

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juillet 2011

Présidence de M. DIND
Juges : M. Jomini et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Pascale Botbol, avocate
à Nyon,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 LAI; 49 al. 2 et 69 al. 4 RAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, ressortissante kosovare en Suisse depuis 1997, mariée et mère de famille, a exercé à temps partiel la profession de nettoyeuse auprès de l'entreprise F. _____ SA à [...] jusqu'au 15 mai 2002. Le 16 janvier 2004, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes en indiquant souffrir, depuis deux à trois ans, de dépression et d'une maladie articulaire.

Dans un document intitulé "Complément à la demande" du 30 janvier 2004, l'assurée a indiqué que si elle se trouvait en bonne santé, elle n'exercerait pas d'activité lucrative en sus de la tenue de son ménage en précisant qu'elle n'avait pas collaboré à l'entreprise de son conjoint avant l'atteinte à sa santé.

Dans le questionnaire adressé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), complété le 3 février 2004, le dernier employeur de l'assurée a communiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait perçu en 2004 un salaire horaire de 16 fr. 30.

Dans un rapport médical du 2 mars 2004, le Dr G. _____, médecin spécialiste en médecine générale et médecin traitant depuis avril 2003 a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif (début 2000) et de suspicion de fibromyalgie (juin 2003). Il a indiqué de ce fait une incapacité de travail à long court depuis le 1^{er} mai 2002 en relevant cependant que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales.

Au terme d'une enquête économique sur le ménage réalisée le 30 juin 2004, l'assurée s'est vue reconnaître le statut d'active à 100%. En effet pour des questions d'ordre financier, si l'assurée était en bonne santé, elle n'aurait eu d'autre choix que celui de travailler à plein temps.

Dans la tenue de son ménage, il a été relevé que les empêchements étaient nombreux, l'assurée ne s'occupant pratiquement de rien.

Dans un rapport médical du 28 avril 2005, les Drs M._____, chef de clinique et L._____, médecin assistante à l'Hôpital psychiatrique de [...] se sont prononcés en ces termes sur l'état de santé de l'assurée:

"A. Diagnostics (ICD-10) ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), depuis environ cinq ans.
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1), depuis environ cinq ans.
- Probable hernie discale, depuis 2004.

Diagnostics (ICD-10) sans répercussions sur la capacité de travail:
Nihil.

B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que: femme de ménage

100% du 06.10.2003 au indéterminée.

[...]

7. Thérapie / Pronostic:

Nous suivons cette patiente depuis octobre 2003, à raison d'un entretien tous les mois, plutôt à visée psychothérapeutique de soutien. Elle est toujours suivie par son médecin traitant qui a essayé de multiples traitements médicamenteux sans effets bénéfiques ou avec des effets secondaires marqués. Nous ne lui proposons pas de thérapie médicamenteuse. En raison des difficultés de la patiente en langue française, nous n'avons pas pu l'intégrer dans les groupes de thérapie cognitivo-comportementale pour la gestion de la douleur. Le pronostic reste réservé. La reprise d'une activité ou d'une réinsertion professionnelle est quelque peu illusoire, en raison de la problématique psychique de la patiente, de la faible capacité d'adaptation et des ressources psychiques et sociales limitées."

Selon un avis médical du Service médical régional (SMR) AI du 30 août 2005 rédigé par le Dr P._____, il était convenu de procéder à un examen bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique de l'assurée.

Dans un rapport médical du 25 août 2006, le Dr S._____, spécialiste en médecine générale a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique

chronique, de syndrome douloureux chronique et de trouble dépressif majeur. Ce médecin a souligné dans son anamnèse un accident de la route datant de 1999 dont l'assurée accompagnée des membres de sa famille avait été victime et qui serait l'élément déclencheur des douleurs chroniques ressenties ainsi que de ses affections psychiques existantes depuis lors. Concernant l'appréciation de la capacité de travail, le Dr S._____ a précisé qu'étant incapable de gérer ses tâches quotidiennes, il était clair que l'assurée n'était pas apte à exercer une activité professionnelle régulière.

Dans un rapport rhumatologique et psychiatrique SMR du 6 octobre 2006, lors de l'examen clinique ayant eu lieu le 30 août 2006 avec l'assistance d'un traducteur, les Drs N._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et T._____, psychiatre FMH ont apprécié comme il suit le cas de l'assurée:

"[...]

