évident de

sa tristesse peut être expliqué d'un point de vue culturel : voir un psychologue et avoir des problèmes psychologiques est équivalent à être "fou", donc sujet à des moqueries. Il est plus acceptable d'être malade physiquement.

De plus, une femme [...] ne parle pas facilement de ses problèmes personnels et familiaux à l'extérieur de la famille.

Il est également possible qu'elle craignait qu'en admettant ses problèmes psychologiques, le corps médical ne prendrait plus au sérieux ses douleurs physiques".

Par courrier du 8 septembre 2005, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis le dossier de l'assurée à son service médical (SMR) pour avis et qu'il se ralliait à ses conclusions. Ainsi, dans un rapport du 29 août 2005, le Dr X. _____ du SMR a notamment considéré ce qui suit :

"Je constate qu'il y a divergence d'opinion sur le diagnostic. En effet à la même époque où l'assurée était traitée à U. _____ pour un TSD et un épisode dépressif moyen, l'expert-psychiatre ne diagnostiquait aucun trouble psychique. Il faut relever également que même avec l'option la plus favorable à l'assurée, soit en reconnaissant un épisode dépressif moyen, le droit aux prestations de l'AI n'est pas ouvert (cf. jurisprudence TSD et trouble dépressif moyen).

Dans son courrier du 17.11.2004, le Dr R. _____ atteste un échec de la reprise à 100 % en juillet 2001 et une IT de 50 % dès le 20.12.2001, soit après l'expertise du Dr Q. _____. Bien que les arguments médicaux objectifs permettant de valider une aggravation fassent défaut, et compte tenu de l'ancienneté de l'expertise psychiatrique, je propose une actualisation du dossier médical par un

Examen bidisciplinaire au SMR".

Par jugement du 14 octobre 2005 (AI 15/05-166/2005), le TASS a admis le recours et renvoyé le dossier de la cause à l'OAI pour que celui-ci procède à une complément d'instruction, puis rende une nouvelle décision. Il a considéré que les appréciations des Drs Q. _____ et Z. _____ divergeaient quant au diagnostic et qu'une réactualisation des données par le biais d'une expertise pluridisciplinaire s'imposait, comme l'OAI l'avait d'ailleurs proposé dans son écriture du 8 septembre 2005.

c) Dans un rapport du 6 juillet 2006 faisant suite à un examen rhumatologique et psychiatrique du 30 mai 2006, les Drs T._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et K._____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins au SMR, ont estimé que les diagnostics de rachialgies diffuses, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de status après exérèse d'un kyste hydatique du foie, de gastrite anamnesticque et de difficultés liées à l'acculturation n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'assurée. Procédant à une appréciation consensuelle du cas, les experts ont notamment retenu ce qui suit du point de vue psychiatrique :

"L'appréciation psychiatrique met en évidence une assurée de bonne constitution psychique, aux moyens intellectuels tout à fait suffisants. Malgré qu'elle ait eu le désir de s'expatrier en Suisse, elle ne s'est nullement intégrée à notre pays, évitant tout contact avec des personnes qui ne sont pas de sa nationalité. L'assurée se sent prise au piège, puisque ses difficultés d'expatriation sont inabordables, ce qui peut expliquer l'apparition de douleurs chroniques. La souffrance est indéniable, elle se sent dans une position en cul de sac. Pour se défendre, elle adopte une attitude passive agressive où elle laisse sa belle-mère assumer tous les travaux au foyer et son mari assurer le revenu de la famille. Il s'agit d'une situation très difficile du point de vue psychosocial, mais qui ne s'appuie sur aucune atteinte médicale à la santé.

Quant à l'appréciation des avis psychiatriques antérieurs, la Dresse Z._____ fait mention dans son rapport du 17.03.2005 d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un épisode dépressif moyen : en effet, des douleurs chroniques sont présentes de longue date, toutefois leur réapparition étant corrélée à des difficultés d'intégration à notre pays, le diagnostic de difficultés liées à l'acculturation a été préféré. L'épisode dépressif moyen décrit dans ce même rapport illustre bien l'importante souffrance de l'assurée, toutefois les critères CIM-10 de dépression ne sont pas remplis. Pour cette raison, ce diagnostic n'a pas été reconnu.

Quant à l'appréciation psychiatrique de l'expertise que le Dr Q._____ a signée le 22.08.2001, ce dernier évoque dans sa discussion en page 4 la mauvaise intégration en Suisse de l'assurée et l'état anxio-dépressif postopératoire. Il ne pose aucun diagnostic d'atteinte invalidante à la santé, il y a donc consensus entre les trois psychiatre quant au tableau clinique, mais la souffrance aisément reconnue qui a été définie comme un épisode dépressif par la Dresse Z._____ ne peut être reconnue comme une atteinte invalidante à la santé".

Sur le plan somatique, les experts ont notamment relevé que :

"Les examens radiologiques à notre disposition ne montrent que de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann qui n'expliquent certainement pas les douleurs ainsi que leur intensité. Dans ce contexte, l'examen psychiatrique a retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ce que laissait déjà suspecter la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell. En l'absence de cause pour les douleurs présentées par l'assurée, nous retenons que la capacité de travail est complète dans toute activité professionnelle d'un point de vue purement somatique. Nous nous écartons ainsi de l'évaluation du Dr R. _____ qui retenait une incapacité de travail de 50 % dès le 20.12.2001 pour des diagnostics essentiellement psychiatriques".

Au vu des éléments précités, les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était complète dans toute activité professionnelle, notamment dans celle de blanchisseuse. En l'absence d'atteinte médicale à la santé, l'exigibilité au travail de l'intéressée était donc totale et le fait qu'elle ne travaillait pas était lié à son libre arbitre et à des difficultés d'ordre psychosocial.

En date du 11 janvier 2007, l'OAI a adressé à L. _____ un projet de décision par lequel il entendait rejeter sa demande de mesures d'ordre professionnel ou de rente, en raison de l'absence d'atteinte à la santé ayant caractère de maladie.

L'assurée a contesté le projet de décision précitée, en se référant notamment à un certificat médical du 27 février 2007 établi par le Dr R. _____ faisant état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente en raison d'une accumulation de maladies infectieuses récurrentes à plusieurs niveaux, probablement liée à une altération de son système immunologique et aux difficultés à mettre en place une antalgie de qualité. L'intéressée a par la suite également transmis un certificat médical cosigné le 5 février 2008 par G. _____, psychologue, et la Dresse Z. _____ attestant une aggravation des troubles liés à son état

dépressif avec l'apparition d'angoisses importantes permettant ainsi de poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires.

Dans un rapport médical du 7 avril 2008, le Dr R._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de fibromyalgie, de troubles somatoformes, de status après exérèse d'un kyste hydatique du foie et de gastrite récurrente avec reflux gastro-oesophagien et a attesté une incapacité de travail totale et définitive. Ce praticien a mentionné que l'assurée avait souffert d'une infection urinaire, de gastralgies et d'épigastalgies sur reflux nocturnes depuis le 30 mai 2006.

Par avis médical du 18 juin 2008, le Dr X._____ a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'intéressée de nature à modifier le droit aux prestations. Il a ainsi relevé que les gastralgies avaient déjà été signalées lors de l'examen de mai 2006 et l'inflammation gastrique déjà diagnostiquée (rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 30 mai 2006, p. 2). Au demeurant, une gastrite due à une bactérie digestive (*helicobacter pylori*) guérissait en quelques semaines avec un traitement antibiotique et n'entraînait aucune diminution de la capacité de travail. Il en était de même pour une infection urinaire qui se traitait en quelques jours.

Dans un rapport médical du 11 février 2009, la Dresse Z._____ a considéré que les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires (F 32.2) existant depuis 2007, de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z 63.0) existant depuis 2003 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) existant depuis 2000, entraînaient une incapacité de travail totale depuis 2002 sans interruption.

Par avis médical du 16 mars 2009, le Dr X._____ a conclu que le rapport d'examen clinique du SMR du 30 mai 2006 et ses conclusions gardaient toute leur pertinence, le rapport de la Dresse Z._____ n'étant que l'appréciation différente d'une même situation, mais

qui ne résistait pas à une analyse médicale rigoureuse. Le Dr X. _____ a ainsi constaté que la Dresse Z. _____ avait uniquement basé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires sur les plaintes de l'assurée sans faire état d'éléments objectifs. Ce diagnostic ne remplissait dès lors pas les critères de la CIM-10 et ne pouvait être retenu. En outre, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux avait été écarté par la Dresse K. _____. Par ailleurs, les difficultés rencontrées avec un conjoint ne pouvaient constituer une affection médicale justifiant une incapacité de travail. La Dresse Z. _____ a suivi l'assurée du 7 mai 2001 au 31 mai 2002, puis dès le 5 mars 2007, raison pour laquelle il était surprenant d'attester un suivi sans interruption. Selon le Dr X. _____, cette pratique jetait un sérieux doute sur la crédibilité de ce rapport. Enfin, la Dresse Z. _____ n'était pas titulaire du titre FMH, contrairement aux Drs Q. _____ et K. _____, qui avaient conclu à l'absence de troubles psychiques.

Par décision et lettre du 5 juin 2009, l'OAI a confirmé sa décision antérieure, en raison de l'absence d'aggravation durable de l'état de santé de l'assurée.

B. a) Par acte de son mandataire du 8 juillet 2009, L. _____ interjette recours contre cette décision et conclut à son admission, à l'octroi de l'assistance judiciaire provisoire, à l'annulation de la décision attaquée, principalement au constat qu'elle a droit à des prestations AI, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Tout en admettant que les atteintes somatiques ne sont pas à elles seules invalidantes, la recourante considère qu'elles constituent des comorbidités qui se surajoutent aux atteintes psychiatriques. Elle allègue souffrir d'une dépression sévère par moments, ce qui l'oblige à se soumettre à une médication importante. Elle se réfère aux éléments mis en évidence par la Dresse Z. _____ et rejette les critiques formulées par le Dr X. _____ qui n'est lui-même pas spécialiste en psychiatrie. Enfin, la recourante considère que l'intimé n'a pas respecté les injonctions du TASS contenues

dans son arrêt de 2005, puisqu'il n'y a pas eu de véritable expertise neutre, extérieure, pluridisciplinaire et conforme à la jurisprudence.

b) Par décision du 27 juillet 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 25 juin 2009 et désigné Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office.

c) Dans sa réponse du 24 août 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, estimant que le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR avait pleine valeur probante et que les pièces médicales fournies par la recourante ne permettaient en aucun cas d'attester une quelconque aggravation de son état de santé.

d) La recourante n'a pas répliqué.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 8 juillet 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. 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 vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]), et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

3. Pour se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, l'intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 6 juillet 2006, dont les conclusions sont basées sur les deux expertises, soit l'expertise rhumatologique du Dr T._____ et l'expertise psychiatrique de la Dresse K._____. La recourante en conteste la valeur probante estimant implicitement que les conclusions des experts manquent de neutralité. Elle critique également leurs constatations relatives à l'absence de diagnostic ayant valeur d'invalidité, au motif que d'autres médecins consultés précédemment ont attesté une totale incapacité de travail.

a) Les griefs d'ordre général de la recourante sur la valeur probante très relative qu'il conviendrait de reconnaître audit rapport, ainsi que ses critiques relatives à l'absence d'indépendance des Drs T. _____ et K. _____ par rapport à l'intimé, ne reposent sur aucun fait concret allégué et prouvé. Contrairement à l'avis de la recourante, le TASS n'avait pas renvoyé la cause à l'OAI pour expertise au sens de l'art. 44 LPGa, ni exigé d'une autre façon la désignation d'experts externes au SMR. Au contraire, il s'est plutôt rallié aux conclusions de l'intimé dans sa détermination du 8 septembre 2009 relatives à la nécessité d'une nouvelle évaluation médicale. En ce qui concerne plus précisément les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à une expertise, ils sont en l'occurrence remplis. La Dresse K. _____ s'est ainsi appuyée sur les critères d'un système de classification reconnu (CIM-10). En outre, les conclusions des experts se fondent sur un entretien avec la recourante (qui était assistée d'un traducteur de langue albanaise) et sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, en particulier l'expertise du Dr Q. _____ et les rapports médicaux des Drs R. _____ et Z. _____. Le rapport d'expertise repose dès lors sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressée. Les experts ont également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Leurs conclusions sont dûment motivées et convaincantes et reposent non seulement sur l'examen effectué lors de l'expertise, mais également sur la prise en compte des rapports des médecins traitants.

Sur le plan somatique, l'appréciation du Dr T. _____ ne saurait être remise en cause par l'avis du Dr R. _____ (rapport du 21 mars 2003). L'expert a en effet relevé que les examens radiologiques ne montraient que de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann qui ne pouvaient pas expliquer les douleurs ainsi que leur intensité. Par ailleurs, contrairement à l'avis du Dr R. _____ (rapport du 21 mai 2003), il n'existait pas de

douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie ou des masses musculaires des quatre membres.

Sur le plan psychiatrique, les conclusions de la Dresse K._____ rejoignent les constatations précédentes du Dr Q._____ (rapport d'expertise du 21 août 2001), à savoir l'absence de troubles psychiatriques et une totale capacité de travail sur le plan psychiatrique. En effet, si les psychiatres précités ont admis que l'assurée présentait une importante souffrance sous forme de difficultés d'intégration, ils ont toutefois estimé qu'elle ne présentait pas d'épisode dépressif, les critères CIM-10 de la dépression n'étant pas remplis.

b) Les experts ont également examiné si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les Drs R._____ et Z._____ pouvait être retenu.

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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. On retiendra, au premier plan, 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 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). 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-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2).

Une expertise psychiatrique s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; Tf du 23 mai 2007 I 533/06 consid. 3.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

A cet égard, selon le Tribunal fédéral, la mission de l'expert consiste à apporter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée

dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 132 V 65). Dans cet arrêt, la Haute Cour a encore rappelé que l'absence de toute comorbidité psychiatrique n'était pas suffisante pour conclure à l'existence d'une capacité de travail, car si ce critère était d'importance, il n'était toutefois pas exclusif (ATF 132 V 73 consid. 5.1).

Compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, la Dresse K. _____ a examiné si la recourante réunissait en sa personne plusieurs des autres critères consacrés par la jurisprudence. Les éléments anamnestiques récoltés ont démontré que l'intégration sociale était exclusivement exercée au sein de compatriotes et l'éventuel profit tiré de la maladie pouvait être corrélé à l'attitude passive agressive de l'assurée. Le caractère chronique s'étendait depuis l'été 2000, mais l'intéressée ne prenait aucun traitement antalgique au sens strict du terme. L'examen psychiatrique a en outre mis en évidence le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, confirmé par la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell. C'est par conséquent à juste titre que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu.

c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs T. _____ et K. _____ dont le rapport d'expertise remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimé n'a ainsi pas violé le droit fédéral en accordant plus de valeur probante à une expertise bidisciplinaire, qui tenait compte des interactions entre les affections physiques et psychiques de la recourante, qu'à l'avis des médecins traitants, qui s'étaient prononcés sous un angle général dans le cadre d'une relation thérapeutique entre patiente et médecin, se fondant en grande partie sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif, dont on ne saurait déduire l'existence d'une incapacité de travail. Enfin, au regard du déroulement de l'expertise et de son contenu, on ne relève aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité des Drs T. _____ et K. _____. L'examen critique d'un médecin sur l'appréciation médicale d'un confrère ne saurait

constituer un motif de prévention si celui-ci étaye son point de vue de manière scientifique et objective. C'est assurément le cas des observations des Drs T._____ et K._____ qui ont expliqué pour quels motifs ils jugeaient l'évaluation des Drs R._____ et Z._____ non concluante.

4. Pour la période postérieure au rapport bidisciplinaire du 6 juillet 2006, les Drs R._____ et Z._____ ont attesté une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Invité à donner des précisions sur cette aggravation, le Dr R._____ a fait état, pour l'essentiel, de troubles gastriques. Dans un avis médical du 18 juin 2008, le Dr X._____ a toutefois exposé de manière convaincante pour quels motifs ce diagnostic ne modifiait pas l'appréciation relative à la capacité de travail de l'assurée.

Sur le plan psychiatrique, il convient de constater que la Dresse Z._____ n'a revu l'assurée qu'à partir du mois de mars 2007, après une interruption du suivi en 2005. Elle n'a d'ailleurs attesté un état dépressif sévère qu'à partir de 2007. Dans un rapport du 5 février 2008, elle a en outre précisé que "depuis l'établissement de notre premier rapport le 11 juin 2007, la patiente susnommée a vu une accentuation des troubles liés à son état dépressif avec l'apparition d'angoisses importantes [...]. Ceci nous amène à un diagnostic réactualisé d'épisode dépressif sévère avec idées suicidaires".

Au regard du rapport médical précité et de son complément établi le 11 février 2009 par la Dresse Z._____, on ne peut exclure une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante entre le 11 juin 2007 et le 5 juin 2009 (date de la décision litigieuse). Mais compte tenu du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente n'a pu s'ouvrir, cas échéant, que le 1er juin 2008. Pour la période antérieure à cette date, soit jusqu'au 31 mai 2008, la décision doit être confirmée. Un complément d'instruction est en revanche nécessaire en vue d'établir si l'état de santé de l'assurée

s'est effectivement péjoré à partir du 11 juin 2007, au point d'entraîner une incapacité de travail et de gain durable pouvant, le cas échéant, ouvrir droit à une rente postérieurement au 31 mai 2008.

La cause est donc renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, et nouvelle décision sur le droit aux prestations dès le 1^{er} juin 2008.

5. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. La recourante voit ses conclusions partiellement rejetées, pour la période courant jusqu'au 31 mai 2008. Elle encourt par conséquent des frais de justice réduits. Dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

b) Ayant obtenu partiellement gain de cause, la recourante peut prétendre une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 1'000 fr., complétée par une indemnité d'office de 700 fr. au titre de l'assistance judiciaire

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 5 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que la demande de prestations de l'assurée est rejetée pour la période courant jusqu'au 31 mai 2008, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations pour la période postérieure.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr., sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'intimé versera à Me Olivier Carré une indemnité de dépens de 1'000 fr.

- V.** Les dépens sont complétés par une indemnité d'office de 700 fr., TVA comprise, allouée à Me Olivier Carré, conseil de la recourante.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour la recourante), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :