

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 octobre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Zbinden, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.U.** \_\_\_\_\_, à Echallens, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** A.U.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 10 septembre 1965, d'origine macédonienne, est mariée et mère de trois enfants, nés respectivement en 1988, 1990 et 1992. Elle a travaillé comme nettoyeuse à temps partiel pour H.\_\_\_\_\_ SA du 26 septembre 2001 au 31 janvier 2002 et pour S.\_\_\_\_\_ Sàrl du 6 février 2002 au 31 décembre 2002. Le 8 mai 2003, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé "vertiges et importants maux de tête". Dans un questionnaire signé le 4 juin 2003, l'assurée a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50% comme nettoyeuse.

**b)** Dans un rapport médical du 3 juin 2003 adressé à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, pose les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de vertiges d'origine indéterminée et malaises d'origine indéterminée, existant depuis 1997, ainsi que les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles du sommeil, gastrite et état anxieux dépressif, existant depuis 1999. L'activité de nettoyeuse exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mais l'assurée avait une capacité de travail entière dans une activité de surveillance. Ce praticien estimait que l'intéressée aurait besoin d'abord d'une psychothérapie intensive pour améliorer son état de santé.

**c)** Dans un rapport médical du 14 février 2001 adressé au Dr E.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, exposait que sur la base d'un bilan clinique neurologique rigoureusement normal, auquel on pouvait encore rajouter un récent bilan ORL qui était physiologique et la notion de deux CT scan cérébraux intacts, une origine organique pouvait être écartée; une origine psychogène semblait vraisemblable, et il était souhaitable que l'assurée pût bénéficier d'une exploration à ce niveau avec quelqu'un qui parle albanais.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> février 2001 adressé au Dr E.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie ainsi qu'en chirurgie cervico-faciale, indiquait que l'examen cochléo-vestibulaire clinique de l'assurée était dans les limites de la norme et ne saurait expliquer les vertiges dont l'assurée se plaignait.

Dans un rapport médical du 2 avril 2003 adressé au Dr E.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, exposait que les investigations réalisées - IRM cérébrale effectuée en mars 2002, examen vestibulaire clinique montrant un status normal avec une anamnèse inchangée depuis 4 ans - permettaient raisonnablement d'exclure une cause vestibulaire aux vertiges de l'assurée et que le suivi psychiatrique semblait indiqué; il posait ainsi le diagnostic de vertige chronique d'origine psychogène probable.

Dans un rapport médical du 23 mai 2003, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, expose que l'examen neurologique et l'EEG pratiqués chez l'assurée sont normaux et que les céphalées, "vertiges" et malaises qu'elle présente correspondent vraisemblablement à des troubles somatoformes dans le cadre d'un important état dépressif qu'il devient urgent de traiter.

**d)** Dans un rapport médical du 18 juillet 2005 adressé à l'OAI, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, pose les diagnostics, affectant la capacité de travail, de vertiges chroniques d'origine psychogène, existant depuis 1998, de cervico-lombalgies chroniques d'étiologie aspécifique sur dysbalance musculaire et de troubles somatoformes douloureux, existant depuis 2003, ainsi que de "problème psychiatrique majeur et complexe (confirmer le diagnostic auprès des médecins et psychologues de la Fondation Y.\_\_\_\_\_)"), existant depuis 1998. Selon la Dresse Z.\_\_\_\_\_, l'assurée avait une capacité de travail nulle dans l'activité exercée jusqu'alors en tant que nettoyeuse de locaux ainsi que dans toute activité, ce depuis qu'elle suivait la patiente, soit depuis le 25 février 2005, pour des raisons principalement psychiatriques.

**e)** Dans un avis médical du 18 mars 2005, le SMR (Dresse J. \_\_\_\_\_), considérant qu'il n'y avait pas d'affections médicales attestées d'origine organique, a préconisé de confier une expertise psychiatrique à la Dresse G. \_\_\_\_\_.

**f)** Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 février 2006, la Dresse G. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique associé (F32.10), présent depuis environ mars 2003, ainsi que le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de somatisation (F45.0), présent depuis 2002 (p. 12). Dans son rapport, l'expert résume les pièces médicales et administratives au dossier (p. 3-5), procède à une anamnèse circonstanciée (p. 6-9) et décrit les plaintes et données subjectives de l'assurée (p. 10) ainsi que le status clinique (p. 11-12). Sous "appréciation du cas et pronostic" (p. 13), l'expert expose ce qui suit:

"Mme A.U. \_\_\_\_\_, 40 ans, albanaise de Macédoine, mariée, est mère de trois enfants âgés de 13, 15 et 17 ans. Après une scolarisation de quatre ans dans son pays d'origine, Madame n'effectue aucune formation professionnelle, reste au domicile de ses parents puis de ses beaux-parents, aidant aux tâches ménagères. En 2000, Madame et ses trois enfants peuvent rejoindre Monsieur B.U. \_\_\_\_\_, déjà installé dans notre pays depuis 1988.

Fin septembre 2001, l'expertisée travaille comme nettoyeuse à raison de 2 heures par jour jusqu'à fin janvier 2002. Selon Madame, elle interrompt cette activité pour des raisons médicales (vertiges). Le 06.02.2002, elle trouve un nouvel emploi de 4 à 6 heures par jour, mettant des plaques à pain dans un tunnel de lavage. Du 18.11 au 06.12.2002, elle est [en] arrêt maladie puis reprend le travail le 09.12.2002. Pour fin décembre 2002, Madame reçoit son licenciement, en raison d'une restructuration. En 2003, Madame s'adresse au chômage et cherche un emploi à 50%. Après l'examen du médecin conseil du chômage début avril 2003, elle est jugée inapte à tout placement. Depuis, Madame n'a pas repris d'activité professionnelle et se considère dans l'incapacité d'effectuer un quelconque emploi.