Diagnostics

-avec répercussion sur la capacité de travail:

- Aucun

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Plaintes algiques diffuses sans véritable substrat organique.
- Troubles dégénératifs mineurs du rachis cervical. M54.2.
- Troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis lombaire en adéquation avec l'âge de l'assurée. M54.5.
- Du point de vue psychiatrique: Personnalité histrionique (traits) (F60.4), anamnesticquement, état de stress aigu après un accident en 1999, résolutif au cours d'un maximum un mois (F43.0, réaction aiguë à un facteur de stress).

Appréciation consensuelle du cas

Assurée kosovare, âgée actuellement de 39 ans, mère de 3 enfants, dont le dernier est âgé actuellement de 9 ans, en incapacité totale de travail depuis le mois de mai 2002. Selon l'anamnèse fournie, elle présente un syndrome algique chronique évoluant à la suite d'un traumatisme cervical survenu lors d'un accident de la route en avril 1999. L'examen clinique somatique de ce jour met en évidence essentiellement des signes de non organicité avec absence de mise en évidence d'arguments objectifs en faveur d'une atteinte ostéoarticulaire ou neurologique.

Les documents radiologiques mis à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs modérés touchant le rachis cervical et lombaire sans mise en évidence de phénomènes compressifs quels qu'ils soient. Les atteintes objectives mises en évidence par les documents radiologiques ne peuvent pas expliquer

la globalité de la symptomatologie présente, encore moins la chronicité et l'évolution dans le temps.

L'examen de médecine générale met en évidence une surcharge pondérale à la limite de l'obésité de classe 1 (BMI 29.3).

En résumé, l'examen ostéoarticulaire ne met en évidence aucune limitation dans les amplitudes articulaires ou d'atteintes objectives à caractère invalidant. L'examen neurologique ne nous permet pas de mettre en évidence d'atteintes déficitaires objectives hormis celles décrites de façon verbale par l'assurée. Le comportement général de l'assurée, aussi bien lors de l'anamnèse que de l'examen clinique proprement dit, nous fait retenir essentiellement un trouble de type histrionique à la limite de la simulation. Lors de notre anamnèse, nous avons confronté à plusieurs occasions l'assurée à des contradictions et des incohérences dans les renseignements fournis.

Sur le plan somatique, nous n'avons retenu aucun diagnostic à caractère invalidant pouvant induire une incapacité de travail de longue durée. Le diagnostic de fibromyalgie évoqué dans le dossier médical n'a pas pu être retenu au vu de l'absence de critères stricts selon ARA pour une telle pathologie.

Sur le plan psychiatrique, nous nous trouvons en face d'une assurée qui ne présente d'atteinte à la santé ayant valeur de maladie et on constate l'absence de limitations fonctionnelles incapacitantes psychiatriques.

Les médecins traitants et en particulier le psychiatre traitant du service ambulatoire de l'Hôpital psychiatrique de [...] dans son rapport du 28.04.2005 et également, en particulier, le généraliste traitant (psychosomaticien), dans son rapport du 18.08.2006 retient des diagnostics d'état de stress post-traumatique, de syndrome douloureux somatoforme chronique et de trouble dépressif majeur. Les descriptions données dans les rapports médicaux respectifs ainsi que l'examen psychiatrique chez nous, ne peuvent confirmer aucun de ces 3 diagnostics. Les critères diagnostics précis pour les trois diagnostics mentionnés ne se sont pas rejoints et n'étaient pas rejoints au moment où ils ont été posés. Nous nous référons aux critères diagnostics pour la recherche de la C[IM]-10, pour la maladie dépressive majeure (épisode dépressif et trouble dépressif récurrent F32 et F33, cf page 76 à 80, état de stress post-traumatique, F43.1, page 93 et trouble douloureux somatoforme persistant F45.4, page 101).

On observe de nombreux signes qui indiquent qu'il ne s'agit pas d'une atteinte à la santé invalidante. L'assurée n'a pas présenté de pathologie psychiatrique avant l'accident et elle ne montre pas un trouble psychiatrique ayant valeur de maladie indépendant des nombreuses plaintes somatiques sans substrat physique. Il n'y a pas une maladie physique chronique grave.

L'intégration sociale ne se distingue que peu du degré et de la qualité de l'intégration sociale avant la maladie et on ne peut pas parler d'un retrait social (cf. description de la vie quotidienne).

Il y a une divergence élatante entre les douleurs et les autres manifestations physiques décrites et le comportement observé. Les symptômes physiques en outre des douleurs, mais également des maux de tête et des maux de la gorge sont présentés avec une attitude grotesquement démonstrative et incroyable et l'assurée entre "ses présentations" ne transmet aucun signe d'un vécu douloureux, ni par sa mimique, ni par sa gestuelle, ni par sa posture, pendant la plus grande partie de l'examen psychiatrique. La description des nombreux phénomènes physiologiques ou pathologiques est extrêmement vague, imprécise, floue et présentée sans aucun investissement affectif, de sorte qu'elle n'arrive pas à évoquer de la compassion chez l'examineur.

Les informations fournies par l'assurée sont extrêmement contradictoires, si l'on parle de maladie et de certaines circonstances de la vie quotidienne, il y a également plusieurs contradictions entre les indications dont nous disposons du dossier et les indications de l'assurée. Si l'on parle d'éléments qui sont très éloignés du problème actuel, il n'y a pas de divergence, le discours est cohérent et ainsi elle arrive à évoquer la compassion de l'examineur.

Les limitations fonctionnelles

En l'absence de mise en évidence d'atteinte à caractère invalidant au sens strict du terme ou de pathologie potentiellement invalidante sur le plan somatique ainsi que psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle n'a été établie.

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

Sur la base des documents mis à notre disposition, cette assurée présente une interruption de travail depuis le mois de mai 2002.

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

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, nous n'avons pas mis en évidence aucune atteinte à la santé sur le plan somatique ou psychiatrique à caractère invalidant. De ce fait, les incapacités de travail de longue durée attestées depuis lors ne se justifient pas. Aussi bien le diagnostic de trouble somatoforme douloureux que le diagnostic de fibromyalgie n'a été retenu à la suite de notre examen clinique de ce jour, en l'absence de mise en évidence des critères stricts pour pouvoir porter de tels diagnostics. En l'absence de pathologie de cet ordre, en association avec l'absence de pathologie psychiatrique préexistante à caractère invalidant, les incapacités de travail attestées à ce jour par les différents médecins traitants sont non justifiées à nos yeux.

Concernant la capacité de travail exigible, en l'absence de mise en évidence de pathologie à caractère invalidant aussi bien sur le plan psychiatrique que somatique, nous estimons que cette assurée présente une pleine capacité de travail dans quelques activités que ce soit et ceci depuis toujours.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100%

Depuis: toujours"

Le 30 octobre 2006, le Dr P._____ a fait siennes les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire précité.

Par projet de décision du 7 novembre 2006, l'OAI a proposé le rejet de la demande en retenant une capacité de travail et de gain de 100% de son assurée dans toute activité sans qu'aucune pathologie psychiatrique ou somatique n'ait été mise en évidence.

Dans un courrier du 30 novembre 2006, l'assurée a fait part de son opposition au projet de décision précité. Elle a notamment requis une hospitalisation ou à défaut la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec interprète en vue d'une nouvelle évaluation de son état de santé.

Par décision du 24 janvier 2007 à laquelle était jointe une lettre explicative en faisant partie intégrante, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations. Relevant que l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR pratiqué le 30 août 2006 se basait sur des examens complets, qu'il prenait en compte les plaintes exprimées, décrivait clairement le contexte médical et comportait des conclusions claires dûment motivées et exemptes de contradictions, l'OAI a attribué pleine valeur probante à cet examen. L'avis du Dr S._____ selon rapport médical du 25 août 2006 ne contenant pour sa part pas d'élément susceptible de rediscuter le bien fondé des conclusions du SMR.

B. Le 19 février 2007, D._____ recourt contre la décision précitée. Elle annonce une motivation complémentaire à réception de son dossier médical.

Dans un rapport médical du 27 mars 2007 consécutif à un examen pratiqué le 27 février 2007, la Dresse L._____, chef de clinique adjointe à l'Hôpital psychiatrique de [...] a notamment mentionné ce qui suit:

"A. Diagnostics (ICD-10) ayant des répercussions sur la capacité de travail:

Troubles de stress post-traumatique (F43.1)
Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1)

Diagnostics (ICD-10) sans répercussion sur la capacité de travail:

-

[...]

Thérapie / Pronostic:

Madame D._____ est toujours suivie par son médecin traitant le Dr G._____ à [...], elle reçoit un traitement antidépresseur, anxiolytique et antalgique, sans réponse satisfaisante.

Du point de vue psychiatrique, je suis cette patiente en raison d'un entretien tous les mois, plutôt à visée psychothérapeutique de soutien, je ne lui propose pas de thérapie médicamenteuse. En raison des difficultés en langue française, notre impact reste très limité.

Il y a environ six mois, elle a rencontré le Dr S._____, médecin généraliste, avec une spécialisation en médecine psychosomatique, qui a proposé des techniques de relaxation et comportementales et cognitives. Ce suivi a bien été investi par la patiente.

Un traitement psychosomatique spécialisé, dans la langue maternelle de la patiente, tel que proposé par le Dr S._____, ou un traitement psychothérapeutique spécialisé avec traducteur à l'appui, pourrait permettre une réadaptation du traitement médicamenteux et psychothérapeutique.

Le pronostic reste cependant réservé, la reprise d'une activité ou une réinsertion professionnelle nous paraissent peu probables en raison de la durée et l'intensité de la problématique psychique de la patiente, de la difficulté à instaurer un suivi psychiatrique adapté dans un[e] langue facile d'accès par la patiente, de la faible capacité d'adaptation et des ressources limitées.

La capacité de travail actuelle est nulle, la patiente nécessitant par ailleurs de l'aide pour gérer les tâches quotidiennes."

Le 20 avril 2007, le Dr S._____ dépose un mémoire auquel est notamment joint un consilium du 5 mars 2007 du Dr E._____, spécialiste FMH en psychiatrie à teneur duquel les diagnostics de stress post-traumatique, de trouble dépressif majeur épisode isolé, et un trouble douloureux sont posés avec un pronostic très réservé vu la chronicité de la situation sur le plan clinique.

L'OAI se détermine sur le mémoire du Dr S._____ le 3 juillet 2007 en proposant le rejet du recours. Cet assureur social a notamment souligné que les diagnostics posés en début d'anamnèse de l'examen SMR (syndrome douloureux somatoforme persistant, état dépressif et suspicion de fibromyalgie) n'avaient pas été objectivés au terme dudit examen.

Dans ses déterminations du 17 décembre 2007, la recourante produit une attestation médicale du 20 novembre 2007 du Dr G. _____ qui y signale une dégradation significative de son état de santé physique et psychique. Elle fait référence à l'accident de la circulation dont elle a été victime en soutenant que cet événement était de nature à provoquer un état de stress post-traumatique tel que constaté par ses médecins. Au vu des contradictions médicales, la recourante requiert une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans sa duplique du 23 janvier 2008, l'OAI confirme les conclusions de sa réponse. L'intimé relève que la détérioration attestée par le médecin traitant la recourante n'est pas objectivée.

Le 20 février 2008, le juge instructeur a informé les parties qu'il rejetait la requête d'expertise présentée par la recourante, considérant que les pièces médicales au dossier étaient suffisantes pour trancher les questions qui se posaient en l'espèce. Le 3 mars 2008, la recourante a formé opposition contre cette décision. Les 26 mai et 19 décembre 2008, le juge instructeur a informé les parties de la suspension, respectivement de la prolongation de suspension de la cause principale au vu de la procédure incidente débutée. Par décision du 26 mars 2009, le juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a pris acte du retrait de l'opposition formée le 3 mars 2008 par la recourante.

Le 3 mars 2009, la recourante a produit un rapport médical et médico-psychologique du 24 novembre 2008 des Drs B. _____, médecin chef et Q. _____, médecin assistant de la clinique de réhabilitation neurologique de [...]. Ces médecins ont notamment posé le diagnostic de maux de tête chroniques liés à un accident de la circulation de 1999 avec "Whiplash", nécessitant un traitement médicamenteux avec un syndrome dépressif récurrent. S'agissant de la capacité de travail, en raison de ses douleurs symptomatiques chroniques invalidantes de près de dix ans, la recourante était jugée inapte pour une longue durée avec un pronostic peu favorable. Au vu de ces constatations, la recourante réitère sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 23 mars 2009, la recourante a produit un rapport médical établi le 6 mars 2009 par le Dr A. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dans lequel ce médecin indique notamment qu'une IRM cervicale du 23 avril 2008 montrant une absence de segments A1 de l'artère cérébrale antérieure droite, des amincissements de la calotte crânienne en région supérieure et paramédiane gauche en raison d'un petit kyste arachnoïdien pourrait notamment attester l'existence d'un lien de causalité entre les céphalées à répétition de la recourante et son accident de 1999. Dans son écriture, la recourante a sollicité diverses mesures d'instruction (la production de diverses pièces, l'audition comme témoin de son époux et la réalisation d'un examen médical par un neurochirurgien).

Le 13 juillet 2010, l'OAI produit un rapport médical du 17 juin 2010 établi par le Dr I. _____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne, consulté en lien avec la présence d'un nodule pulmonaire lobaire inférieur droit affectant la recourante. A l'occasion de la discussion du cas, ce pneumologue indique que la recourante, au contexte psychiatrique semblant lourd présente une symptomatologie thoracique gauche (lésion probablement de type carcinoïde sans qu'une autre néoplasie ou un diagnostic inflammatoire potentiel ne puisse être exclu) avec un traitement en parallèle pour une symptomatologie asthmatique. Il conclut à la présence de douleurs thoraciques controlatérales clairement reproductibles à la palpation paraissant d'origine pariétale.

Le 2 septembre 2010, en réponse à une correspondance qui lui a été adressée le 19 août 2010 par le conseil de la recourante sollicitant la prise en compte du récent rapport médical du Dr I. _____, l'OAI relève que ce rapport énonçant des faits largement postérieurs à la décision litigieuse, il n'a par conséquent pas à être pris en compte dans la présente cause.

Dans ses déterminations du 15 septembre 2010, la recourante a précisé les conclusions de son recours comme il suit:

"Principalement

I. Le recours est admis.

II. Une rente AI pleine et entière est accordée à Madame D. _____ dès le 16 janvier 2004.

III. Toute autre ou contraire conclusion prise par l'Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud est rejetée.

Subsidiairement

IV. Le recours est admis.

V. La cause est renvoyée à l'Office de l'Assurance-invalidité pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

VI. Toute autre ou contraire conclusion prise par l'Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud est rejetée."

La recourante conteste la valeur probante attribuée par l'OAI au rapport d'examen SMR du 6 octobre 2006. A l'en croire, ce rapport ne tiendrait pas compte de ses plaintes (chaque douleur évoquée par la recourante aurait été déclarée grotesque, incohérente floue ou imprécise), son anamnèse ne serait pas claire et ne mentionnerait pas les difficultés avec le français. De même, l'accident traumatisant ne serait nullement étayé ou même mis en lien avec ses troubles actuels. Quant à ses conclusions elles s'inscriraient en contradiction flagrante avec les avis de l'ensemble des praticiens ayant examiné la recourante. Seuls les deux médecins du SMR auraient ainsi exclu le diagnostic de fibromyalgie ou toute autre diagnostic. Au terme d'un seul examen d'une heure et vingt minutes, il n'était pas envisageable pour le psychiatre du SMR de réfuter le diagnostic de dépression tel que posé par les médecins suivant la recourante depuis six ans. Pour terminer, excepté une absence de motivation scientifique, le rapport SMR prendrait en considération une hypothétique simulation de la part de la recourante alors que tel ne serait absolument pas le cas en l'espèce. Partant, il conviendrait de retenir en réalité que la recourante est affectée par un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie ainsi que par un syndrome dépressif majeur depuis huit ans.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent à raison du lieu contre une décision rendue le 24 janvier 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, le recours est recevable (cf. art. 56 à 61 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, 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 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai

2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 et 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2).

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité, la recourante contestant à cet égard uniquement la capacité de travail exigible de 100% que l'OAI a retenue, en se fondant sur l'examen SMR bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 30 août 2006. La recourante conteste ainsi la valeur probante attribuée par l'OAI au rapport SMR précité en concluant, principalement, à ce que le droit à une rente AI entière lui soit reconnu à compter du 16 janvier 2004 et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'administration pour nouvelle décision. A travers les différents documents médicaux produits, la recourante invoque en particulier un état de stress post-traumatique dont l'intimé n'aurait pas tenu compte.

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

Selon l'art. 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 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.

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss], échelonnement correspondant à celui prévu à l'art. 28 al. 1 aLAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci 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 permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional (SMR), au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 523/2002 du 28 octobre 2002, consid. 3). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6 et TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la

procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). 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 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°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 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

c) En l'espèce, l'examen SMR rhumatologique et psychiatrique du 30 août 2006 comprenant le concours d'un traducteur a été pratiqué par le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et rééducation d'une part, et par le Dr T._____, psychiatre FMH d'autre part. Dans leur rapport du 6 octobre 2006, ces spécialistes ont dressé une anamnèse fouillée de l'examinée (p. 1-5), ont établi un status neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique après examen clinique (p. 5-7), ont pris connaissance du dossier radiologique mis à disposition (p. 7-8), ont posé des diagnostics clairs (p. 8) et ont porté une appréciation consensuelle exempte de contradictions et dûment motivée du cas (p. 8-9) en portant leur appréciation sur la capacité de travail exigible de la part de l'assurée (p. 9-10).

aa) Dans ses déterminations du 15 septembre 2010, la recourante soutient en premier lieu que le rapport précité ne tiendrait pas compte de ses plaintes, l'ensemble des douleurs alors exprimées aurait été qualifié de "grotesque, incohérente, floue ou imprécise". En outre, l'anamnèse ne mentionnerait pas ses difficultés en langue française.

A lecture de l'anamnèse établie par les spécialistes du SMR, ces derniers ont parfaitement tenu compte des douleurs et affections qui leur ont été communiquées par la recourante. Ainsi sur le plan ostéoarticulaire, la symptomatologie est décrite comme constante, l'intensité évaluée à 10/10 de façon permanente, tout traitement médicamenteux n'apportant aucun soulagement aux dires de l'assurée. Le sommeil est décrit comme étant de mauvaise qualité avec un sentiment de fatigue et de lassitude au réveil. Sur le plan psychosocial et psychiatrique, l'accident de circulation de 1999 et ses incidences chez la recourante sont mentionnés. Concernant les multiples douleurs dont la recourante fait état, il a été noté une polymédication importante, le suivi de médecines parallèles ainsi qu'un suivi ambulatoire à l'Hôpital psychiatrique de [...] (consultations mensuelles d'une demi-heure). Le trouble du sommeil de gravité moyenne sans médication a par ailleurs été pris en considération par les examinateurs du SMR. Il a également été pris note des troubles de la mémoire et du traumatisme causé à la recourante du fait du décès de sa mère en 2003. A l'inverse et sans minimiser la prise en compte des plaintes énoncées, les spécialistes du SMR ont relevé une forte divergence entre les douleurs et autres manifestations physiques décrites et le comportement observé durant l'examen (absence de troubles de la mémoire, absence de fatigabilité accrue, etc.). Les informations fournies par la recourante étant de surcroît extrêmement contradictoires (cf. à ce propos le déroulement de l'accident d'avril 1999 décrit tantôt comme un choc frontal et tantôt comme une collision par l'arrière).

Quant à la difficulté liée à la langue, cette problématique ne consiste pas à proprement parler une limitation d'ordre médical mais bien plus un facteur social susceptible d'être pris en considération dans la

détermination du degré d'invalidité par l'OAI, de sorte que les spécialistes du SMR n'avaient pas pour mandat de s'en préoccuper à l'occasion de leur examen médical. On relève cependant à ce propos que l'examen bidisciplinaire s'est tenu en présence d'un traducteur afin de garantir sa bonne qualité et sa fiabilité. Au vu de ce qui précède, le premier grief soulevé doit être rejeté.

bb) S'agissant de l'accident traumatisant de 1999 invoqué en lien avec l'existence d'un état de stress post-traumatique par différents médecins (cf. le rapport médical du Dr S. _____ du 25 août 2006, le consilium du 5 mars 2007 du Dr E. _____, l'attestation médicale du 20 novembre 2007 du Dr G. _____, le rapport médical du 24 novembre 2008 des médecins de la clinique de réhabilitation neurologique de [...] ainsi que le rapport établi le 6 mars 2009 par le Dr A. _____), cet événement a été analysé comme il suit par les spécialistes du SMR; après dix jours d'hospitalisation la recourante a retrouvé un comportement qui est revenu dans la normale, de sorte que sa réaction consécutive à l'accident tombe sous la classification de réaction aiguë face à un facteur de stress (F43.0 selon la CIM-10). Au vu des circonstances, cette classification semble devoir être privilégiée par rapport à celle d'état de stress post-traumatique (F43.1) telle que retenue par les médecins précités. Cette dernière affection requiert en effet, selon les critères de la classification de la CIM-10, qu'un certain nombre de symptômes soient présents (reviviscence répétée de l'événement traumatique dans un contexte durable "d'anesthésie psychique", d'émoussement émotionnel avec un détachement par rapport aux autres, une insensibilité à l'environnement ou d'évitement des situations susceptibles de réveiller le souvenir du traumatisme), lesquels s'accompagnent souvent d'un hyper réveil neurovégétatif avec une hyper vigilance, état de "qui vive" et insomnie, associé fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. Toujours selon la CIM-10, la période séparant la survenance du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois, l'évolution étant fluctuante tout en évoluant dans la plupart des cas vers la guérison. Or les médecins du SMR ont notamment relevé dans leur anamnèse qu'un peu plus d'une année après

son accident de la circulation, la recourante a entamé une activité professionnelle (nettoyeuse employée régulièrement cinq jours par semaine à raison d'au maximum deux heures et demi par jour) jusqu'au 15 mai 2002. Outre le fait que la recourante ait entrepris de débiter cette profession environ un an après l'événement traumatisant d'avril 1999, ce n'est que dans son rapport médical du 25 août 2006 que le Dr S. _____ a posé le diagnostic de stress post-traumatique puis sera suivi en ce sens par le Dr G. _____ selon rapport du 20 novembre 2007 (alors que dans son rapport initial du 2 mars 2004, ce dernier médecin n'en faisait toutefois pas mention). Considérant que selon la CIM-10, la période séparant la survenance du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois maximum, si une telle affection devait effectivement être retenue dans le cas de la recourante, on ne saisit dès lors pas pour quels motifs bien que connue depuis 1999, cette atteinte à la santé n'ait été diagnostiquée qu'en 2006, soit environ sept ans après ses débuts. Par ailleurs, selon une attestation médicale établie le 20 novembre 2007, soit plus de huit ans après l'accident, le Dr G. _____ signale une dégradation significative de l'état de santé physique et psychique. En principe l'évolution est fluctuante mais se fait pour la majorité vers la guérison. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique avec une modification durable de la personnalité (F62.0). Cependant à l'examen clinique SMR du 30 août 2006, une telle pathologie n'a pas été objectivée, les examinateurs relevant au contraire une absence de troubles formels de la pensée, une absence de ralentissement psychomoteur ainsi qu'une humeur dans les limites de la norme, légèrement morose, s'améliorant même dès lors que l'examen se focalisait sur les détails et les plaintes d'états maladifs. A l'aune de ces constatations, il n'est pas possible, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 3b supra), d'attribuer un lien de causalité entre l'accident traumatisant et les troubles actuels dont souffre la recourante. Ce dernier constat est par ailleurs corroboré par le Dr A. _____ qui, dans son rapport médical du 6 mars 2009, a indiqué que sur la base d'éléments médicaux mis en évidence par une IRM cervicale du 23 avril 2008, il serait tout au plus possible d'attester de l'existence éventuelle

d'un lien de causalité entre les céphalées à répétition et l'accident vécu en 1999.

cc) Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme chronique, les spécialistes du SMR n'ont pas été en mesure de le confirmer.

Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence 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 troubles somatoformes douloureux. A cet égard, 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. 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).

Au terme de l'examen clinique pratiqué le 30 août 2006, aucun des facteurs déterminés énoncés ci-avant n'est apparu rempli. Aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée n'a été mise en évidence. Peut seul constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Or, dans leur rapport médical du 28 avril 2005, les médecins de l'Hôpital psychiatrique de [...] n'ont diagnostiqué qu'un épisode dépressif moyen, lequel ne représente pas une maladie psychiatrique chronique ou invalidante au sens de la classification F32.0 de la CIM-10 qui requiert que chacun des trois degrés de dépression soit donné. Quant au Dr S. _____, dans son rapport médical du 25 août 2006, il pose certes le diagnostic de trouble dépressif majeur mais sans pour autant le codifier selon la CIM-10. Or, selon la jurisprudence, 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 533/2006 du 23 mai 2007, consid. 3.1), de sorte que l'avis émis le 25 août 2006 par le Dr S. _____ ne saurait entrer en considération.

Il n'a pas non plus été relevé de 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 l'assurée. Au contraire, les examinateurs du SMR ont noté une exagération des symptômes, des douleurs et autres symptômes physiques mais également des maux de tête et de la gorge ayant été présentés par la recourante avec une attitude qualifiée de "grotesquement

démonstrative" d'où une incroyable entre l'assurée et ses "présentations". La description des nombreux phénomènes physiologiques ou pathologiques est de surcroît restée extrêmement vague, imprécise, floue et présentée sans aucun investissement affectif laissant insensible l'examineur. En l'absence de mise en évidence des critères déterminants, c'est à juste titre qu'au terme de leur examen, les médecins du SMR n'ont pas retenu aussi bien le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme chronique que celui de fibromyalgie.

dd) S'agissant du diagnostic d'épisodes dépressifs (F32), des pièces au dossier, il ressort une divergence entre les différents médecins suivant la recourante; dans ses avis des 28 avril 2005 et 27 mars 2007, la Dresse L._____ de l'Hôpital psychiatrique de [...] a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1) alors que le 25 août 2006 le Dr S._____, suivi en ce sens par le Dr E._____ le 5 mars 2007, a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur. Dans leur rapport médical du 24 novembre 2008, les Drs B._____ et Q._____ de la clinique de réhabilitation neurologique de [...] se limitent pour leur part à mentionner un syndrome dépressif récurrent. De leur côté, les spécialistes du SMR ne sont pas parvenus à objectiver les critères, selon la CIM-10, requis pour le diagnostic d'épisodes dépressifs (F32.0). Au vu d'une part, des divergences entre l'ensemble des médecins consultés et d'autre part, de la méthodologie rigoureusement scientifique basée sur les critères de classification de la CIM-10 employée par les examinateurs du SMR, il n'y a pas de motifs suffisants permettant à la cour de rediscuter le bien fondé des constatations résultant de l'examen pratiqué le 30 août 2006 au SMR. Il n'existe en définitive pas d'atteintes psychiatriques invalidantes affectant la recourante.

ee) L'avis médical du 17 juin 2010 du Dr I._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne, n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'examen rhumatologique et psychiatrique SMR du 30 août 2006. Ce document médical étant postérieur à la décision de refus du 24 janvier 2007, la présence de douleurs thoraciques mises en évidence par ce pneumologue est uniquement susceptible de constituer

un élément pouvant être pris en considération dans le cadre d'une nouvelle décision de l'OAI (cf. consid. 2b supra).

ff) La recourante critique la durée de l'examen réalisé par le psychiatre du SMR (Dr T._____). Ainsi au terme d'un examen d'une heure et vingt minutes, elle soutient qu'il n'était pas possible pour ce psychiatre de ne pas retenir le diagnostic de dépression posé par ses médecins traitants depuis plus de six ans. Or il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010, consid. 3.2, 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2 et I 1084/2006 du 26 novembre 2007, consid. 4).

gg) Au vu de ce qui précède, l'examen pratiqué le 30 août 2006 au SMR satisfait les conditions jurisprudentielles pour se voir attribuer valeur probante. Il s'ensuit qu'à défaut de mise en évidence de pathologies invalidantes tant sur le plan somatique que psychiatrique, il est raisonnablement exigible de la recourante qu'elle exerce n'importe quelle activité professionnelle avec une capacité de travail exigible de 100 %.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire ni de procéder aux différentes mesures d'instruction telles que requises en l'espèce (production de diverses pièces, audition du mari de la recourante et réalisation d'un examen médical par un neurochirurgien). En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009

du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

4. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'occurrence, les frais judiciaires par 400 fr. sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. L'indemnité d'office de Me Pascale Botbol, conseil d'office de la recourante depuis le 20 juillet 2010, est arrêtée à 1'500 fr., TVA comprise, pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause.

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 24 janvier 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Pascale Botbol, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs) TVA comprise.
- V.** 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Pascale Botbol (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également 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).

Le greffier :