

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : MM. Gasser et Monod, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à Bex, recourante, représentée par Me Aba Neeman, avocat à Montreux,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4, 18 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) D._____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, d'origine kosovare, naturalisée suisse en 2001, est mariée et mère de six enfants, nés respectivement en 1979, 1980, 1981, 1983, 1984 et 1986. Elle a travaillé comme ouvrière agricole pour R._____, maraîcher à [...], de février 2002 à juin 2003. L'assurée a cessé toute activité dès le 31 octobre 2002 en raison de problèmes de santé. Sans atteinte à la santé, elle gagnerait 3'000 fr. par mois pour une activité à plein temps. Le 28 mars 2003, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé "*problème de genou D*". Dans un questionnaire signé le 16 avril 2003, l'assurée a fait savoir que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % comme ouvrière agricole.

b) Dans un rapport médical du 23 avril 2003 adressé à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin traitant, pose le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonalgies droites invalidantes limitant la marche à trente minutes avant repos, existant depuis le 1^{er} novembre 2002. L'activité d'ouvrière employée par une société maraîchère n'est selon lui plus exigible, pas plus qu'une autre activité. Ce praticien estime que l'état de santé de l'assurée est stationnaire.

c) Dans un rapport médical du 9 septembre 2003 adressé à l'assureur perte de gain, le Dr P._____ indique avoir pratiqué une arthroscopie du genou droit le 24 janvier précédent, laquelle a confirmé une suspicion radiologique de chondropathie sévère fémoro-patellaire. S'il considère que l'assurée n'est pas en mesure de reprendre son activité antérieure d'employée chez un maraîcher, il estime qu'elle présente une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout et sans port de charges, sous réserve de ses difficultés linguistiques, susceptibles de compromettre sa réinsertion professionnelle.

Dans un rapport médical du 15 mars 2004, la Dresse J._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, pose le diagnostic de gonarthrose bilatérale prédominant à droite. Constatant que malgré les traitements de physiothérapie les syndromes inflammatoires persistent, elle préconise une infiltration, de nature à soulager l'assurée.

Le 13 mai 2004, D._____ a subi une intervention chirurgicale à la Clinique médico-chirurgicale de [...] consistant en une arthroscopie diagnostique, ainsi qu'une régularisation de la surface articulaire fémorale interne droite. Le 27 septembre 2004, un CT de la colonne lombaire a été pratiqué, qui a mis en évidence un très léger bombement discal postérieur en L4-L5, sans toutefois retenir de hernie discale, ni canal rachidien étroit. Une IRM cervicale du 14 octobre 2004 fait apparaître une hernie discale paramédiane droite C5-C6 et un discret bombement discal médian C6-C7. Aucune myélopathie n'est constatée.

d) Dans un rapport médical du 6 décembre 2004 adressé au Dr O._____, les Drs H._____ et X._____, de la Policlinique psychiatrique S._____, indiquent ce qui suit :

"Éléments anamnestiques :

Madame D._____ se plaint de gonalgies bilatérales avec des troubles dégénératifs objectivés et d'un syndrome vertébral avec lombosciatalgies bilatérales en cours d'investigation. Vous nous demandez une évaluation psychiatrique dans ce contexte. Comme vous mentionnez qu'il s'agit aussi d'une demande de l'assurance de la susnommée, nous tenons à préciser que le présent rapport n'a pas valeur d'expertise et ne peut donc être considéré comme tel.

Madame D._____ se décrit comme une personne sans difficultés majeures, sociable et gaie, jusqu'à l'apparition de gonalgies il y a environ 2 ans, 10 mois après avoir débuté un travail comme ouvrière agricole (culture de fruits et légumes), son rôle de mère de famille ne l'occupant plus suffisamment. Elle rapporte des douleurs de plus en plus importantes, en particulier depuis le printemps 2004, et qui s'étendent actuellement au dos et à l'épaule droite depuis l'été. Elle décrit des douleurs de plus en plus fortes et les pense à l'origine d'une symptomatologie dépressive qu'elle décrit allant s'aggravant. Cette symptomatologie est actuellement marquée par une grande irritabilité, une tendance à s'isoler, des difficultés à dormir et des envies de mourir sans idées suicidaires. Elle se sent vieillie prématurément, a peur de ne pouvoir guérir et s'interroge

quant à l'issue de sa situation, pensant que sa seule chance consiste à trouver un médecin qui lui enlève ses douleurs.

(...) Madame D._____ décrit une relation de couple de même que familiale globalement harmonieuse.

Observation clinique :

Madame D._____ est une femme de 43 ans, d'allure plus âgée, aux traits tirés et manifestant pendant l'entretien une symptomatologie algique des genoux et du dos. Comme elle ne parle le français que très rudimentairement, l'entretien a lieu avec un traducteur. Son discours est globalement cohérent, mais pauvre et limité au factuel et ses capacités d'élaboration semblent réduites. Elle ne paraît par ailleurs pas complètement au clair sur le pourquoi de sa consultation à la Polyclinique psychiatrique S._____. La thymie est déprimée et Madame D._____ fond en larmes à plusieurs reprises durant l'entretien.

Diagnostic :

Episode dépressif moyen sans syndrome somatique F32.10

Discussion :

Nous limiterons notre appréciation actuelle à retenir chez Madame D._____ un épisode dépressif de degré moyen en association à des douleurs somatiques a priori en lien avec un substrat organique (investigations encore en cours). Il est clair que la thymie a une influence sur la sensation algique (quoiqu'elle ne fasse pas disparaître une douleur d'origine organique) et qu'on peut penser que la symptomatologie dépressive de Mme D._____ majore ses douleurs. Bien que les douleurs tendent à augmenter et surtout à s'étendre, il nous paraît cependant difficile, à l'heure actuelle, de parler d'une symptomatologie douloureuse d'origine principalement psychogène, d'autant plus que vous objectivez un substrat organique, tout au moins quant aux genoux. Il nous semble qu'une expertise pluridisciplinaire permettrait de se positionner plus clairement sur ce point.

Afin de tenter d'améliorer la thymie de Mme D._____, on pourrait dans un premier temps essayer d'augmenter sa médication dépressive actuelle, voire en changer (autre SSRI, voire un tricyclique) si aucun bénéfice n'est obtenu".

Dans un avis médical du 10 janvier 2005, le SMR (Dresse K._____), considérant que la situation n'était pas claire tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, a préconisé de confier un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, au SMR.

e) Dans leur rapport du 13 juin 2005, les Drs C._____, rhumatologue FMH et B._____, psychiatre FMH, retiennent les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'arthrose fémoro-rotulienne bilatérale prédominant à droite (M17.1), discrète

gonarthrose fémoro-tibiale interne droite ainsi que des cervicalgies et lombalgies communes dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs étagés. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils posent les diagnostics de "hémisyndrome" alogo-sensitif de l'hémicorps droit, obésité et traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, agressif (F60.30). Dans leur rapport, les praticiens prénommés procèdent à une anamnèse circonstanciée (p. 1-4), décrivent le status clinique (p. 4-6) et résument les pièces du dossier radiologique (p. 6). Sous "appréciation consensuelle du cas" (p. 7), ils écrivent ce qui suit :

"Mme D. _____ dit qu'elle souffrait depuis «plusieurs années» de douleurs intéressant essentiellement les genoux, surtout à D, et de l'hémicorps D, mais que cette problématique douloureuse était acceptable jusqu'au mois de novembre 2002, où les douleurs se sont brutalement aggravées, justifiant un recours urgent à son médecin traitant. Depuis lors, elle a bénéficié d'une multitude de consultations et d'autant de traitements médicamenteux, de deux arthroscopies du genou D, le tout sans aucun effet, l'assurée annonçant sa situation actuelle comme étant nettement pire que ce qu'elle était initialement.

Cliniquement, on est en présence d'une assurée qui avait demandé la présence d'un interprète pour pallier sa méconnaissance du français; il s'avère néanmoins qu'elle comprend assez correctement les diverses questions qui lui sont posées, y répondant parfois même avant que l'interprète ait eu le temps de traduire la question.

Il s'agit d'une femme de 44 ans, de constitution massive, obèse, en état général correct. On relève notamment l'absence de cernes sous les yeux.

L'examen général est sp hormis l'obésité et un status variqueux des MI, sans signe d'insuffisance veineuse chronique des MI.

L'examen neurologique est frappant par le fait que l'assurée annonce une hyposensibilité sévère de tout l'hémicorps D, n'épargnant aucun territoire, sans altération du tonus musculaire, sans signes pyramidaux et avec un réflexe cornéen tout à fait normal, ce qui permet d'affirmer qu'il s'agit de manifestations fonctionnelles sans substrat anatomo-pathologique. Le testing musculaire est également difficile à réaliser. Lorsqu'il est tenté de manière analytique l'assurée ne développe quasi aucune force, ce qui est évidemment incompatible avec les autres constatations qui peuvent être faites au cours de l'examen, durant lequel l'assurée, à diverses reprises, développe une force tout à fait normale tant au niveau des MS que des MI. A cette enseigne, les examinateurs ont été frappés par le fait que l'assurée se lève et se rassoit sur sa chaise à diverses reprises, en cours d'examen clinique, sans prendre appui avec ses MS sur le placet de la chaise, ce qui n'est possible qu'avec une compétence musculaire normale au niveau de tous les groupes musculaires des MI.

En ce qui concerne le status ostéoarticulaire, il révèle, au plan rachidien, de discrets troubles de la statique ainsi qu'une discrète limitation du mouvement à tous les niveaux mais sans tendomyose significative à la palpation. En ce qui concerne les MS, l'assurée annonce donc des douleurs importantes prédominant au niveau de l'épaule, mais il n'existe, à ce niveau-là, aucune amyotrophie, ce qui permet donc d'affirmer une utilisation régulière de cette articulation.

Aux MI, le status est rendu difficile par l'opposition de l'assurée à sa réalisation. Objectivement, il faut relever une amyotrophie significative de la cuisse D, surtout au niveau du vaste interne, une désaxation vers l'extérieur et une bascule vers l'extérieur de la rotule ddc prédominant à D, des crissements fémoro-rotuliens importants ddc, prédominant à D. En revanche, la mobilité tant de la hanche que du genou ddc est difficile à apprécier tout à fait objectivement puisque l'assurée s'oppose à la réalisation de l'examen. On obtient toutefois, malgré la résistance musculaire, des amplitudes articulaires normales. En ce qui concerne le genou D, l'assurée annonce des douleurs intolérables dès qu'on tente de fléchir cette articulation au-delà de 30°, pratiquement on arrive toutefois à la fléchir momentanément jusqu'à 150°; de plus, durant tout l'entretien, l'assurée reste assise sur sa chaise, maintenant ses deux genoux fléchis à plus de 100°.

Les documents radiologiques à disposition confirment ce qu'avaient déjà affirmé les examinateurs précédents, soit une dysplasie rotulienne bilatérale prédominant à D, une arthrose fémoro-rotulienne prédominant à D, ainsi qu'une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne D. Au niveau lombaire, les troubles dégénératifs mis en évidence au CT-scan sont minimes et il n'existe notamment aucune amyotrophie significative de la musculature érectrice du tronc. Au niveau cervical, l'IRM met en évidence une discrète protrusion discale médiane para-médiane D en C4-C5 n'entraînant, radiologiquement, pas de clair conflit radiculaire.

Les lésions au niveau des genoux sont incontestables et incontestées. Les lésions objectives au niveau du rachis tant cervical que lombaire sont certes présentes, mais modestes. Il existe donc une discordance significative entre l'importance des plaintes annoncées par l'assurée et les constatations objectives qui peuvent être faites, lesquelles sont modestes. L'examen est, de plus, parasité par le comportement oppositionnel de l'assurée, en ce qui concerne notamment la tentative d'exploration de sa force musculaire au niveau des extrémités et révèle des troubles de la sensibilité strictement subjectifs qui entrent dans le cadre des manifestations non organiques.

Les pathologies objectives justifient des limitations fonctionnelles qui vont être définies ci-dessous.

Du point de vue psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 44 ans, sans formation professionnelle, mariée et mère de 6 enfants, dont le cadet réside encore au foyer. Dans son parcours professionnel, son activité la plus longue a été en tant qu'ouvrière agricole depuis début février 2002, avec mise à l'arrêt maladie au 03.09.2002. L'assurée allègue depuis le 01.11.2002 des douleurs au

genou D qui motivent une interruption de toute activité qu'elle soit professionnelle ou au domicile : elle ne s'occupe plus de son ménage, de ses achats, de ses enfants ni de la cuisine.

L'examen psychiatrique met en évidence une assurée faisant preuve d'une mauvaise volonté certaine, comprenant le français, répondant avant la traduction de l'interprète, mais exigeant de celui-ci qu'il traduise toutes les questions. L'attitude face à l'interlocuteur est agressive, arrogante et impulsive. L'intensité des douleurs alléguées est tout à fait incongruante à l'attitude et à la gestuelle. L'examen n'a pas mis en évidence de signe de dépression hormis une sensation subjective d'insomnies. Un isolement social est allégué depuis le 01.11.2002 mais en remettant la situation dans son contexte, on se rend compte qu'il s'agit d'une assurée qui a dû s'établir en Suisse contre son gré depuis 1981 car son mari y vivait, n'a jamais pris d'initiative pour communiquer en français et n'a établi aucun contact avec d'autres personnes que les membres de sa famille. Il n'y a donc pas de perte d'intégration sociale depuis la cessation d'activité professionnelle.

Quant à l'attitude que l'assurée adopte à son domicile en n'y exerçant aucune activité, il y a lieu de se poser la question quant à d'éventuelles représailles face à un possible conflit conjugal inavouable. L'assurée a beaucoup de peine à dialoguer autrement qu'au moyen de ses douleurs. Cette problématique relationnelle entre dans un cadre psycho-social non médical, elle ne peut être prise en compte par l'AI.

Dans cette situation, on ne peut donc pas parler de traits prémorbides de la personnalité ni de comorbidité psychiatrique, il n'y a pas d'affection corporelle chronique et pas de perte d'intégration sociale puisque l'assurée n'a jamais été intégrée socialement en Suisse. Le profit de la maladie protège l'assurée contre une problématique conjugale inabordable et le caractère chronique est très flou, durant, selon ses propos tenus lors de l'entretien psychiatrique, depuis novembre 2002.

La mise à l'arrêt maladie précède l'apparition de douleurs selon l'assurée (mise à l'arrêt maladie le 30.09.2002 et apparition des douleurs au 01.11.2002). Les traitements conformes aux règles de l'art échouent systématiquement.

Dans une situation où les douleurs décrites divergent clairement des comportements observés, avec une intensité alléguée discordant avec des caractéristiques vagues (les gonalgies s'étendent sur tout l'hémicorps D) l'absence de demande de soins (plutôt une attente magique dans laquelle l'assurée recherche un médecin qui pourrait la guérir par miracle), nous sommes en présence de nombreux critères de refus de rente.

En conclusion, la problématique s'étend sur un domaine relationnel voire migrationnel avec une assurée qui vraisemblablement ne souffrirait pas des symptômes décrits dans son pays d'origine.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

A. Genoux : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de travail impliquant des genuflexions ou devant se réaliser à genou, pas de travail impliquant des déplacements réguliers en terrain irrégulier ou imposant le franchissement régulier d'escabeaux/escaliers/échelles.

B. Rachis : en plus des limitations fonctionnelles déjà retenues pour les genoux, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg (d'autant plus que des manœuvres efficaces d'ergonomie lombaire ne peuvent pas être appliquées), pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc."

S'agissant de la capacité de travail, les Drs C._____ et B._____ retiennent une incapacité de travail totale dans l'activité d'ouvrière maraîchère depuis le mois de novembre 2002 compte tenu des pathologies en présence. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail exigible est entière. Cette exigibilité tient compte des lésions objectivées et incontestées mais ne tient pas compte des troubles fonctionnels, notamment sensitifs. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique attestée, l'exigibilité est complète.

f) Dans un rapport d'examen SMR du 11 juillet 2005, la Dresse K._____ retient que l'assurée présente une arthrose fémoro-rotulienne bilatérale prédominant à droite, une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne droite, des cervicalgies et des lombalgies communes sur discrets troubles statiques et dégénératifs étagés. Si l'incapacité de travail en tant qu'ouvrière agricole est totale depuis le mois de novembre 2002, l'exigibilité est toutefois complète dans une activité adaptée, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique. Cette activité doit respecter les limitations fonctionnelles énoncées dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 13 juin 2005 et par le Dr P._____ dans son rapport du 9 septembre 2003.

B. a) Le 16 novembre 2005, l'OAI a communiqué à l'assurée sa décision lui refusant le droit à des prestations de l'AI, au motif qu'elle ne subissait aucun préjudice économique lié à son état de santé.

A l'appui de son opposition, l'assurée produit notamment deux rapports médicaux du Dr O. _____, du Centre médical de [...]. Le 25 août 2005, ce praticien a indiqué que l'intéressée ne pouvait ni rester en position assise très longtemps, ni en position accroupie. Pour ce qui est des limitations sur le plan psychique, il s'exprime comme suit : *"la durée et la chronicité de son affection ainsi que la non efficacité de tous les traitements essayés par la patiente. La prise importante de médicaments l'ont rendue dans un état d'excitabilité et d'irritabilité agressive maximum aggravée par des états insomniaques. La personne devenant insupportable à la maison même pour sa famille"*. Dans une correspondance du 13 décembre 2005, il retient les affections suivantes : hernie discale paramédiane droite C5-C6 avec bombement discal et médian C6-C7; syndrome vertébral cervicalgique avec fourmillement des extrémités du MSD; état anxio-dépressif; gonarthrose du genou gauche; bursite pré-patellaire avec gonarthrose tricompartmentale et épanchement articulaire du genou droit; subluxation latérale de la rotule avec chondropathie.

Au cours de la procédure d'opposition, l'assurée a encore produit diverses pièces médicales (IRM du genou droit du 26 janvier 2006, IRM du genou gauche du 7 février 2006, scanner lombaire du 11 mai 2006, IRM lombaire du 10 novembre 2006, certificat médical du 23 octobre 2006 de la Dresse V. _____, spécialiste en neurochirurgie, certificat médical du Dr Q. _____, médecine interne, du 12 mai 2007 et rapport du 10 juin 2007 du Dr Z. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie).

Il ressort du rapport du Dr Z. _____ ce qui suit :

"Anamnèse

L'entretien est rendu difficile par 2 facteurs : la méconnaissance par la patiente du français rendant indispensable l'intermédiaire d'un traducteur (traduction assurée par une de ses filles) : son état clinique rendant sa collaboration laborieuse.

Au début mai, la patiente a perdu son fils unique (dernier d'une fratrie de 6, dont 5 filles) âgé de 20 ans, dans un accident de voiture. Ce décès brutal est vécu d'autant plus douloureusement par la patiente que les circonstances de l'accident ne sont à ce jour pas établies, en particulier qui était le chauffeur du véhicule.

Apparemment, la patiente était très dépendante de ce fils qui habitait encore avec elle, et lui rendait de nombreux services. Autant que j'ai pu le comprendre, elle était déjà avant le décès dans une incapacité totale de travail, due à des douleurs articulaires diffuses (arthrose ?).

4. Plaintes subjectives

La patiente se plaint d'une grande tristesse, d'idées suicidaires, d'anhédonie et d'insomnie rebelle. Elle ne voit pas d'espoir, son fils représentant l'unique but de sa vie. Anorexie importante, la patiente n'acceptant de manger que quelques fruits par jour (son fils détestait les fruits).

5. Constatations objectives

Femme de 46 ans faisant son âge, se présentant dans une tenue correcte. La thymie est triste, la patiente pleure pendant pratiquement tout l'entretien, dans une attitude démonstrative. Le discours est pauvre, laconique, même traduit. Le focus est restreint, centré sur la perte de son fils et sur l'absence d'information sur les circonstances du décès. Il n'y a pas de signe psychotique décelable.

(...)

7. Thérapie / Pronostic

Nous avons procédé à une augmentation du traitement antidépresseur initié par son médecin généraliste, et surtout adressé la patiente à l'association "Consultation psychiatrique U. _____", plus à même de prendre en charge cette patiente en détresse, pour des raisons évidentes de langue, mais aussi pour une meilleure appréciation du contexte culturel. Il n'est donc pas prévu que je revoie l'assurée.

Je suis personnellement très sceptique quant à la possibilité de récupération d'une capacité de travail, même à distance du deuil, car la situation familiale semblait déjà chronifiée depuis plusieurs années. Une réévaluation me semble indispensable dans quelques mois".

Le Dr Z. _____ n'a posé que le seul diagnostic de "*réaction aiguë de deuil F43.2*" ayant des répercussions sur la capacité de travail, celle-ci étant à son avis nulle dès le 1^{er} mai 2007 dans toute activité.

Le 17 décembre 2007, le Dr W._____, médecin-chef adjoint du SMR, s'est exprimé comme suit à propos des pièces médicales produites par l'assurée au cours de la procédure d'opposition :

"- rapport du Dr O._____ du 25.08.2005 : les limitations fonctionnelles somatiques mentionnées sont intégralement contenues dans celles retenues par les examinateurs du SMR. Concernant les limitations psychiques, l'irritabilité n'est pas une affection psychiatrique et les «états insomniaques» ont été décrits et pris en compte de manière critique en page 6 du rapport d'examen du 09.05.2005. Dans ce document, le Dr O._____ ne fait état d'aucun élément médical objectif dont nous n'aurions pas tenu compte.

- rapport du Dr O._____ du 13.12.2005 : les diagnostics mentionnés correspondent parfaitement aux constatations faites lors de l'examen clinique du 09.05.2005. Il n'y a aucun fait nouveau. L'arthrose est une maladie évolutive par définition. Elle ne peut donc que s'aggraver. Cependant les limitations fonctionnelles retenues par les examinateurs du SMR préconisent une épargne maximale des organes atteints. Notamment, la mise en place d'une prothèse de genou n'ajoutera aucune limitation fonctionnelle à celles déjà retenues et ne diminuera pas la capacité de travail exigible; au contraire, du fait de la diminution des douleurs, elle pourrait même augmenter sa capacité de travail. Ce rapport ne modifie l'exigibilité. Il n'y a aucun motif justifiant de reprendre l'instruction médicale.

- les rapports radiologiques concernant les deux genoux et la colonne lombaire ne font que confirmer les lésions déjà mises en évidence par les examens radiologiques décrits dans le rapport d'examen clinique du 09.05.2005, sans plus.

- le certificat médical de la Dresse V._____ du 23.10.2006 confirme les lésions connues, sans faire état d'aucun élément médical nouveau.

- le rapport du Dr Z._____ du 10.06.2007 fait état d'une réaction aiguë de deuil (décès du fils) F43.2 (=«trouble de l'adaptation»). Il est établi un mois après l'événement. Une réaction dépressive est parfaitement normale dans cette situation. En règle générale, une telle réaction s'atténue au fil du temps et ne justifie pas une incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI."

Le 4 février 2008, l'assurée a produit un rapport médical du 13 juillet 2004 du Dr F._____, chirurgien orthopédiste FMH, établi à l'attention du médecin-conseil de l'assureur perte de gain. Ce praticien a posé les diagnostics de gonalgies droites sur arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne et externe; gonalgies gauches sur discrets troubles dégénératifs; trouble somatoforme. En ce qui concerne la capacité de travail, il estimait que celle-ci pouvait être totale dans une activité

adaptée (travail effectué en station assise 75 % du temps, de courts déplacements fréquents étant possibles, sans port de charges au-delà de 5 kilos) après 4 mois "*après adaptation*". Tout en excluant la présence d'un état dépressif manifeste, il admet que les difficultés de communication présentées par l'assurée ne permettent pas d'analyser complètement son état psychique, des facteurs étrangers probablement de nature non médicale devant également être pris en compte.

b) Le 2 avril 2008, l'OAI a rendu une décision sur opposition, confirmant sa décision précédente. En effet, l'assurée n'amène à l'appui de son opposition aucun élément susceptible de remettre en cause le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 13 juin 2005. Il estime en outre que le dossier médical, abondamment documenté, ne comporte pas de lacune, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise médicale n'est pas nécessaire. Il maintient ainsi que la capacité de travail de l'assurée est totale dans une activité adaptée à son état de santé. Quant à la comparaison des gains, l'OAI retient un revenu d'invalidé fondé sur les données statistiques de 43'611 fr. 51 pour l'année 2003, compte tenu d'un abattement de 10 % et un revenu sans invalidité estimé à 36'000 fr. En l'absence de préjudice économique, le droit à une rente de l'AI n'est pas ouvert. Cela étant, l'OAI réserve expressément le droit de l'assurée de solliciter une aide au placement, à condition qu'elle admette disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

C. D._____ a recouru contre cette décision par acte du 5 mai 2008. Elle soutient que, d'un point de vue somatique, son état de santé s'aggrave, l'IRM du 26 janvier 2006 ayant prouvé cette péjoration en mettant en évidence une progression de l'arthrose. Sur le plan psychique, elle s'appuie sur les pièces médicales qu'elle produit avec son mémoire de recours pour alléguer une incapacité de travail totale dans toute activité, l'invalidité étant totale. Outre le rapport du Dr Z._____ du 10 juin 2007 sur lequel le Dr W._____ s'est exprimé 17 décembre 2007, le Dr O._____ fait état le 6 février 2008 d'une aggravation de l'arthrose touchant les genoux, laquelle s'est étendue à la colonne vertébrale, cervicale ainsi que dorso-lombaire. Pour ce qui est de la situation

psychique, ce praticien note que l'intéressée est dans une situation d'incompréhension devant l'impossibilité de savoir les circonstances exactes de l'accident dont a été victime son fils. Le 9 avril 2008, T._____, psychologue diplômée au service de la Consultation psychiatrique U._____, atteste la présence d'une symptomatologie dépressive sévère et invalidante pour les activités quotidiennes. Elle retient aussi *"un diagnostic de réaction de deuil (CIM-10, F43.2), complexe et pathologique associé à une sévère symptomatologie dépressive en raison de facteurs aggravants (deuxième enfant décédé dans des circonstances traumatiques, antécédents de deuils traumatiques dans la famille de la patiente, élaboration pathologique des causalités à contenu de culpabilité et de châtement intergénérationnel)"*. Elle ajoute ce qui suit : *"De plus, nous estimons que l'impossibilité pour la patiente de s'informer des causes et modalités reconnues du décès de son fils, en raison d'enquêtes et expertises laborieuses, est un facteur aggravant supplémentaire."* Une médication anti-dépressive et anxiolytique est prescrite. Dans un certificat du 27 avril 2008, le Dr Q._____ confirme les douleurs articulaires aux genoux et le suivi psychiatrique auprès de la Consultation psychiatrique U._____. Le pronostic concernant la capacité de travail est réservé. La recourante critique aussi le taux d'abattement de 10 % retenu par l'OAI, estimant que dans son cas, compte tenu de sa méconnaissance de la langue française, de son absence de formation professionnelle, de ses limitations fonctionnelles et des douleurs permanentes dont elle souffre, un taux d'abattement de 20 % devrait être retenu. Elle conclut ainsi principalement à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit constaté qu'elle est invalide à 100 %, une rente entière d'invalidité lui étant allouée, subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre afin de déterminer l'incapacité de travail globale.

Dans sa réponse du 28 juillet 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il estime que l'appréciation médicale du SMR doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. En ce qui concerne le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, l'OAI indique que selon le rapport du Dr

H._____, la recourante souffre d'un épisode dépressif moyen sans syndrome psychotique, le rapport du SMR du 9 mai 2005 ne mentionnant aucun élément du registre psychotique, ni aucun trouble décompensé de la personnalité. Quant aux autres critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, ils ne sont pas remplis. Le trouble somatoforme douloureux allégué par la recourante ne saurait donc être considéré comme invalidant.

Dans sa réplique du 10 octobre 2008, la recourante a fait savoir qu'elle maintenait ses conclusions précédentes, renouvelant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant notamment sur la gravité de son état dépressif et sa persistance. Elle fait valoir que son état dépressif s'est aggravé et a entraîné une incapacité de travail de longue durée.

Dupliquant le 5 novembre 2008, l'OAI a renvoyé à sa précédente argumentation et confirmé la décision attaquée.

Le 12 mars 2009 la recourante a produit un rapport médical du 27 février 2009 établi par la Dresse M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et T._____, psychologue diplômée, dont il ressort ce qui suit :

"Par la présente, nous attestons que la patiente susnommée a été adressée le 06.06.2007 à notre Consultation psychiatrique U._____, par son médecin traitant le Dr Q._____, et sur réorientation du Dr Z._____, psychiatre privé à [...], en raison d'une décompensation dépressive et traumatique suite au décès accidentel de son fils cadet le 22.04.2007.

La patiente susnommée est suivie depuis le 28.06.2007 et pour une durée indéterminée à raison de séances hebdomadaires, avec le concours d'une interprète médiatrice culturelle, par la psychologue soussignée, en étroite collaboration avec le médecin traitant prescripteur d'une médication anti-dépressive et anxiolytique (...).

Troubles diagnostics et discussion

Nous attestons d'un diagnostic de réaction de deuil (CIM 10, F43.2), complexe et pathologique associé à une sévère symptomatologie dépressive en raison de facteurs aggravants:

- second fils décédé dans des circonstances traumatiques
- suspicion de la responsabilité du neveu dans l'accident mortel du fils

- suspicion de trahison intrafamiliale par l'éventuel faux témoignage du neveu, soutenu par son père (frère de la patiente) et par la majorité de la famille d'origine de la patiente.

Nous constatons une thymie fortement dépressive, des pleurs constants, une perte d'élan vital majeure, un vécu de vide existentiel, et une idéation suicidaire scénarisée. La patiente verbalise son projet de se donner la mort une fois l'enquête judiciaire achevée, et «l'honneur de son fils lavé, lorsque le mensonge des traîtres sera donné aux yeux de tous». L'élaboration de la patiente parvient difficilement à quitter les thématiques de la trahison, de l'injustice, et des projections mortifères. A l'heure actuelle, elle ne témoigne d'aucune alternative qui soit à celle de ne pas survivre à la perte de son fils. Elle rapporte de nombreux comportements compulsifs en lien avec la disparition de son fils (rituels quotidiens, commémorations hebdomadaires, exigences inadéquates envers les proches) qui témoignent d'une entrave sévère du processus de deuil.

Jusqu'à peu, la patiente témoignait d'une totale rupture affective et d'une incapacité d'empathie envers ses proches. Le mari ainsi que les filles de la patiente, convoqués à divers entretiens, ont témoigné de l'immense détresse familiale face au décès accidentel du fils, et face aux menaces de suicide auxquelles les confronte la patiente, et qui tétanisent la famille. Mais aussi, ils rapportent des comportements hostiles de la part de la famille de la patiente, dont l'objectif serait de contraindre madame à l'abandon des procédures qui pourraient compromettre son neveu. La famille se vit en situation de trahison intrafamiliale.

Aussi, nous constatons une élaboration pathologique des causalités de l'accident, à contenu de culpabilité et de châtement intergénérationnel. La patiente a déjà perdu son premier fils dans des circonstances dramatiques. Elle avance n'avoir pas su suffisamment protéger le second contre la répétition de cette intrusion de la mort, et estime avoir «fauté» en confiant son fils à son neveu [sic]. Cette auto-accusation obsessionnelle participe à la paralysie des élaborations psychiques, et la patiente estime qu'il est de son devoir de «ne pas laisser son fils seul sous la terre».

Nous ajoutons qu'en mars 2008, la mère de la patiente est décédée, décès que la patiente attribue au choc de l'annonce de l'accident.

Ainsi, nous constatons que la patiente souffre d'une symptomatologie dépressive très sévère, avec idéation suicidaire, avec une élaboration des causalités auto-désignante et auto-agressive, tableau clinique associé à d'importants facteurs aggravants, qui paralysent et la patiente et sa famille dans un fonctionnement mortifère.

Pronostic

Au vu de la sévérité du tableau clinique et de l'impact des facteurs aggravants, il est difficile d'établir à l'heure actuelle un pronostic fiable vis-à-vis de l'évolution de la symptomatologie ou de l'impact des décisions pénales.

Une prise en charge médico-psychothérapeutique soutenue reste indispensable, pour une durée encore indéterminée, dans un objectif de contention et démantèlement de l'idéation suicidaire, et de recouvrement de la capacité d'élaboration de représentations autres que celles de l'auto-accusation, du sacrifice et du vide existentiel."

Le 24 mars 2009, ce rapport a été communiqué à l'OAI qui ne s'est pas déterminé.

Le 6 janvier 2010, la recourante a produit deux certificats médicaux.

Le premier, du 2 janvier précédent, établi par le Dr Q. _____ indique que, d'un point de vue psychologique, l'aggravation de l'état de santé concerne surtout les troubles de l'humeur (tristesse, fatigue, perte de plaisir, sommeil, appétit, idées suicidaires). Sur le plan somatique, des douleurs aux genoux, des épigastalgies, des douleurs abdominales et musculaires ainsi que des céphalées sont observées. Un suivi hebdomadaire est assuré et un traitement médicamenteux est prescrit. La capacité de travail est nulle. Le second certificat établi par la Dresse M. _____ et la psychologue T. _____, daté du 18 décembre 2009, diagnostique une réaction de deuil (CIM F43.2) complexe et pathologique associée à une sévère symptomatologie dépressive en raison de facteurs aggravants. Il est indiqué que les symptomatologies dépressive et traumatique restent semblables, notamment la perte d'élan vital, l'élaboration pathologique et auto-accusatrice de la cause du décès de son fils. Les auteurs considèrent qu'il est impossible d'avoir une estimation fiable de l'évolution de la symptomatologie. La prise en charge médico-psychothérapeutique se poursuit. La capacité de travail n'est pas évoquée.

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 sont sujettes à recours

devant le 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, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est 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. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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, 110 V 48 consid. 4a, RCC 1985 p. 53).

b) La recourante reproche en substance à l'OAI d'avoir refusé les prestations requises sans avoir tenu compte globalement de son état de santé ainsi que de sa situation.

3. 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 de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2003, respectivement au 1^{er} janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^e révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

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

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

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.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI a repris le même échelonnement, ces modifications successives n'ayant pas modifié les conditions d'octroi d'un quart de rente, qui présuppose une invalidité de 40 % au moins.

5. Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 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 et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

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; ainsi, il convient 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 réf.; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut toutefois 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, précité, consid. 5.2).

6. a) *Sur le plan somatique*, le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 13 juin 2005 retient que *"les lésions au niveau des genoux sont incontestables et incontestées. Les lésions objectives au niveau du rachis tant cervical que lombaire sont certes présentes, mais modestes"* (p. 8). En outre, les praticiens du SMR ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'arthrose fémoro-rotulienne bilatérale prédominant à droite (M17.1), de discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne droite ainsi que de cervicalgies et lombalgies communes dans le cadre de discrets troubles statiques dégénératifs étagés. Dans son avis médical du 17 décembre 2007, le Dr W._____ du SMR, se déterminant sur les rapports du Dr O._____ des 25 août et 13 décembre 2005, indique que les diagnostics qui y sont mentionnés correspondent *"parfaitement"* aux constatations faites lors de l'examen clinique du 9 mai 2005 (cf. supra consid. B.a). Il n'y a donc à ses yeux aucun fait nouveau. Il relève ensuite que l'arthrose est une maladie évolutive par définition et qu'elle ne peut donc que s'aggraver. Dans son avis médical du 6 février 2008, le Dr O._____ fait état d'une aggravation de l'arthrose touchant les genoux, ajoutant que l'assurée souffre d'arthrose à la colonne vertébrale, cervicale et dorso-lombaire. Il indique qu'une prothèse du genou pourrait éventuellement soulager l'intéressée, le Dr W._____ ayant déjà indiqué à ce sujet deux mois auparavant que la mise en place d'une prothèse de genou n'ajoutera aucune limitation fonctionnelle à celles déjà retenues et ne diminuera pas la capacité de travail exigible, laquelle pourrait même de ce fait augmenter en raison de la diminution des douleurs.

On constate dès lors que les pièces médicales fournies par la recourante ne sont pas de nature à infirmer les conclusions du SMR, lesquelles tiennent au surplus expressément compte des lésions objectivées et incontestées dans la détermination des limitations fonctionnelles entrant en ligne de compte dans le cadre d'une activité adaptée. Il y a ainsi lieu de confirmer les conclusions du SMR et d'admettre que la capacité de travail de la recourante est pleinement exigible dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

b) Quant au *volet psychique*, la recourante fait valoir que son état de santé s'est aggravé dès lors que le rapport médical de la Consultation psychiatrique U. _____ du 27 février 2009 fait état d'une symptomatologie dépressive très sévère. Une "*symptomatologie dépressive sévère et invalidante pour les activités quotidiennes*" avait déjà été constatée par le même groupe dans son attestation de suivi du 9 avril 2008. Dans ces deux pièces est posé le seul diagnostic de réaction de deuil (CIM-10, F43.2), lequel correspond au seul diagnostic déjà posé par le Dr Z. _____ dans son rapport du 10 juin 2007 (réaction aiguë de deuil, F43.2). Ainsi, ce n'est que dans le rapport des Drs H. _____ et X. _____ du 6 décembre 2004 que le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) est posé. Au vu des réserves exprimées quant à l'origine psychogène des douleurs exprimées, ces deux praticiens ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle a eu lieu le 9 mai 2005 et qui n'a mis en évidence aucun signe de dépression (p. 8). Si les médecins du SMR ont relevé une bonne image de soi chez l'assurée et n'ont noté aucun sentiment de culpabilité, ni de réelle anhédonie, ni d'idéation suicidaire active scénarisée, les Drs H. _____, X. _____, Z. _____ et le rapport médical de la Consultation psychiatrique U. _____ du 27 février 2009 mentionnent en revanche une thymie déprimée ainsi que des pleurs, ceux-ci ayant également été signalés par les médecins du SMR (p. 5). Pour leur part, le Dr Z. _____ et la Dresse M. _____ constatent aussi une grande tristesse, des pleurs, une idéation suicidaire scénarisée, ainsi qu'un sentiment de vide existentiel.

Or, tous deux soulignent l'importance du contexte culturel pour une meilleure appréciation de la situation, celui-ci pouvant même constituer des facteurs aggravants (rapport médical du 27 février 2009 de la Consultation psychiatrique U._____). De son côté, le SMR avait déjà souligné le 13 juin 2005 que la problématique s'étendait "*sur un domaine relationnel, voire migrationnel avec une assurée qui vraisemblablement ne souffrirait pas des symptômes décrits dans son pays d'origine*" (p. 9).

Or la jurisprudence fédérale pose que 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 de caractère invalidant (TFA I 382/03 du 21 janvier 2004, consid. 3.1 et la référence).

Dans le cas particulier, les facteurs socioculturels jouent à l'évidence un rôle important dans la symptomatologie dépressive présentée par l'assurée, dès lors que la situation familiale difficile, associée à des thématiques de trahison, d'injustice, d'auto-culpabilité et à des projections mortifères, constitue selon la Dresse M._____ des facteurs aggravants de la symptomatologie dépressive. Ce point avait déjà été souligné dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du SMR du 13 juin 2005 (p. 9). Au reste, il n'est pas diagnostiqué d'épisode dépressif, mais il est seulement évoqué une symptomatologie dépressive très sévère, c'est-à-dire l'ensemble des symptômes d'une maladie. Quant au diagnostic de

trouble somatoforme, il n'a été posé que par le Dr F._____, chirurgien orthopédiste FMH, dans son rapport du 13 juillet 2004. Or, selon la jurisprudence, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit avoir été posé par un psychiatre quand il s'agit d'évaluer l'impact du trouble somatoforme sur la capacité de travail d'un assuré (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Or, ce diagnostic n'a en l'occurrence pas été retenu par la Dresse B._____, ni par le Dr Z._____, ni par la Dresse M._____.

Cela étant, la recourante soutient une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, en se fondant notamment sur le rapport médical du 27 février 2009 de la Consultation psychiatrique U._____. S'il est vrai que ce rapport est certes plus récent que celui du Dr Z._____ du 10 juin 2007, il n'apporte toutefois pas d'éléments véritablement nouveaux. De plus, il ne prend pas en compte l'ensemble du dossier, ne répondant que partiellement aux questions déterminantes pour l'issue du litige et ne se déterminant pas sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Ce rapport ne fait en outre état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par le Dr Z._____, voire par la Dresse B._____. De plus, il ne se prononce pas au plan psychiatrique sur la capacité de travail exigible objectivement, mais mentionne qu'*"il est difficile d'établir à l'heure actuelle un pronostic fiable vis-à-vis de l'évolution de la symptomatologie ou de l'impact des décisions pénales"*.

Dès lors, même si le rapport du Dr Z._____ est antérieur de près de deux ans au rapport du 27 février 2009, cela ne justifie pas de nouvelles investigations. Au surplus, ce rapport ne fait que reprendre, en les développant, les considérations déjà émises dans l'attestation de suivi du 9 avril 2008 produite à l'appui du recours.

c) Il résulte des considérations qui précèdent qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de nouvelles investigations, ni sur le plan somatique, les lésions présentées par la recourante et leur évolution ayant été dûment prises en compte par le SMR dans son rapport du 13 juin 2005, ni sur le plan psychiatrique, faute d'éléments objectifs nouveaux sur le plan médical. Dès lors que le rapport du SMR du 13 juin 2005 satisfait

aux réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut (cf. supra consid. 5), il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. La requête de la recourante doit donc être écartée.

d) On relèvera au surplus que les certificats médicaux des 18 décembre 2009 et 2 janvier 2010 produits par la recourante le 6 janvier 2010 sont postérieurs à la date de la décision attaquée. Il en va de même de celui du 27 février 2009. Or, selon la jurisprudence fédérale, le juge des assurances sociales n'a pas à tenir compte des modifications de l'état de fait survenues après que la décision litigieuse (in casu, du 2 avril 2008) a été rendue (TFA I 483/02 du 6 juin 2003; ATF 127 V 466 consid. 1; 121 V 362 consid. 1b).

7. Sur le plan économique, la recourante se borne à critiquer le taux d'abattement de 10 % retenu par l'OAI.

S'il n'appartient pas à la juridiction de céans de substituer son appréciation à celle de l'OAI en la matière, force est de constater que la réduction maximale de 25 % autorisée par la jurisprudence (ATF 126 V 75) n'ouvrirait pas non plus le droit à une rente de l'assurance-invalidité, le seuil de 40 % n'étant pas atteint (art. 28 LAI).

Vérifiée d'office, la comparaison des gains à laquelle a procédé l'OAI est au demeurant correcte et doit donc être confirmée.

8. S'agissant des mesures professionnelles, si la recourante avait sollicité dans sa demande de prestations AI du 28 mars 2003 l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle ou d'un reclassement dans une nouvelle profession, elle ne conclut toutefois pas à de telles mesures dans son recours. De son côté, l'OAI réserve dans sa décision sur opposition du 2 avril 2008 l'octroi d'une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, sous réserve que la recourante admette disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

A teneur de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a).

Selon la jurisprudence (TF 9C_28/2009 du 11 mai 2009), une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6 p. 80 ss; TFA I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Si la révision législative en question avait certes pour but d'obliger les autorités administratives à entreprendre, d'office, plus de démarches dans le domaine de la réadaptation, notamment en relation avec l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), cette obligation ne laisse cependant rien présager de la forme que doit revêtir l'aide au placement. Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c p. 233 et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI. Quels que soient les mots utilisés, il apparaît que l'octroi d'office d'une aide au placement par la juridiction cantonale correspond à la possibilité d'obtenir une aide au placement à la condition de présenter une requête motivée offerte par l'administration.

Compte tenu de cette jurisprudence, une aide au placement doit être accordée d'office à la recourante pour autant qu'elle en fasse la demande à l'OAI.

9. **a)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte qu'elle ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision querellée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, 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. (art. 69 al. 1bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1^{er} juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 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.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 2 avril 2008 est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Une aide au placement est accordée d'office à la recourante pour autant qu'elle en fasse la demande à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Aba Neeman, avocat (pour D. _____),
- 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 :