Sur le plan psychopathologique, on ne relève pas d'antécédent psychiatrique particulier. En mai 2003, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie évoque un important état dépressif qu'il devient urgent de traiter. Peu après, l'expertisée est adressée à la Fondation Y. \_\_\_\_\_ à [...] pour une prise en charge. Elle consulte un psychologue, d'abord à quinzaine, puis les rendez-vous sont progressivement espacés en raison de la chronicisation de la

situation. Le médecin de la Fondation Y. \_\_\_\_\_ ne voit Madame que dans le cadre de la prescription médicamenteuse.

A ce jour, en fonction des symptômes décrits par l'expertisée, celle-ci présente des éléments compatibles avec un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique associé. Cependant et malgré les allégations de Mme A.U. \_\_\_\_\_, le dosage sérique de Paroxétine (Deroxat) est inférieur au taux attendu et traduit une probable compliance partielle. La thymie devrait s'améliorer sous prise régulière d'antidépresseur. Quant aux somatisations dont se plaint Madame, celles-ci ne sont nullement objectivables durant l'expertise.

Dans la situation de l'expertisée interviennent des facteurs étrangers, telles l'acculturation et la personnalité fruste. Toutefois, la capacité de travail dans une activité simple est de 70%. Néanmoins, le pronostic quant à la reprise d'un emploi est mauvais, essentiellement pour des raisons socioculturelles et de la représentation d' "invalide" de Mme A.U. \_\_\_\_\_."

En ce qui concerne les limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés, l'expert indique qu'il existe au plan psychique et mental des limitations quantitatives en lien avec l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique; au plan social, hormis la famille, l'expertisée dit n'avoir aucun réseau social, ceci essentiellement en raison de l'acculturation et de manière moins importante en raison de l'épisode dépressif moyen.

S'agissant de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, l'expert indique que l'anhédonie, le manque de motivation, la fatigue et la difficulté à se projeter dans l'avenir interfèrent avec l'activité exercée jusqu'alors. Dans une activité de 100%, la capacité actuelle de travail est de 70% sans diminution du rendement, l'activité d'employée sans qualification étant encore exigible à raison de 5 heures à 5½ heures par jour. Dans l'activité de ménagère, la capacité actuelle est d'au moins 80%. L'expert précise que l'on peut améliorer la capacité de travail par la prise régulière du traitement antidépresseur, aux doses prescrites, et que la thymie mieux stabilisée, la capacité de travail devrait être entière.

**g)** Dans un complément d'expertise du 14 juin 2006, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"Les somatisations présentées par Mme A.U. \_\_\_\_\_ sont à mettre en relation avec un épisode dépressif moyen.

Malgré les nombreux handicaps allégués par Mme A.U. \_\_\_\_\_ relatifs à ces somatisations, ces dernières n'ont pas été objectivées durant l'expertise.

Selon l'expertisée, elle n'aurait aucun contact en Suisse avec sa communauté d'origine. Toutefois, elle a une vie sociale avec sa famille et se rend régulièrement dans son pays d'origine auprès de ses proches.

Des bénéfiques secondaires sont présents, les somatisations permettant une mobilisation de l'entourage, des soins accrus ainsi que l'évitement d'un rôle à jouer.

On ne peut considérer un échec des traitements, l'épisode dépressif moyen étant insuffisamment traité au vu du dosage sérique effectué lors de l'expertise. Il est vraisemblable que Mme A.U. \_\_\_\_\_ présente une compliance partielle à sa médication, ce qui peut expliquer la persistance d'une thymie abaissée accompagnée de somatisations. Dans un premier temps, il convient de prendre journalièrement l'antidépresseur et contrôler les taux sériques régulièrement et, si nécessaire ajuster les doses de Paroxétine (Deroxat).

A relever que Mme A.U. \_\_\_\_\_ n'a jamais travaillé dans son pays d'origine et ne bénéficie que d'une scolarisation très limitée. Dans notre pays, elle s'est vue confrontée à un autre rythme de vie, tant social que professionnel. Dans cette situation, comme expliqué dans l'expertise, des facteurs d'acculturation sont prédominants et peuvent expliquer la situation actuelle.

Seul l'épisode dépressif moyen peut justifier d'une incapacité de travail partielle - à savoir 30% maximum - dans une activité simple. Les somatisations n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail.

Les ressources psychiques et intellectuelles de Mme A.U. \_\_\_\_\_ paraissent limitées, raison pour laquelle ses capacités d'apprentissage sont diminuées. Toutefois, dans une activité simple (ouvrière, nettoyeuse) les ressources psychiques paraissent suffisantes pour exercer ce type d'activité."

**h)** Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 septembre 2006, le responsable de l'OAI retient que l'on est loin de l'appréciation de l'expert qui mentionne une capacité de travail de 80% dans l'activité ménagère. L'enquête ménagère aboutit en effet à un empêchement de 66% dans l'activité ménagère, soit à un degré d'invalidité de 33% pour la part ménagère de 50%.

Dans un rapport d'examen SMR du 5 décembre 2006, la Dresse J.\_\_\_\_\_ retient que l'assurée présente des somatisations accompagnées d'un épisode dépressif moyen qui ne constitue pas une comorbidité psychiatrique manifeste pour être invalidante au sens de la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux, l'analyse des autres critères posés par la jurisprudence révélant également une absence de facteur de gravité à ce trouble somatoforme apparenté. Ainsi, contrairement à ce que retient l'expert G.\_\_\_\_\_, la Dresse J.\_\_\_\_\_ admet une pleine capacité dans toute activité lucrative correspondant aux compétences professionnelles de l'assurée, mais également dans l'activité de ménagère.

**B. a)** Le 24 janvier 2007, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à des prestations de l'AI, au motif que suite à l'expertise de la Dresse G.\_\_\_\_\_ et de l'avis du SMR, l'assurée ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI dès lors que malgré ses limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans toute activité.

**b)** Dans un rapport médical du 9 février 2007 à l'OAI, la Dresse O.\_\_\_\_\_ et la Dresse D.\_\_\_\_\_, de la Fondation Y.\_\_\_\_\_, ont retenu notamment les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), de somatisation (F45.0) et de stupeur dissociative (F44.2). Ce rapport retient notamment ce qui suit:

"4. Plaintes subjectives

- Vertiges, impression de brouillard, céphalées, cervicalgies, sensation de chaleur dans l'épaule droite
- Diarrhées, vomissements fréquents, souvent liés à un énervement
- Faiblesse, fatigue, reste souvent alitée
- Diminution de l'estime de soi, perte d'espoir et idées noires
- Sentiment de peur fréquent, qui l'envahit et monte en elle, jusqu'à la tête

- Attaques de panique, avec sensations de frissons des pieds à la tête, puis de brûlures à la tête, peur de mourir et parfois évanouissement, à une fréquence d'une à deux par semaine : crainte de faire une nouvelle crise à l'extérieur du domicile, de s'évanouir sans pouvoir être secourue, de mal tomber et se blesser, donc ne sort jamais seule et voit personne d'autre que sa famille : elle doit toujours être accompagnée par ses proches pour se rendre à ses rendez-vous médicaux.

- Moments de stupeur, décrits par le mari : elle ne répond plus aux sollicitations, a une perte de tonus musculaire, se laisse tomber, et semble inconsciente, ce qui motive l'époux à appeler le médecin de garde à domicile assez souvent, plusieurs fois par mois parfois.

- Sommeil très perturbé, avec cauchemars fréquents (par exemple d'un serpent qui monte sur son visage), pendant lesquels elle parle à quelqu'un qui lui fait peur, disant « va-t-en, éloigne-toi » (d'après son mari, mais ne s'en souvient pas) et agitations; elle a très peur de dormir seule dans une pièce.

#### 5. Constatations objectives

Agée de 41 ans, la patiente fait son âge. Elle présente un excès pondéral. L'hygiène et la tenue sont correctes. Elle est calme, très passive, s'exprime peu, et a parfois des moments où elle semble absente et ferme les yeux, comme si elle n'était pas concernée par l'entretien. Elle s'exprime en albanais et nous la voyons avec une interprète. La pensée est rétrécie, focalisée sur ses crises d'angoisse. La mimique est peu expressive et dépressive. Elle ne connaît pas la date du jour, n'a pas la mémoire des dates, mais sait où elle est et est orientée sur sa personne. La thymie est anxio-dépressive, avec une anhédonie, une aboulie, un sentiment de tristesse et de perte d'espoir. Il n'y a aucun signe en faveur d'une décompensation psychotique floride.

(...)

Le pronostic est réservé. Le projet thérapeutique devrait viser à retrouver dans un 1<sup>er</sup> temps ses compétences familiales et ménagères, avant de pouvoir envisager une reprise professionnelle. En effet, si l'état dépressif a probablement affecté à la fois son fonctionnement familial et professionnel, la reprise d'un emploi est également compromise par une sévère agoraphobie, ainsi que les moments de stupeur. Quelle que soit la nature de l'activité, il paraît peu probable que Mme A.U. \_\_\_\_\_ puisse s'y rendre (et faire face aux exigences) alors qu'elle n'arrive pour l'instant même pas à aller seule à ses rendez-vous médicaux, et annule lorsque son mari n'est pas disponible pour l'amener."

**c)** Dans un avis médical SMR du 10 avril 2007, la Dresse J. \_\_\_\_\_ expose que le rapport de la Fondation Y. \_\_\_\_\_ retient un état de santé stationnaire, sans aggravation manifeste de l'état de santé, et que les observations des médecins de la Fondation Y. \_\_\_\_\_, dont on ne

connaît pas les spécialités, recouper celles faites par l'expert, la Dresse G.\_\_\_\_\_.

**d)** Par courrier du 3 mai 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait son projet de décision. En effet, les diagnostics posés dans le rapport médical de la Fondation Y.\_\_\_\_\_ du 9 février 2007 étaient les mêmes que ceux retenus par la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 9 février 2006. Par ailleurs, les différents médecins consultés dans le cadre de la demande de prestations n'avaient pas mis en évidence d'atteinte à la santé somatique ni psychiatrique invalidante.

Le 4 mai 2007, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations confirmant son projet de décision du 24 janvier 2007 et se référant à son courrier explicatif du 3 mai 2007.

**C.** **a)** L'assurée recourt contre cette décision par acte du 4 juin 2007. Elle soutient que c'est à tort que le SMR a retenu que les observations de la Dresse O.\_\_\_\_\_ recoupaient celles de la Dresse G.\_\_\_\_\_; en effet, la Dresse O.\_\_\_\_\_ a aussi retenu deux diagnostics supplémentaires, à savoir l'agoraphobie avec trouble panique et la stupeur dissociative. Selon la recourante, les conditions posées par la jurisprudence pour la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux seraient réalisées en l'espèce et une incapacité de travail de 100% devrait être reconnue. A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert l'audition des Dresses O.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale psychiatrique. Elle conclut à une rente entière d'invalidité et à des rentes pour ses trois enfants depuis le 28 mars 2004, avec intérêt à 5% l'an dès le 28 mars 2006.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 1'000 fr. qui lui a été demandée.

**b)** Dans sa réponse du 28 août 2007, l'OAI estime que l'instruction au niveau médical est exhaustive, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en place d'autres mesures. D'un point de vue somatique, les

divers examens pratiqués n'ont pas pu mettre en évidence d'atteinte de nature à nuire à la capacité de travail de l'assurée. S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'expertise de la Dresse G.\_\_\_\_\_ est complète et probante. Les critères posés par la jurisprudence pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ont été examinés et ne permettent pas de conclure à une quelconque incapacité de travail. L'OAI propose dès lors le rejet du recours.

**c)** Par réplique du 29 avril 2008, la recourante produit un rapport d'expertise privée du 28 avril 2008 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui retient les diagnostics de trouble dissociatif mixte (F44.7) et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10). De ce rapport, il résulte en particulier ce qui suit:

#### "5. Diagnostic

L'expertisée souffre d'après les critères diagnostics de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème révision, 1992) :

Trouble dissociatif mixte (F44.7)

Episode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10)

#### 6. Discussion

L'expertisée présente une symptomatologie difficile à cerner tellement les plaintes sont générales et mal systématisées. A aucun moment, lors des deux entretiens que j'ai eus avec elle, je n'ai eu l'impression de parvenir à établir une relation avec l'expertisée. Il y a un constant émoussement affectif, une régression massive qui provoque une contre-attitude d'impuissance et de rejet.

Il est donc difficile de poser un diagnostic de manière sûre car jamais les critères des différentes classifications ne peuvent être clairement remplis. Les plaintes sont présentes mais les éléments objectifs ou la perception clinique des symptômes restent douteux.

Il est patent, pour tous les médecins qui ont examiné cette expertisée, qu'elle est démonstrative. Les troubles qu'elle présente n'ont quasiment aucun substrat organique. Il s'agit donc d'une pathologie psychiatrique.

Cette pathologie psychiatrique se présente par des plaintes organiques : maux de tête, perte de connaissance, crises et vertiges. Elle se présente également par des plaintes d'ordre thymique avec insomnie, troubles de l'appétit, régression, retrait social et anhédonie.

J'estime que cette patiente ne simule pas les troubles dont elle se plaint. Il serait étonnant que cette patiente simule alors qu'elle est très régulièrement suivie par nombre de confrères depuis des années et que le mari corrobore par ses dires que son épouse présente des crises et qu'il doit assumer bonne partie des tâches ménagères.

Le trouble factice doit également être écarté car les manifestations symptomatologiques ne sont pas provoquées volontairement par l'expertisée. Elle n'a jamais présenté de "crise" au cours des entretiens que j'ai eus avec elle. Et elle n'a pas non plus présenté de "crise" lors de l'entretien pour l'expertise de Mme le Dr G. \_\_\_\_\_.

La symptomatologie de "crise" que présente cette patiente est un trouble dissociatif. La théorie affirme que de tels troubles sont l'expression d'un conflit psychique inconscient. Mon expérience clinique m'a appris qu'il est toujours très difficile de mettre à jour ce conflit psychique et je m'abstiendrai d'émettre des hypothèses. Néanmoins ce trouble dissociatif ne montre pas la "belle indifférence" que l'on décrit habituellement. Ce trouble dissociatif conduit comme c'est fréquemment le cas à une dépendance et à une régression massives. J'estime que les vertiges doivent être également inclus dans ce diagnostic. Est également inclus dans ce diagnostic l'amplification des plaintes car la démonstrativité fait partie de ce trouble.

D'autre part, cette expertisée présente une perte nette de l'élan vital et une symptomatologie compatible avec un trouble dépressif. Je retiens donc également le diagnostic d'épisode dépressif.

Je ne retiens pas un diagnostic de somatisation. En effet, cette expertisée se plaint d'être malade mais elle ne consulte pas les médecins avec la conviction d'être atteinte d'une maladie incurable que les médecins ne savent pas diagnostiquer. Elle craint certes pour son avenir mais elle peut accepter que ses troubles aient une origine psychique.

Je ne retiens pas non plus de diagnostic de trouble anxieux tel qu'attaque de panique ou agoraphobie. A ma connaissance, l'expertisée n'a jamais présenté d'attaque de panique mais des crises avec perte de connaissance. Elle ne présente pas non plus d'agoraphobie même si elle dit ne pas supporter les gens qui l'entourent. Cette symptomatologie n'est pas phobique à proprement parler mais entre dans le cadre du trouble dépressif.

Le problème du traitement est particulier. En effet, j'estime que le trouble dépressif n'est pas la cause première du mal être de l'expertisée. Cette expertisée présente une atteinte chronique à sa santé psychique. Cet état est peu évolutif, au moins depuis les trois dernières années. Je doute beaucoup qu'un changement de la médication ou qu'une prise contrôlée de cette médication ne puissent modifier de manière notable le tableau clinique actuel. Le risque d'une évolution vers un état de plus en plus régressif est à mon avis majeur pour cette expertisée quelles que soient les mesures thérapeutiques prises.

## 7. Capacité de travail

L'évaluation de la capacité de travail est extrêmement difficile dans une telle situation. D'un point de vue épidémiologique, il est presque certain que cette expertisée ne reprendra jamais d'activité professionnelle. Elle se considère comme invalide et incapable de travailler et a adopté un comportement totalement régressé où elle ne fait quasiment plus rien attendant tout de son entourage.

Il n'est évidemment pas possible de lui reconnaître une pleine capacité de travail d'un strict point de vue médical. Mais il n'est pas possible non plus de lui reconnaître une pleine incapacité de travail. Cette expertisée a, malgré son atteinte à la santé, une capacité de travail résiduelle.

L'évaluation chiffrée d'une telle capacité de travail est particulièrement délicate car cette capacité de travail résiduelle ne pourra, très vraisemblablement, jamais être actualisée, en raison du comportement de l'expertisée. J'estime néanmoins que cette expertisée devrait être à même de reprendre une activité professionnelle à 30% et qu'elle devrait être à même de réaliser une bonne partie des tâches ménagères qui lui sont traditionnellement dévolues.

Cette évaluation se base sur le fait que l'expertisée a pu travailler pendant quelques années malgré l'atteinte à la santé dont elle souffrait. Cette atteinte s'est aggravée au cours du temps et j'estime que cette évaluation est valable dès le mois de mars 2003, moment où est apparu de manière manifeste le trouble dépressif."

Dans sa réplique du 29 avril 2008, la recourante relève que le Dr Q.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de 70% dans l'activité professionnelle - en estimant par ailleurs que la recourante serait à même de réaliser une bonne partie des tâches ménagères qui lui sont traditionnellement dévolues - sur la base du seul diagnostic psychiatrique, de sorte que la seule affection psychiatrique justifierait en elle-même la reconnaissance d'une invalidité; pour le surplus, les affections psychiatriques retenues par le Dr Q.\_\_\_\_\_ devraient être mises en lien avec les troubles somatoformes douloureux constatés par les autres médecins et il faudrait reconnaître le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux constatés.

**d)** Dans sa duplique du 5 juin 2008, l'OAI se rallie entièrement à l'avis médical SMR du Dr S.\_\_\_\_\_ du 21 mai 2008 qu'il produit en annexe, dont il ressort que le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ est lacunaire, manque totalement d'éléments médicaux objectifs et ne fournit aucune

explication, ni aux diagnostics posés ni à la capacité de travail retenue, et qu'il n'apporte aucun élément nouveau par rapport à l'expertise de la Dresse G.\_\_\_\_\_ mais fait simplement état d'une appréciation différente, extrêmement floue et non motivée, d'une situation identique.

**e)** Le 15 décembre 2008, la recourante indique qu'il lui apparaît indispensable d'interpeller par questionnaire médical les Dresses O.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. Elle réclame un délai pour faire parvenir au juge les questionnaires médicaux à adresser à ces médecins.

Le 16 avril 2009, la recourante fait parvenir les questionnaires médicaux à adresser aux Dresses Z.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_.

Le 15 mai 2009, l'OAI indique qu'il n'a pas de remarques particulières à formuler au sujet des questionnaires proposés par la recourante, mais qu'il souhaite connaître la spécialisation de la Dresse O.\_\_\_\_\_.

**f)** Le 9 juin 2009, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a répondu comme suit aux questions posées:

"[1. Depuis quand êtes-vous le médecin traitant de Madame A.U.\_\_\_\_\_?]

1. Je suis le médecin traitant de Mme A.U.\_\_\_\_\_ depuis le 25.02.2005, d'abord dans le cadre de ma consultation à la policlinique médicale universitaire et depuis le 01.09.2005 jusqu'à ce jour à mon cabinet privé à [...]. Je l'a voit (sic) régulièrement toutes les 4 à 6 semaines en consultation en présence de son mari, pour assurer la traduction.

[2. Confirmez-vous les diagnostics posés dans votre rapport médical du 18 juillet 2005 à l'OAI?]

2. Je confirme les diagnostics du 18.07.2005 qui sont inchangés, il n'y a pas de nouveaux diagnostics dès lors.

[3. Confirmez-vous l'incapacité totale de travail subie par Madame A.U.\_\_\_\_\_? Si oui, depuis quelle date?]

3. Je confirme l'incapacité totale de travail, comme déjà écrit dans le rapport AI du 18.07.2005 à savoir en tout cas incapacité de travail complète depuis le 25.02.2005, voire probablement depuis le 28.03.2003.

[4. Confirmez-vous que l'état de santé de Madame A.U. \_\_\_\_\_ s'est aggravé depuis votre rapport à l'OAI de juillet 2005?]

4. Effectivement l'état de santé s'est aggravé en juin 2007 (cf. lettre adressée à Maître Monnard Séchaud du 13.06.2007). Actuellement il est stable avec cependant des décompensations (avec accentuations des manifestations anxieuse [sic], phobiques et des somatisations) en relation avec des éléments extérieurs (décès dans la famille proche).

[5. Pouvez-vous préciser si la diminution de la capacité de travail est liée à des limitations fonctionnelles ou à des seules affections psychiatriques?]

5. A mon avis la diminution de la capacité de travail est liée principalement à des limitations psychiatriques et non fonctionnelles avec apathie, anhédonie, fatigue et fatigabilité, anxiété généralisée avec attaques de panique, et surtout agoraphobie.

[6. L'incapacité de travail de Madame A.U. \_\_\_\_\_ est-elle identique s'agissant de sa capacité de travail ou dans son activité de ménagère?]

6. L'incapacité de travail semble supérieure à l'incapacité ménagère, le domicile étant vécu comme sécurisant. Sur la base d'éléments anamnétiques, c'est la famille qui semble faire le gros du ménage, des achats, de la lessive et du repassage, et ce en raison des autres symptômes plutôt dépressifs (apathie, anhédonie, fatigue et fatigabilité, accentuation des douleurs). Madame A.U. \_\_\_\_\_ apporterait son aide quand elle est assez bien.

[7. Votre patiente présente-t-elle des perturbations de son environnement psycho social?]

7. Actuellement la famille est cohérente grâce à la présence d'un mari qui maintient cette cohérence. Il faut savoir que toute la famille est mobilisée, dont les 3 enfants qui sont à certains moments très perturbés voire paniqués par l'état de santé de leur mère notamment lorsqu'elle fait des «crises». On a l'impression que toute la famille est organisée autour de la maladie de la patiente.

[8. Votre patiente présente-t-elle un état psychique cristallisé?]

8. Effectivement je pense que l'état psychique de Madame A.U. \_\_\_\_\_ est cristallisé.

[9. Y-a-t-il échec des traitements prodigués jusqu'à ce jour?]

9. Actuellement on peut parler de traitement maximal avec un suivi somatique à ma consultation 1x/mois, un suivi psychiatrique chez la Fondation Y. \_\_\_\_\_ 1x/mois, un traitement anti-dépresseur, un traitement anxiolytique. Ce traitement n'est pas curatif mais permet probablement une certaine stabilisation avec maintien à domicile et diminution de consultations en urgence ou auprès de divers spécialistes."

**g)** Le 10 juin 2009, la Dresse O. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait obtenu son diplôme de médecin en 2001 et qu'elle était en train de se spécialiser en psychiatrie et psychothérapie, en vue de l'obtention probable du titre de spécialiste FMH en 2011. Elle a répondu comme suit aux questions posées:

"1. Pouvez-vous indiquer depuis quand vous assurez le suivi psychiatrique de Mme A.U. \_\_\_\_\_ ?

Depuis le 15.09.2006.

2. Confirmez-vous les diagnostics posés dans votre rapport médical du 09.02.07 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité?

Oui.

3. Depuis votre rapport du 09.02.07, l'état de santé de votre patiente est-il resté stable ou s'est-il amélioré ou aggravé?

Son état de santé a été fluctuant, avec une légère amélioration où Mme A.U. \_\_\_\_\_ a pu prendre le bus seule pour se rendre à des rendez-vous à l'Hôpital P. \_\_\_\_\_, et des péjorations, probablement en lien avec des facteurs de crise externes, comme le décès de son père le 23.12.07, et celui de sa cousine du même âge en février 2009, laquelle aurait présenté des symptômes similaires aux siens (céphalées, anémie, douleurs thoraciques).

4. Mme A.U. \_\_\_\_\_ subit-elle une incapacité de travail? Si oui, depuis quand et à quel taux?

Oui, Mme A.U. \_\_\_\_\_ est en incapacité de travail depuis le début du suivi, soit depuis le 15.09.06, à 100%. L'agoraphobie est un trouble très invalidant, caractérisé par une peur des foules, des endroits publics, des magasins et de ne pas pouvoir se réfugier facilement en un lieu sûr (habituellement le domicile), la crainte de quitter le domicile, de voyager seul en train, en bus ou en avion. C'est le plus invalidant des troubles phobiques, au point que certains sujets restent confinés à leur domicile. Mis (sic) à part les légères améliorations mentionnées plus haut, Mme A.U. \_\_\_\_\_ ne sort pratiquement qu'accompagnée, mais présente souvent des attaques de panique durant ou juste après ces sorties.

5. L'incapacité de travail subie par Mme A.U. \_\_\_\_\_ est-elle identique s'agissant de sa capacité de travail professionnelle et s'agissant de son activité de ménagère?

L'incapacité de travail est légèrement moindre à domicile, compte tenu des remarques sur l'agoraphobie ci-dessus. Mais la patiente sent une fatigue, une somnolence, des vertiges, une irritabilité, une transpiration au moindre effort, des céphalées, pouvant aussi être des effets indésirables des anxiolytiques.

6. Votre patiente présente-t-elle des perturbations de son environnement psycho-social?

Non, pas à ma connaissance. Il est probable qu'elle ne dispose pas de suffisamment de capacités d'adaptation pour faire face à la situation de la migration, qui représente un exode rural pour elle, avec notamment son faible niveau de scolarisation (4 ans) en raison de la situation matérielle très précaire de sa famille nombreuse en Macédoine, et son absence de formation professionnelle.

7. Mme A.U. \_\_\_\_\_ présente-t-elle un état psychique cristallisé?

Je crois que Mme A.U. \_\_\_\_\_ présente effectivement une pathologie chronique, et qu'elle dispose malheureusement de peu de ressources personnelles pour en guérir.

8. Doit-on considérer qu'il y a échec des traitements entrepris jusqu'à ce jour sur la personne de Mme A.U. \_\_\_\_\_?

Oui, je pense effectivement qu'il y a échec partiel des traitements entrepris jusqu'à ce jour. Rappelons que Mme A.U. \_\_\_\_\_ a épuisé un grand nombre de médecins consultés, sans grand changement de son état.

Pour ma part, j'ai tenté de limiter l'impact des conséquences de ses troubles sur ses enfants et son époux, en convoquant parfois les enfants et voyant l'époux à chaque rendez-vous, puisqu'il l'accompagne. Je leur ai expliqué la nature des troubles, psychogène, qu'il n'était pas nécessaire d'appeler le médecin de garde de la ville à chaque crise comme ils le faisaient auparavant, croyant qu'elle allait mourir.

Nous pouvons donc parler non pas d'une vraie rémission de symptômes, mais d'une certaine stabilisation de son état de santé.

9. Avez-vous d'autres commentaires à formuler?

Le cas de Mme A.U. \_\_\_\_\_ est très complexe, et l'évaluation était difficile à faire pendant de nombreux mois au début du suivi. Il m'a fallu beaucoup de temps pour établir les diagnostics. En effet, vu la barrière de la langue, malgré l'interprète, ne pas entendre exactement dans quels termes s'exprime la patiente est un obstacle pour être sûr des diagnostics. Et la patiente, qui a un faible niveau d'instruction, s'exprime très peu, pas spontanément, et a une présentation plutôt atypique de ses symptômes. De plus, je me pose la question de son quotient intellectuel, difficile à tester dans une autre langue, car la patiente ne comprend pas le 2e degré, et il faut souvent lui reformuler les choses jusqu'à ce qu'elle parvienne à les comprendre, même simples, contrairement à son mari."

**h)** Se déterminant le 17 juillet 2009 sur les rapports de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2009 et de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 10 juin 2009, la recourante estime que ces deux rapports médicaux établissent la présence de facteurs déterminants pour retenir le caractère invalidant des

troubles somatoformes douloureux dont elle souffre. Soutenant que ces deux rapports médicaux, en complément à l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 28 avril 2008, confortent son incapacité totale de travail et dès lors son droit à une rente entière d'invalidité, la recourante persiste dans les conclusions de son recours.

**i)** Se déterminant le 3 août 2009 sur les rapports de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2009 et de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 10 juin 2009, l'OAI indique qu'il a soumis ces rapports à l'appréciation du SMR et qu'il se rallie à l'avis médical établi par ce dernier le 23 juillet 2009. L'OAI considère ainsi que l'avis de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ n'apporte strictement rien de nouveau. Cette praticienne, spécialiste en médecine interne, confirme en effet les conclusions de son rapport du 18 juillet 2005, à savoir que l'incapacité de travail est totale, essentiellement pour des raisons psychiatriques, ce qui n'est pas de son ressort. Or du point de vue somatique, tous les examens effectués se sont révélés normaux selon un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 14 février 2001 qui n'est contredit par aucune pièce au dossier. S'agissant du rapport de la Dresse O. \_\_\_\_\_, l'OAI relève que selon cette praticienne, l'incapacité de travail est principalement due à l'agoraphobie, existant selon elle depuis 1998, soit bien avant le début de sa prise en charge. Or ce trouble n'est ni constaté par la Dresse G. \_\_\_\_\_, ni par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (lequel a rattaché les «crises» dont se plaint l'assurée au diagnostic de «trouble dissociatif mixte», F44.7). En outre, à la lecture de leurs expertises, ainsi que du rapport de la Dresse O. \_\_\_\_\_, on peut constater que manifestement les critères de la CIM-10 s'agissant du diagnostic d'agoraphobie (F40.0) ne sont pas remplis. Le SMR observe par ailleurs dans son avis du 23 juillet 2009 que la Dresse O. \_\_\_\_\_ est en cours de formation de psychiatrie et psychothérapie et n'est pas encore détentrice du titre de spécialiste dans ce domaine, et qu'il y a lieu de tenir compte de cet élément dans l'appréciation de la valeur probante des différents rapports médicaux, ce d'autant que celui de la Dresse O. \_\_\_\_\_ est en contradiction avec celui de la Dresse G. \_\_\_\_\_, tant en ce qui concerne les diagnostics qu'en ce qui concerne l'appréciation des critères de Meyer-Blaser et celle de la capacité de travail.

## **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

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

**2.**           Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision

de cette loi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (cf. ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En revanche, les dispositions de droit matériel de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision de l'AI) ne sont pas applicables au présent litige *ratione temporis*, la décision litigieuse ayant été rendue avant son entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**3. 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 entraînant une incapacité de gain totale ou partielle – respectivement, pour la part ménagère, un empêchement d'accomplir ses travaux habituels – permanente ou de longue durée.

**4. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de

celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 al. 2<sup>ter</sup> LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146; 130 V 393 consid. 3.3).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**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; Pratique 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. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent

être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 pp. 71-72; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Dans un arrêt du 25 octobre 2005, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que le diagnostic de somatisation (F45.0) devait être assimilé à un trouble somatoforme douloureux et son éventuel caractère invalidant être analysé au regard des critères posés à cet égard par la jurisprudence (TFA I 437/05 du 25 octobre 2005, consid. 3.3.1 et 3.3.2).

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

Cela étant, 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; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 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; arrêt I 514/06 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 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

**5. a)** En l'espèce, l'ensemble des avis médicaux des médecins somaticiens figurant au dossier concordent pour dire que l'on peut écarter

une origine organique aux symptômes physiques dont se plaint la recourante (vertiges, maux de tête, crises, perte de connaissance). Les rapports médicaux du 1<sup>er</sup> février 2001 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie ainsi qu'en chirurgie cervico-faciale, du 14 février 2001 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 2 avril 2003 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, du 23 mai 2003 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et du 3 juin 2003 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, permettent ainsi de conclure que les symptômes physiques en question sont d'origine psychogène (cf. lettre A.c supra). Tel est également l'avis de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne (rapport médical du 18 juillet 2005, cf. lettre A.d supra; réponses aux questions du 9 juin 2009, cf. lettre C.f supra). Les médecins psychiatres qui ont examiné la recourante ont d'ailleurs posé à cet égard le diagnostic de somatisation (F45.0), dont les principales caractéristiques selon la CIM-10 sont des symptômes physiques, récurrents et variables dans le temps, persistant pendant au moins deux ans en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. Ce diagnostic a été posé par la Dresse G.\_\_\_\_\_, (rapport d'expertise du 9 février 2006, cf. lettre A.f supra), par la Dresse O.\_\_\_\_\_, (rapport médical du 9 février 2007, cf. lettre B.b supra; réponses aux questions du 10 juin 2009, cf. lettre C.g supra), le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise privée du 28 avril 2008 (cf. lettre C.c supra), retenant quant à lui que la symptomatologie de "crise" que présente la recourante est un trouble dissociatif mixte (F.44.7), soit également un trouble psychogène.

Il s'ensuit que 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 somatisation (F45.0) posé par la Dresse G.\_\_\_\_\_, et par la Dresse O.\_\_\_\_\_, - le Dr Q.\_\_\_\_\_, expliquant qu'il ne retient pas ce diagnostic car la recourante "ne consulte pas les médecins avec la conviction d'être atteinte d'une maladie incurable que les médecins ne savent pas diagnostiquer (...) mais elle peut accepter que ses troubles

aient une origine psychique" (cf. lettre C.c supra), ce qui constitue une divergence d'appréciation ne remettant pas en cause les conclusions, concordantes sur ce point, de la Dresse G.\_\_\_\_\_ et de la Dresse O.\_\_\_\_\_, 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. 4c in fine supra).

**b)** La Dresse G.\_\_\_\_\_, la Dresse O.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_ retiennent tous trois le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), qui est dûment documenté et peut donc être retenu en présence de constatations concordantes.

La Dresse O.\_\_\_\_\_, qui est en cours de spécialisation et n'a donc pas de titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de sorte que ses conclusions apparaissent d'emblée revêtues d'une valeur probante réduite par rapport à celles de spécialistes FMH - d'autant plus lorsque, comme c'est le cas en l'espèce de la Dresse G.\_\_\_\_\_, ils ont été mis en œuvre par l'administration en qualité d'experts indépendants -, a retenu également le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique (F.40.01), existant selon elle depuis 1998. Toutefois, ni la Dresse G.\_\_\_\_\_, mandatée en qualité d'expert par l'OAI, ni le Dr Q.\_\_\_\_\_, mandaté en qualité d'expert privé par la recourante, n'ont retenu un tel diagnostic ni même évoqué des critères diagnostiques qui permettraient de le retenir. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a même expressément exclu le diagnostic d'agoraphobie, en exposant que l'assurée "ne présente pas non plus d'agoraphobie même si elle dit ne pas supporter les gens qui l'entourent" et en précisant que "cette symptomatologie n'est pas phobique à proprement parler mais entre dans le cadre du trouble dépressif" (cf. lettre C.c supra). En outre, à la lecture du rapport médical de la Dresse O.\_\_\_\_\_ du 9 février 2007 (cf. lettre B.b supra), il n'apparaît pas que les critères diagnostiques de la CIM-10 permettant de poser le diagnostic d'agoraphobie (F40.0) soient remplis, comme le relève le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 23 juillet 2009, dès lors notamment que la recourante présente fréquemment des crises à domicile (cf. lettre C.i supra). Enfin, ce

diagnostic, qui justifierait selon la Dresse O. \_\_\_\_\_ une incapacité de travail de 100%, existerait depuis 1998 et serait donc antérieur aux périodes pendant lesquelles la recourante a été capable de travailler à l'extérieur en plus de l'accomplissement de ses travaux habituels (cf. lettre A.a supra).

Quant au diagnostic de stupeur dissociative (F.44.2), il n'est également posé que par la Dresse O. \_\_\_\_\_, et ce sur la seule base de moments de stupeur décrits par le mari, qui n'ont jamais pu faire l'objet de constatations objectives. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ retient quant à lui un autre trouble dissociatif (F44), à savoir celui de trouble dissociatif mixte (F44.7), qui combine les troubles précisés à la CIM-10 aux chiffres F44.0 à F44.6. Toutefois ce diagnostic est peu motivé et ne saurait être retenu au regard des constatations de l'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_, qui est nettement plus complète et précise et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En définitive, la Cour de céans est d'avis que seul peut être retenu, au titre de comorbidité psychiatrique significative avec laquelle les somatisations peuvent être mises en relation (cf. sur ce point le complément d'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2006, lettre A.g supra), un état dépressif moyen (F32.10). Or un tel trouble ne présente pas, à la différence d'un état dépressif sévère, une gravité et une acuité suffisante pour être considéré comme invalidant (cf. consid. 4c supra; cf. aussi ATF 130 V 352 consid. 3.3.1).

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

S'agissant de l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), il résulte de l'ensemble des avis médicaux au dossier que l'état dépressif moyen et les somatisations existent depuis 2003 au moins et forment une symptomatologie inchangée.

S'agissant de la présence d'affections corporelles chroniques, les symptômes physiques d'origine psychogène (vertiges, maux de tête, crises, perte de connaissance) sont présents sans interruption depuis 1998, selon le rapport médical de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 18 juillet 2005, et même depuis 1997 selon le rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2003; ils ont fait l'objet, dès 2001 en tout cas, de nombreuses investigations qui ont permis d'exclure une origine organique. Si l'on doit ainsi reconnaître le caractère chronique de ces symptômes physiques, il ressort du complément d'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2006 que ces somatisations n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, ce qui est corroboré par les réponses de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2009 (réponse 5) et au demeurant confirmé par le fait que la recourante a été capable de travailler du mois de septembre 2001 au mois de décembre 2002 (cf. lettre A.a supra).

On ne peut en l'espèce parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. La recourante est suivie actuellement par la Dresse Z. \_\_\_\_\_, qui la voit toutes les 4 à 6 semaines depuis le 25 février 2005 et, sur le plan psychiatrique, par la Dresse O. \_\_\_\_\_ qui la voit tous les mois depuis le 15 septembre 2006. La recourante suit un traitement antidépresseur et un traitement anxiolytique. Toutefois, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport d'expertise du 9 février 2006 et dans son complément d'expertise du 14 juin 2006 (cf. lettres A.f et A.g supra) qu'il était vraisemblable que la recourante présentait une compliance partielle à sa médication, ce qui pouvait expliquer la persistance d'une thymie abaissée accompagnée de somatisations; l'expert précisait que l'on pouvait améliorer la capacité de travail par la prise régulière du traitement antidépresseur, aux doses prescrites, et que la thymie mieux stabilisée, la capacité de travail devrait être entière. Dans la mesure où il ne ressort pas du dossier que la compliance aurait été contrôlée par la suite et donc que le traitement indiqué a bien été suivi, on ne saurait parler d'échec des traitements conformes aux règles de l'art. La Dresse O. \_\_\_\_\_, dans ses réponses du

10 juin 2009, considère d'ailleurs seulement qu'il y a échec partiel des traitements entrepris jusqu'à ce jour.

Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne peut pas être constatée. En effet, la Dresse G.\_\_\_\_\_ relève que la recourante a une vie sociale avec sa famille et se rend régulièrement dans son pays d'origine auprès de ses proches, tandis que la Dresse Z.\_\_\_\_\_, dans ses réponses du 9 juin 2009, confirme qu'actuellement la famille est cohérente grâce à la présence d'un mari qui maintient cette cohérence. De même, la Dresse O.\_\_\_\_\_, dans ses réponses du 10 juin 2009, indique qu'à sa connaissance, il n'y a pas de perturbations de l'environnement psycho-social, en précisant que la recourante ne dispose probablement pas de suffisamment de capacités d'adaptation pour faire face à la situation de la migration, ce qui corrobore d'ailleurs les conclusions de la Dresse G.\_\_\_\_\_ qui expose dans son rapport d'expertise et dans son complément d'expertise que des facteurs d'acculturation et une personnalité fruste expliquent en partie la situation actuelle.

Quant à l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), la Dresse Z.\_\_\_\_\_ pense que l'état psychique est cristallisé, mais elle n'est pas psychiatre. La Dresse O.\_\_\_\_\_ répond par l'affirmative à la question de savoir si la recourante présente un état psychique cristallisé, pour le motif que celle-ci présente une pathologie chronique et qu'elle dispose de peu de ressources personnelles pour en guérir, ce qui ne constitue pas une motivation pertinente. Quant à la Dresse G.\_\_\_\_\_, qui a été mandatée comme experte indépendante par l'OAI et est détentrice - contrairement à la Dresse O.\_\_\_\_\_ - du titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, elle a écarté dans son complément d'expertise du 14 juin 2006 l'existence d'un état psychique cristallisé, relevant que des bénéfices secondaires étaient présents, les somatisations permettant une mobilisation de l'entourage, des soins accrus ainsi que l'évitement d'un rôle à jouer.

**d)** 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'AI.

**6. 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 1'000 fr. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 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  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour A.U. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :