

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 septembre 2009

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     M.     Abrecht et M. Berthoud, assesseur  
Greffier     :     Mme     Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Flattet,  
avocat, à Lausanne

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1er, 16 LPGA; 4, 8 al. 1er et 28 al. 1er LAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_, née en 1954, originaire de Serbie, est arrivée en Suisse en 1979. Mariée et mère de deux enfants majeurs, elle est au bénéfice d'un permis C. Elle a travaillé en qualité de serveuse pour le café-restaurant Y.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 1998 au 1er septembre 2001. L'assurée a été en incapacité totale de travail en raison de son état de santé dès le mois de septembre 2001; elle a perçu des indemnités journalières de l'assureur perte de gain de son employeur dès le 10 septembre 2001. Elle est actuellement au bénéfice de l'aide sociale.

Dans le rapport d'expertise qu'il a adressé au médecin conseil de l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée le 28 février 2002, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, spécialiste des maladies rhumatismales retient comme diagnostics : rachialgies chroniques dans le cadre d'un épisode dépressif moyen à majeur, avec syndrome somatique (F32.11, CIM 10) et obésité (BMI 35). Il relève que ni les cervicalgies ni les lombalgies ne sont la cause d'une incapacité de travail de longue durée et qu'au vu des constatations cliniques et radiologiques actuelles, la capacité de travail de l'assurée comme serveuse dans un restaurant est entière, mais que l'incapacité totale de travail retenue par son médecin traitant est justifiée pour des raisons psychologiques. A cet égard, il indique que, même si l'assurée a un excellent contact avec son médecin traitant, un traitement psychiatrique spécialisé lui semble indispensable et plus ou moins urgent.

Le rapport médical après consilium établi le 10 mai 2002 par les Drs B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du Département F.\_\_\_\_\_ à l'attention de la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, retient comme diagnostics un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Par requête du 20 septembre 2002, l'assurée a requis l'octroi d'une rente AI.

Le questionnaire pour l'employeur indique qu'en 2000, l'assurée a réalisé un gain annuel brut de 39'000 fr. et que, sans atteinte à sa santé, elle recevrait, en 2002, un salaire mensuel brut de 3'300 à 3'500 francs.

Dans un rapport médical du 16 septembre 2003, la Dresse C.\_\_\_\_\_ indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée depuis 1998 :

- Polyarthralgies, troubles statiques, discarthrose C5-C6, pincement articulaire L4-L5, séquelles de la maladie de Scheurmann;
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique, syndrome douloureux somatoforme persistant;

La praticienne confirme que l'assurée est en incapacité totale de travail depuis septembre 2000 (recte : 2001). Elle décrit sa patiente comme une femme d'aspect déprimé, se plaignant de multiples douleurs au niveau des épaules, des genoux, de la colonne ainsi que des problèmes d'ordre digestif, de sommeil, de pleurs et de tremblements des membres supérieurs. Elle précise qu'elle est au bénéfice d'un traitement plurimédicamenteux (anxiodépresseur, antihypertenseur, antiinflammatoire et analgésique, substitution thyroïdienne) avec des résultats peu évidents. Dans l'annexe au rapport médical, la Dresse C.\_\_\_\_\_ indique que l'activité exercée précédemment par l'assurée n'est plus exigible, la diminution de rendement étant de 100 %, que des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou un aménagement de son poste de travail ne sont pas susceptibles d'améliorer sa capacité de travail et que l'on ne peut pas non plus exiger de l'assurée une autre activité.

Dans l'avis médical qu'il a établi le 22 septembre 2004, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) relève que les rapports médicaux sont trop anciens pour être utilisés et que les diagnostics psychiatriques n'incluent pas une appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Il préconise dès lors un examen clinique, rhumatologique et psychiatrique, à effectuer par le SMR. Cet examen a eu lieu le 16 décembre 2004.

Le rapport d'examen clinique bidisciplinaire établi le 22 décembre 2004 par les Drs N.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et Z.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, du SMR retient les éléments suivants :

"(...)

### **Anamnèse familiale**

Née dans un village de Serbie, l'assurée est l'aînée de 4 filles : 2 de ses sœurs vivent en Suisse alémanique; elles souffrent de dépression. Elles sont mariées avec 2 enfants chacune. Une sœur vit en Yougoslavie, en bonne santé habituelle; elle est mariée avec 2 enfants. Le père, âgé d'une septantaine d'années était maçon, il est arrivé en Suisse dans les années 1970. La mère, du même âge que le père, est décédée à la fin des années huitante d'une manière subite, sans maladie préexistante.

Les parents de l'assurée ont divorcé au début des années septante, celle-ci restant vivre avec son père avec qui elle entretenait de bons contacts. Sa mère s'est remariée.

(...)

### **Anamnèse actuelle générale**

Très difficile à obtenir. Depuis l'année 1999, apparition spontanée de douleurs lombaires. (...)

Depuis l'année 2002, apparition d'une irradiation douloureuse le long de la face latérale de la cuisse à D. Elle se plaint d'avoir des douleurs cervicales depuis 2000 avec irradiation vers les 2 épaules. Elle se plaint également de gonalgies à D évoluant depuis l'année 2000. Malgré la ménisectomie effectuée par arthroscopie, les gonalgies à D persistent. Elle se plaint depuis quelque temps de gonalgies aussi à G, mais d'intensité moins importante qu'à D.

Actuellement, l'assurée se plaint de douleurs lombaires continues. Elle est obligée de changer de position chaque 30 min. Elle ne supporte pas d'être assise plus de 30 min, ni debout plus de 30 min. Elle est réveillée 2-3x/nuite en raison des douleurs lombaires. Elle se plaint aussi de cervicalgies associées à des céphalées qui sont d'intensité variable, mais d'apparition quotidienne.

En ce qui concerne les genoux, elle a remarqué que le genou D était souvent tuméfié et elle a présenté des lâchages avec chutes à plusieurs reprises.

(...)

### **Anamnèse psychosociale et psychiatrique**

Enfance décrite comme sans particularité avec une scolarité rudimentaire constituée de 5 ans d'école primaire. (...) A 17 ans, elle rencontre son mari de 1 an son aîné qui exerce comme chauffeur-livreur. Le couple se marie en 1970 et donne naissance à 2 fils.

Le premier fils, né en 1972 est devenu chauffeur. Il est marié à une boulangère, cette famille vit avec leurs 3 enfants dans le même appartement que le couple de l'assurée.

Le second fils, né en 1974, est également chauffeur, marié avec 2 enfants, son épouse est au foyer. Cette famille vit dans la même maison que l'assurée.

En 1978 environ le mari arrive en Suisse rejoignant le père de l'assurée. Une année plus tard, elle le retrouve et rapidement travaille comme sommelière jusqu'en 1988, date de l'obtention de son permis de séjour.

Son activité professionnelle s'étend entre 1979 et 1995, date à laquelle elle bénéficie des indemnités de l'Assurance chômage. Dès 1998, elle travaille à nouveau comme sommelière à Y. \_\_\_\_\_ à Lausanne jusqu'au 01.09.2001, date de son licenciement à la suite de nombreux arrêts-maladie.

Les difficultés de santé actuelles débutent en 1999 sous forme de lombalgies s'étendant petit à petit à tout l'organisme. Au vu de la

présentation clinique et de l'absence de substrat morphologique, un diagnostic de trouble somatoforme douloureux est posé.

Suite à son licenciement en septembre 2001, apparaît une symptomatologie dépressive. Un consilium (...) établit le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle, les douleurs sont de plus en plus invalidantes avec une prise de poids majeure. Une hypothyroïdie découverte est substituée.

### **Vie quotidienne**

L'assurée se lève le matin à une heure variable, portée par son mari. Elle déambule dans l'appartement, ne sort plus de chez elle. Son mari prépare les repas et réalise également les achats. Le ménage est effectué par la belle-fille. L'assurée passe toutes ses journées dans son domicile, aidée dans tous ses mouvements par son mari. Elle n'a aucun loisir, aucune activité occupationnelle, ne supporte pas le bruit ni la télévision trop longtemps et chacun de ses mouvements nécessite l'aide de son mari.

Le mari ne travaille plus depuis 1997 et le couple est au bénéfice de l'Aide sociale.

Les plaintes de l'assurée sont très pauvres, exprimées essentiellement sous forme de douleurs et d'impotence physique. Aucune plainte dans le domaine strictement psychiatrique.

(...)

### **Status général**

L'examen clinique s'avère très difficile. Le déshabillage se fait très lentement avec l'aide du mari. L'assurée se mobilise lentement, communiquant constamment toutes sortes de douleurs mal systématisées.

(...)

### **Status ostéoarticulaire**

Au niveau de la colonne vertébrale, il n'y a pas de trouble de la statique ni dans le plan frontal, ni dans le plan sagittal. (...) Les inclinaisons latérales G-D sont limitées à 10°, les rotations sont limitées à 10°. Il n'y a pas de contractures de la musculature paravertébrale. En ce qui concerne la colonne cervicale, (...) les rotations G-D sont limitées à 10°, les inclinaisons latérales sont limitées aussi à 10°.

Au niveau des MS, il n'y a pas d'atrophie musculaire. Au niveau des épaules, l'élévation est limitée à 90° activement, passivement elle n'augmente pas car l'assurée se crispe et se plaint des douleurs cervicales. L'abduction des 2 épaules est limitée activement à 90°, passivement on ne dépasse pas les 90°. (...) Examens des coudes, des poignets et des mains sont dans la limite de la norme.

Au niveau des MI, il n'y a pas d'amyotrophie, pas d'inégalité des longueurs, (...). Examen des hanches : (...) douleurs à la palpation du grand trochanter à D. Les 2 genoux sont stables. Présence d'un rabet rotulien bilatéral. Lorsqu'on teste les signes méniscaux tant internes qu'externes on déclenche des douleurs des 2 genoux. L'examen des chevilles et des pieds est dans la limite de la norme.

### **Status psychiatrique**

Assurée obèse (101 kg pour 1,67 m) qui ne se mobilise qu'avec l'aide de son mari qui la porte. La mimique est grimaçante de douleurs, les yeux en pleurs et l'information que l'examen se fera en l'absence du mari provoque une réaction de crainte avec larmoiements. On n'observe presque aucun mouvement spontané.

La connaissance du français est suffisante pour l'entretien. L'assurée est habillée d'un training. Sa bouche est sèche. L'attitude est totalement régressée. Elle se présente avec un visage figé, béat, refusant de regarder son interlocuteur. Il n'y a aucun langage spontané, et chaque mot obtenu doit faire l'objet d'insistances multiples. L'assurée ne répond pas clairement ou faux aux questions d'orientation temporelle et spatiale (dit être en ce moment à Lausanne, venue dans un bus blanc et ne connaît pas le mois ni la saison actuelle). Par contre, elle est capable de décrire avec précision d'autres éléments telles (sic) que ses conditions actuelles d'existence. (...) Elle ne connaît pas le traitement qu'elle prend et montre un désintérêt total à toute stimulation extérieure. Le seul moyen d'obtenir des informations est la menace concernant ce rapport qui doit être rédigé.

L'attitude est totalement passive, l'assurée se montrant dépassée par les événements. Le sommeil est entrecoupé, mais l'assurée passant ses journées "déposée" entre un fauteuil et un canapé, une somnolence diurne est vraisemblable. L'appétit est visiblement conservé mais l'assurée dénote un désintérêt total pour les divers goûts alimentaires. Anhédonie et indifférence générale. L'attention et la concentration ne sont pas évaluables à cause du manque de bonne volonté. Il n'y a pas d'idée suicidaire en tant que telle, mais une passivité face à son existence. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée, pas d'élément psychotique pouvant être mis en évidence durant l'entretien.

(...)

#### **DIAGNOSTIC**

##### **- avec répercussion sur la capacité de travail :**

- **GONARTHROSE PRIMAIRE BILATÉRALE DÉBUTANTE PRÉDOMINANTE DES COMPARTIMENTS INTERNES ET DES COMPARTIMENTS FÉMORO-PATELLAIRES. M17.0**
- **CERVICO-DORSOLOMBALGIES SUR TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DÉBUTANTS. M47.8**

##### **- sans répercussion sur la capacité de travail :**

- **OBÉSITÉ (BMI 38)**
- **HYPOTHYROÏDIE SUBSTITUÉE.**
- **ÉTAT RÉGRESSIF MAJEUR**
- **ÉPISODE DÉPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE (F32.11).**
- **TROUBLE SOMATOFORMES DOULOUREUX PERSISTANT (F45.4).**

#### **APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

(...)

L'assurée se plaint constamment de douleurs quel que soit l'endroit examiné. Ces douleurs globales sont cliniquement inexplicables. Le moindre contact cutané est perçu comme douloureux. Tous les signes de non-organicité de Wadell sont positifs.

L'évaluation de l'état de santé psychiatrique de Mme R. \_\_\_\_\_ pose un problème grave : sa présentation clinique la rend clairement inapte à toute activité, puisque déjà sa mobilisation toute simple exige l'aide de son mari. Les symptômes ne sont aucunement appuyés par des substrats morphologiques. Leur pathogenèse doit s'expliquer par un autre biais.

Suite à des difficultés d'intégration dans le milieu de vie actuel, l'assurée n'a pas trouvé d'autre ressource que de développer un syndrome douloureux chronique. Elle s'est positionnée dans un état de régression extrême où elle adopte une attitude larvaire : elle dévore massivement et indifféremment, ne s'habille ni ne se lave et

laisse le soin des travaux ménagers à son entourage. La vie sociale mobilise à outrance sa famille proche. L'assurée s'est déconnectée de l'actualité et de la réalité, qui pour elle sont restées au pays. Elle n'est pas atteinte d'une maladie psychiatrique invalidante, mais se trouve dans une position en cul-de-sac : son mari est sans emploi depuis 1996 et, à l'époque, elle continue à se rendre au travail. Tenant compte de l'origine culturelle de ce couple, il n'est pas acceptable du point de vue narcissique, pour le mari, que son épouse quitte le domicile familial, et, de plus, pourvoie aux besoins du ménage.

Comme le retour au pays nécessiterait de reconnaître l'échec de l'émigration, ce qui est souvent pénible à accepter, la solution que notre assurée tombe malade devenait une porte de sortie honorable : sa dépendance permanente ne permet plus au mari de travailler, l'octroi d'une rente permettrait de reconnaître ce statut et sauverait l'honneur vis-à-vis des proches restés au pays.

Ce mode de fonctionnement nécessite alors que l'assurée soit prise d'une dépendance telle que toute la famille en Suisse soit mobilisée. Pour ce faire, elle doit montrer une impotence bien visible à tous : une obésité sur hyperphagie, une régression la positionnant dans un rôle de petit enfant et une mobilité spontanée quasi-absente.

Il s'agit d'un phénomène certes grave, mais d'ordre psychosocial, sortant du champ de la médecine. Il ne s'agit donc pas d'une atteinte à la santé au sens de l'AI mais d'un processus d'invalidation réactionnel à l'émigration et à une intégration inexistante. Comme l'indique l'anamnèse familiale, les sœurs de l'assurée qui vivent à l'étranger (sic) sont également malades, alors que la sœur restée au pays jouit d'une bonne santé.

Du point de vue de la dépression, celles-ci sont apparues (sic) chronologiquement avant la baisse de la thymie, celle-ci doit être considérée comme consécutive. La composante dépressive ne peut donc pas non plus être retenue comme cause d'une maladie invalidante, d'autant qu'il n'y a pas d'idée suicidaire, pas d'anorexie et que la baisse de l'humeur n'est pas majeure.

A la réserve d'un retour au pays, le pronostic est catastrophique : au vu des précédents rapports, la régression progresse à une vitesse impressionnante. Aucune ressource n'est mobilisée dans un but d'amélioration de son état de santé. Malgré la suggestion insistante d'un suivi psychiatrique, l'assurée ne s'est rendue qu'à un rendez-vous chez un psychiatre privé. Elle exerce un désintérêt total envers tout ce qui l'entoure, laissant l'impression d'un processus démentiel : toutefois, aucun trouble cognitif au sens strict du terme n'a été décelé. Les facultés d'intégration des événements récents sont maintenues et, lors de stimulation, l'assurée peut solliciter sa mémoire, ses capacités de synthèse et de raisonnement d'une manière parfaitement adéquate (cf. le contact observé avec son mari avant et après l'entretien). Il ne s'agit donc pas non plus d'une démence. Nous avons l'impression que l'assurée ne veut pas pouvoir, et non qu'elle ne peut pas vouloir.

(...)

Du point de vue des critères de Mosimann, il n'y a pas de traits prémorbides de la personnalité, pas de comorbidité psychiatrique, pas d'affection corporelle chronique majeure. On ne peut pas forcément parler de perte d'intégration sociale car l'assurée a réussi à mobiliser toute sa famille (conjoint et leurs enfants) sous le même toit. Le profit tiré de la maladie correspond au moyen de justifier la

présence en Suisse malgré la non-réussite professionnelle de ce couple de migrants. (...)

Les douleurs décrites comme intenses ont des caractéristiques vagues, la position est étonnamment stable durant l'entretien pour quelqu'un qui souffre autant du dos et il n'y a aucune demande de soins, plutôt une tendance à la fuite du corps médical. (...)

**Les limitations fonctionnelles**

En raison des rachialgies chroniques et de la gonarthrose bilatérale, cette assurée doit avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire alternant la position assise avec la position debout sans porter d'objets de poids supérieur à 10 kg et sans se pencher en avant.

(...)

**CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE 01.09.2001

(...)"

Se référant aux conclusions du rapport SMR du 22 décembre 2004, le rapport de l'OAI du 25 juillet 2005 indique notamment que la situation de l'assurée doit être évaluée par une approche théorique de sa capacité de gain, en se référant à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS (réd. : Enquête suisse sur la structure des salaires). Il est précisé que, compte tenu du manque de qualification sur le plan professionnel et de ses limitations, seules des activités industrielles légères, sans grande formation, sont adaptées à sa situation et que le seul facteur de réduction à prendre en considération est son handicap, dès lors que selon les observations faites lors de l'examen bidisciplinaire au SMR, elle ne dispose pas des ressources pour entreprendre une démarche professionnelle. Retenant un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations de l'assurée, l'OAI a conclu à l'absence de préjudice économique.

Par décision du 5 janvier 2006, l'OAI a rejeté la requête de rente AI de l'assurée.

Par acte du 23 janvier 2006, complété par écriture du 16 février 2006, l'assurée a formé opposition à ladite décision.

Par pli du 2 mai 2007, l'assurée a produit des pièces, dont notamment :

- une copie du certificat médical établi en langue allemande le 30 septembre 2006 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin chef de la Clinique X.\_\_\_\_\_ à Zoug, qui atteste que R.\_\_\_\_\_ a été hospitalisée le 24 août 2006 à la Clinique X.\_\_\_\_\_ pour une durée encore indéterminée et est totalement incapable de travailler;

- une copie du rapport d'hospitalisation de l'assurée, rédigé en langue allemande le 28 novembre 2006 par un membre de l'équipe médicale de la Clinique X.\_\_\_\_\_ (réd. : la dernière page - où figure habituellement le nom et la signature des médecins rédacteurs - ne figure pas au dossier) à l'attention du Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, à Zofingue. Il en ressort que l'assurée a été adressée à cette clinique par le Dr T.\_\_\_\_\_ pour une prise en charge hospitalière eu égard à la dégradation de son état dépressif (les diagnostics psychiatriques retenus étant, outre une arthrose et une maladie dégénérative de la colonne vertébrale et du genou droit [M15] : état dépressif récurrent, épisode sévère [F33.2], syndrome somatoforme douloureux persistant [F45.4], agoraphobie et trouble panique [F40.01]). L'assurée a été hospitalisée du 24 août 2006 au 17 novembre 2006. L'anamnèse retient notamment que la patiente présente depuis 5 ans des symptômes anxio-dépressifs, qu'il lui arrive parfois de pleurer sans raison, ce qui provoque chez elle un sentiment d'insécurité et de perplexité. Elle "rumine" sur son avenir, qu'elle voit noir. A côté de ses angoisses pour son futur, elle éprouve également de l'anxiété dans le noir, dans l'ascenseur et dans les endroits confinés. Elle évite les rassemblements, ne peut plus se rendre dans les gares ou dans les magasins. Son mari s'occupe des tâches ménagères, car quand elle cuisine, même quelque chose de simple, il lui arrive de se blesser ou de se brûler. Elle aime bien ses enfants et ses petits-enfants mais regrette de ne plus pouvoir avoir de sentiments envers eux. Bien qu'elle ait envie d'être une bonne grand-mère, elle trouve ses petits enfants insupportables. Elle a des désirs passifs de mort, sans idéations suicidaires concrètes. Concernant le status psychiatrique à l'entrée, le rapport indique en particulier que la patiente fait légèrement plus que son âge, ne parle pas l'allemand mais le français et le serbo-croate; elle est orientée aux trois modes. Les fonctions mnésique et cognitive sont

légèrement réduites, la psychomotricité globalement ralentie, ainsi que la pensée formelle, qui est partiellement bloquée et inhibée. Très forte tendance à la rumination. Pas d'indices en faveur de troubles de la ligne psychotique. Patiente légèrement méfiante et peu expressive; le rapport émotionnel est tout juste conservé avec une très faible aptitude à la modulation. En ce qui concerne le traitement proposé, le rapport indique que, dès lors que la patiente souffre d'un syndrome dépressif marqué et que la symptomatologie résiste au traitement ambulatoire adéquat, voire s'aggrave, il y a lieu, dans le cadre de la thérapie hospitalière, de travailler avec la patiente en vue notamment de rétablir la confiance, d'améliorer l'énergie et d'organiser des activités positives.

Le 12 juin 2007, l'assurée a produit une copie du rapport médical que le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatique à Zurich, a adressé le 7 mai 2007 à son conseil, Me Olivier Flattet. Il ressort de ce rapport, rédigé en allemand, que le syndrome douloureux de la région paravertébrale dont souffre l'assurée est résistant aux traitements thérapeutiques, en particulier physiothérapeutiques, mais que l'état dépressif de gravité moyenne avec trouble somatique et le syndrome somatoforme douloureux qui l'accompagne sont au premier plan puisqu'ils ont nécessité de nombreuses hospitalisations. Selon ce spécialiste, la capacité de travail dans le métier de serveuse n'est plus exigible et, en l'état actuel et pour une période encore non déterminée, elle est totalement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle.

Le 29 août 2007, l'assurée a notamment produit la copie partielle d'un courrier (rédigé en langue allemande) adressé par le Dr W. \_\_\_\_\_ de la Clinique X. \_\_\_\_\_ au Dr T. \_\_\_\_\_, à une date inconnue. Selon ce document, lors de son entrée en clinique, l'assurée obtenait sur l'échelle d'auto-évaluation de l'état dépressif un score de 48 points, ce qui correspond à un état dépressif sévère, sur les échelles d'évaluation de l'état d'angoisse et d'anxiété des valeurs de respectivement 73 et 74 points et sur l'échelle du trouble somatoforme douloureux un score de 60 points, ce qui correspond à une valeur pathologique très élevée. Le Dr

W.\_\_\_\_\_ relève toutefois qu'une amélioration sensible de l'ensemble de la problématique a été observée, puisque, après seulement quelques jours, le score relatif à l'auto-évaluation de l'état dépressif était passé à 20, ce qui correspond à une valeur proche de la normale, et que les valeurs relatives à l'angoisse étaient descendues à respectivement 51 et 55 points. En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux, le score était passé à 24 points à la sortie de clinique. Il précisait encore que si, lors de sa sortie de l'hôpital, les valeurs indiquées ci-dessus montraient que l'assurée présentait un état encore pathologique, une amélioration marquée avait été constatée sur le plan clinique.

Dans l'avis médical du 3 décembre 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé que les éléments résultant des rapports médicaux produits par l'assurée ne permettaient pas d'aller à l'encontre des conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 22 décembre 2004. Il a en particulier souligné les bons scores que l'assurée avait obtenus aux tests à l'issue de son séjour à la Clinique X.\_\_\_\_\_, qui démontrent une franche amélioration de son état de santé, avec des résultats proches de la norme. L'assurée a prouvé en milieu hospitalier, face aux observateurs, qu'elle avait d'excellentes compétences, qu'elle était capable de participer et de s'améliorer au point que le trouble dépressif en devient moyen à léger. Enfin, il a noté que l'assurée était parfaitement capable de se déplacer même jusqu'à Zofingue, où elle est, semble-t-il, suivie par un psychiatre, alors qu'elle avait annoncé au SMR qu'elle restait totalement recluse chez elle. Il a précisé que le dossier avait été revu par la Dresse N.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.

Par décision sur opposition du 29 janvier 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Il a retenu que le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR était complet et avait été établi sur la base d'une anamnèse circonstanciée, tenait compte des plaintes de l'assurée et que ses conclusions étaient dûment motivées, de telle sorte qu'il y avait lieu de lui attribuer une pleine valeur probante et qu'il n'y avait aucune raison pour s'écarter des conclusions dudit rapport. L'OAI a précisé que le SMR expliquait de manière convaincante les raisons pour lesquelles il convenait

de retenir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée, et a relevé que, sur le plan psychiatrique, il n'avait mis en évidence aucun substrat médical pertinent entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, de sorte qu'il maintenait que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans une activité adaptée et qu'elle ne subissait aucun préjudice économique.

**B.** Par acte du 29 février 2008, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition de l'OAI du 29 janvier précédent. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation (II) et à ce qu'il soit prononcé qu'elle est mise au bénéfice d'une rente AI entière à compter de 2002 (III).

Le 5 mai 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

**C.** A l'appui de son recours, R. \_\_\_\_\_ a produit :

- le certificat médical établi le 12 février 2007 par son médecin traitant, la Dresse C. \_\_\_\_\_, qui atteste qu'elle présente des douleurs chroniques et aiguës de type ostéo-articulaire qui sont totalement indépendantes des facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont à l'origine d'une incapacité de travail à 100 % depuis des années et confirme les constatations de ses confrères spécialistes dans le domaine rhumatologique, orthopédique et psychiatrique.

- le rapport médical établi en langue allemande par le Dr T. \_\_\_\_\_ le 6 avril 2008, qui indique comme diagnostics : état dépressif récurrent, épisode actuel grave, syndrome somatoforme douloureux, agoraphobie et trouble de la panique. Le psychiatre précise que la recourante continue à suivre une psychothérapie individuelle dans sa langue maternelle et est au bénéfice d'un traitement médicamenteux.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière.

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)** La recourante conclut à l'annulation de la décision attaquée et à ce qu'il soit prononcé qu'elle est mise au bénéfice d'une rente AI entière à partir de 2002, année d'ouverture du droit à la rente selon elle. Elle reproche à l'OAI d'avoir retenu, en se fondant uniquement sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 22 décembre 2004, qu'elle ne serait pas atteinte d'une maladie psychiatrique invalidante au sens de l'AI mais d'une pathologie découlant "d'un processus d'invalidation réactionnelle à l'immigration et à une intégration quasi inexistante", alors que les conclusions médicales émises tant par son médecin traitant que par le Dr T. \_\_\_\_\_ ou la Clinique X. \_\_\_\_\_ vont clairement à l'encontre de celles du SMR. La recourante soutient, en se référant aux divers rapports et avis médicaux qu'elle a produits, qu'il a été dûment constaté qu'elle souffre d'un "état dépressif certain et d'éléments somatiques" entraînant une incapacité de travail à 100 %.

Le litige porte donc, d'abord sur la question de déterminer si la recourante souffre d'une maladie psychique et/ou somatique invalidante au sens de l'AI, puis, le cas échéant, si le degré d'invalidité résultant de l'atteinte invalidante ouvre le droit à une rente.

**3.** La demande de prestations a été déposée le 20 septembre 2002, la décision attaquée rendue le 29 janvier 2008 et le recours tend à l'octroi d'une rente entière AI dès 2002.

La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi 2 révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Le droit matériel applicable est déterminé par les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 329, consid 2.2 et 2.3; 130 V 445). Il faut toutefois préciser 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 (ATF 129 V 4, consid. 1.2), en l'occurrence le 29 janvier 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4<sup>e</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de cette loi, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière si' est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente si'il est invalide à 50 % au moins, à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon la même disposition dans sa version en vigueur dès le 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, 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.

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé

avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**5.** Comme on l'a vu au considérant 2 ci-dessus, la recourante reproche à l'OAI d'avoir fondé sa décision de refus de rente sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR, lequel n'aurait, selon elle, pas de valeur probante, puisqu'en contradiction avec les avis médicaux émanant des spécialistes qu'elle a consultés et de son médecin traitant. Sans prendre de conclusion formelle tendant à ce qu'une expertise soit ordonnée pour départager les opinions divergentes des différents médecins, la recourante indique comme moyen de preuve des allégués 24 à 26 de son recours faisant valoir qu'elle est incapable de travailler à 100 % (all. 24) et que son incapacité de travail est la conséquence exclusive de son état de santé physique (all. 25) et de son état dépressif (all. 26) : "expertise".

**a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351, consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur

l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005, cons. 5.2, I 523/02 du 28 octobre 2002, cons. 3).

Selon une jurisprudence constante, 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 en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 ).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b, 125 V 351, consid. 3a; TF, 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). Au surplus, dans le cas particulier de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a précité) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

En résumé, 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, précité, 122 V 157, consid. 1c, et les références; TF 9C-113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2).

**b)** En l'espèce, dans le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 22 décembre 2004, les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, ont reproduit en détail l'anamnèse de la recourante, procédé à un examen clinique complet tant sur le plan ostéoarticulaire que psychiatrique, exposé avec soin le status psychique et somatique en résultant, et retranscrit les plaintes exprimées par la recourante, sans omettre de décrire le contexte tant médical que familial et social. Les diagnostics retenus sont précis, l'appréciation consensuelle de la situation médicale de la recourante est claire et les conclusions dûment motivées.

Contrairement à ce que semble soutenir la recourante, on ne relève aucune contradiction entre les constatations médicales, respectivement les diagnostics retenus et les conclusions du rapport : le fait d'indiquer que l'évaluation de l'état de santé psychiatrique de la recourante pose un grave problème et que sa présentation clinique la rend clairement inapte à toute activité ne s'inscrit pas en faux avec les diagnostics retenus et les conclusions du rapport, qui indiquent que le trouble somatoforme douloureux persistant et l'état dépressif moyen avec syndrome somatique n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail de la recourante, puisque les médecins expliquent clairement que ces atteintes à la santé participent d'un état régressif majeur s'inscrivant dans un processus d'invalidation réactionnel à l'émigration et à une intégration inexistante. Leurs conclusions qui indiquent que l'atteinte à la santé de la

recourante relève au premier plan de facteurs psychosociaux et non d'une invalidité au sens de l'AI sont par conséquent convaincantes.

La recourante fait également valoir que les conclusions du rapport bidisciplinaire sont contredites par les avis médicaux qu'elle a produits durant l'instruction de l'opposition. Or, ces avis, qui émanent de médecins spécialistes que la recourante a consultés en Suisse allemande depuis 2006, rejoignent, si ce n'est les conclusions, du moins les diagnostics retenus par le SMR : le trouble somatoforme douloureux persistant et l'état dépressif - moyen à sévère selon les périodes - sont mentionnés dans tous les rapports. Les autres éléments de diagnostic retenus, en particulier l'agoraphobie et le trouble panique sont fondés sur les seules déclarations de la recourante et ne sont dès lors pas objectivables. On peine par ailleurs à suivre le Dr M. \_\_\_\_\_ qui estime dans son courrier du 7 mai 2007 que l'incapacité de travail de la recourante est de 100 % dans n'importe quelle activité et pour une durée indéterminée en indiquant que l'état dépressif de gravité moyenne avec trouble somatique et le syndrome somatoforme douloureux qui l'accompagne sont au premier plan puisqu'ils ont nécessité de nombreuses hospitalisations. En effet, le dossier ne mentionne qu'une seule hospitalisation du 24 août 2006 au 17 novembre 2006. Enfin, si on se réfère au rapport établi par le Dr W. \_\_\_\_\_ de la Clinique X. \_\_\_\_\_, on constate que l'hospitalisation de la recourante durant l'automne 2006 a été extrêmement bénéfique, puisque, à sa sortie d'hôpital, les scores des tests d'évaluation de l'état anxio-dépressif et du trouble somatoforme douloureux persistant étaient proches de la norme. Ainsi, on ne saurait considérer que les avis médicaux produits par la recourante font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'examen clinique bidisciplinaire des médecins spécialisés du SMR et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du rapport bidisciplinaire.

Cela étant, il faut constater que le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 22 décembre 2004 répond aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante de telles investigations, qu'il

est concluant et que la cour de céans fait sien son résultat. Il apparaît dès lors que l'instruction médicale effectuée sur mandat de l'OAI est suffisante et qu'il n'y a pas lieu de la compléter. La requête d'expertise complémentaire implicitement formée par la recourante doit par conséquent être rejetée.

Reste à examiner si le refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante est justifié.

**6. a)** La recourante soutient qu'elle souffre d'une maladie psychiatrique invalidante "avec des éléments somatiques" qui la rend totalement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, conteste que ses problèmes de santé soient dus au premier plan à des facteurs psychosociaux et fait valoir qu'ils constituent une atteinte invalidante lui ouvrant le droit à une rente entière AI.

**b)** Dans le rapport d'examen clinique bidisciplinaire, les diagnostics retenus sont :

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- gonarthrose primaire bilatérale débutante prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires (M 17.0)
- cervico-dorsolombalgies sur troubles dégénératifs débutants (M 47.8)

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- obésité (BMI 38)
- hypothyroïdie substituée
- état régressif majeur
- épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11)
- trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4).

Les Drs N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont considéré que la capacité de travail de la recourante dans son activité précédente de serveuse était nulle, mais qu'elle demeurait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (rachialgies chroniques et gonarthrose bilatérale), soit une

activité sédentaire ou semi-sédentaire alternant la position assise avec la position debout et ne comportant pas le port de charges supérieures à 10 kg ni n'impliquant de se pencher en avant.

**c)** Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner – outre les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Il n'y a pas lieu de considérer comme des conséquences d'un état psychique maladif (donc pas comme des affections à pendre en charge par l'AI) les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché équilibré du travail. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans un cas de ce genre. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est pas déterminant que l'assuré exerce une activité lucrative qui soit suffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigible de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 1996 p. 321 cons. 2a, p. 321 cons. 1a, p. 324 cons. 1a; RCC 1992 p. 182 cons. 2a et les références).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse,

plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; arrêt I 776/02 du 14 novembre 2003. consid. 2.2).

**d)** En l'espèce, dans leur appréciation consensuelle du cas de la recourante, les Drs N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont notamment exposé que les douleurs globales dont se plaignait continuellement la recourante et quelle que soit la partie du corps qui était examinée, étaient cliniquement inexplicables, les signes de non-organicité de Waddel étant tous positifs. Ils ont indiqué que l'évaluation psychiatrique de la recourante posait un grave problème, puisque sa présentation clinique la rendait clairement inapte à toute activité, sa simple mobilisation exigeant l'aide de son mari. A cet égard, ils ont relevé que les symptômes dont se plaignait la recourante n'étaient aucunement appuyés par des substrats morphologiques et que leur pathogénèse ne pouvait s'expliquer que par un autre biais. Cela étant, se fondant sur l'anamnèse de la recourante et sur la description qu'elle a donnée de sa vie quotidienne, ils ont considéré que, devant les difficultés d'intégration dans le milieu de vie actuel (époux sans travail depuis 1996, atteinte narcissique de l'époux eu égard à la culture de leur pays d'origine qui ne tolère pas que l'épouse ait une activité professionnelle et encore moins que ce soit elle qui assume le couple sur le plan financier), la recourante n'avait pas trouvé d'autre ressource que de développer un syndrome douloureux chronique, en se positionnant dans un état de régression extrême et en adoptant une

attitude larvaire (elle passe ses journées allongée sur un fauteuil ou un canapé, mange en grandes quantités en ne montrant toutefois aucun intérêt pour les divers goûts alimentaires, montre un désintérêt à toute stimulation extérieure, ne se lave ni ne s'habille et laisse le soin des travaux ménagers à son entourage familial), mode de fonctionnement qui l'a conduite à une totale dépendance vis-à-vis de sa famille mais qui a permis de sauver l'honneur par rapport à la famille restée en Serbie, puisqu'il justifie que l'époux ne travaille pas (il doit s'occuper de son épouse constamment). Relevant que, du point de vue des critères de Mosimann, il n'y avait pas de traits prémorbides de la personnalité, pas de comorbidité psychiatrique, pas d'affection corporelle chronique majeure, ni perte d'intégration sociale (la recourante a réussi à mobiliser toute la famille) et que la composante dépressive ne pouvait pas non plus être retenue comme cause d'une maladie invalidante, d'autant qu'il n'y avait pas d'idée suicidaire, pas d'anorexie et que la baisse de l'humeur n'était pas majeure, les Drs N. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont conclu que si la situation de la recourante était grave, elle était toutefois d'ordre psychosocial et ne constituait pas une atteinte à la santé au sens de l'AI.

Au vu des diagnostics retenus comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante et des explications détaillées données par les Drs N. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ pour étayer leur avis selon lequel les troubles psychiques et le syndrome somatoforme douloureux dont souffre la recourante relèvent de facteurs psycho-sociaux, il faut considérer que, aussi pénible soit-elle, l'atteinte à la santé ne relève pas de l'AI, au sens de la jurisprudence indiquée au considérant 6c supra (cf. notamment ATF 127 V 294 consid. 5a in fine et TF I 776/02 du 14 novembre 2003. consid. 2.2 précités). Cela est d'autant plus vrai que les médecins qui ont suivi la recourante durant son séjour à la Clinique X. \_\_\_\_\_ ont relevé que, lors de sa sortie de l'hôpital, les scores aux tests d'évaluation de l'état anxio-dépressif et du syndrome somatoforme douloureux montraient que l'état de la recourante était certes encore pathologique, mais qu'une amélioration marquée avait été constatée sur le plan clinique. Cela étant, on doit admettre que la mise à profit de la capacité de travail de la recourante peut, pratiquement, être

raisonnablement exigible. Dans ces conditions, force est de constater que la décision entreprise ne prête pas le flanc à la critique quant au caractère non invalidant des troubles psychique et du syndrome somatoforme douloureux, que le refus de rente est au surplus justifié, étant précisé que le calcul du taux d'invalidité auquel l'OAI a procédé, qui tient compte de la perte de gain découlant de ses limitations fonctionnelles, est correct et ne peut qu'être confirmé.

**7.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) et mis à la charge de la recourante. N'obtenant pas gain de cause, celle-ci n'a pas droit à des dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante R. \_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Flattet, avocat, rue Saint-Pierre 3, case postale 6113, 1002 Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, Avenue du Général- Guisan 8, 1800 Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :