

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

W. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Jean-Jacques Schwaab, avocat à Lausanne

et

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

Art. 4 al. 1 LAI, 8 LPGA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée), née en 1975, originaire de Bosnie-Herzégovine, s'est installée en Suisse en 1995. Au bénéfice d'un permis C, elle a travaillé en qualité d'ouvrière pour la société de travail temporaire E._____ de 2002 au 11 avril 2005.

Le 6 février 2006, l'assurée a déposé une demande de rente AI, en faisant valoir une incapacité totale de travail depuis le 11 avril 2005 en raison d'une dermatose aux deux mains existant depuis 1995.

Le 27 mars 2006, l'assurée a attesté que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % comme ouvrière.

Dans un rapport médical du 31 mai 2006 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente une dermatose chronique des deux mains et avant-bras depuis 1995; comme diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, il a indiqué un état dépressif latent réactionnel. Ce praticien a exposé que des investigations avaient été faites par la Dresse F._____, spécialiste FMH en dermatologie), puis au Centre X._____ (ci-après : X._____), où l'assurée a été hospitalisée du 24 août au 2 septembre 2005. Un eczéma des mains de type irritatif toxique sur possible terrain atopique a été évoqué, une pathomimie n'étant toutefois pas exclue. Les dermatologues semblent exclure le lupus, contre l'avis du pathologue. Le Dr L._____ a précisé que les traitements essayés étaient temporairement un peu améliorateurs de la situation, mais nécessitaient un enveloppement des mains complet pour plus d'une semaine. Le pronostic est réservé.

Le 3 juin 2006, le Dr L._____ a relevé qu'une ouvrière qui ne peut se servir de ses mains n'est pas utilisable, précisant que l'activité

exercée jusqu'à présent par sa patiente, ni aucune autre activité ne sont plus exigibles et qu'il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail.

Le 10 octobre 2006, la Dresse F._____ a établi un rapport médical, dont il ressort que l'assurée présente une dermatose des mains probablement d'origine artéfactuelle depuis 1995. Elle expose avoir constaté des efflorescences érythémato-papuleuses bien délimitées du dos des mains. L'état de santé de l'assurée s'aggrave, mais pourrait être amélioré par des mesures médicales. Selon cette spécialiste, l'activité exercée jusqu'alors par sa patiente n'est plus exigible. Etais joint un rapport du X._____ établi le 14 septembre 2005 par le Dr Q._____, chef de clinique du Service de dermatologie et vénéréologie, à l'attention de la Dresse F._____ faisant suite à l'hospitalisation de l'assurée du 24 août au 2 septembre 2005. On peut notamment y lire ce qui suit :

"(...)

EVOLUTION ET DISCUSSION

Cette patiente est connue pour un eczéma des mains depuis 10 ans se caractérisant par une dyshidrose, indépendamment de son travail. Nous avons complété le bilan de cet eczéma par des pricktests qui s'avèrent négatifs, et par des tests épicutanés avec une recherche plus vaste. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une allergie de contact, notamment absence d'hypersensibilité au nickel cette fois-ci. En cours d'hospitalisation, nous avons observé une bonne évolution sous traitement de Betnovate onguent 1 x/j. et d'onguent émulsifiant 2x/j. avec le port de gants de coton. Vous aviez également tenté un traitement topique avec des corticostéroïdes de classe 3 à 4 resté sans effet. Nous suspectons donc une mauvaise compliance chez cette patiente. De plus, au vu des excoriations présentées et des manipulations à répétition (observées pendant l'hospitalisation), nous suspectons des artéfacts sous-jacents.

Une allergie de contact étant exclue, nous suspectons donc un eczéma de type irritatif toxique mais tout de même survenu sur un terrain atopique (dyshidrose). L'atopie n'a pas pu être mise en évidence (pricktests négatifs, pas d'antécédents familiaux), néanmoins Il est bien connu qu'une atopie peut être présente même avec un bilan négatif.

Nous avons proposé à Madame W._____ de n'utiliser que des produits dermatologiques pour soigner sa peau (par exemple Derméd savon ou des produits Spirig de la ligne Excipial Clean et Excipial Repaire crème) et de poursuivre l'application d'un émollient au moins 1 à 2x/j. De plus, nous avons conseillé à la patiente de porter des gants lors des nettoyages avec des produits toxiques à domicile.

A noter que nous n'avons pas d'argument en ce qui concerne la relation de type allergie de contact avec son travail. Sur son lieu de travail, les mesures proposées (protection de la peau avec un

émollient et un savon dermatologique, port de gants) sont impérativement à poursuivre.

(...)"

Les médecins du X._____ ont attesté un arrêt de travail à 100 % du 24 août au 2 septembre 2005.

Le 4 mai 2007, le Dr Z._____, médecin assistant du Service de dermatologie du X._____, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI. Il indique que l'état de santé de l'assurée s'améliore et que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales. A titre de diagnostics ayant des répercussions sur la CT, il retient :

- une dermatite des mains et avant-bras existant depuis 1995, avec comme diagnostic différentiel : une dermatite de contact irritatif chronique (sur fond de dermatite atopique) et un lupus érythémateux subaigu.

Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il indique :

- des arthralgies des poignets, des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes des deux mains existant depuis 2005, avec comme diagnostic différentiel :
 - polyarthrite débutante
 - spondylarthropathie
 - connectivite de type lupus érythémateux
- des céphalées temporo-occipitales chroniques
- un syndrome de stress psychologique post-traumatique (suite à la guerre en Bosnie)

Ce dermatologue relève que le pronostic dépend fortement du soin réhydratant quotidien apporté aux mains et à l'éviction du contact avec des substances irritatives ou avec le nickel, une excellente compliance ne pouvant être certifiée à cet égard. Il indique que la capacité de travail de l'assurée au poste occupé jusqu'alors peut être améliorée grâce à une bonne hydratation des mains et à l'évitement de tout contact avec des substances irritantes. Une autre activité sans limitation d'heures peut également être exigée de l'assurée, dans la mesure où ses mains ne sont pas engagées dans des activités provoquant une irritation. A ce rapport était jointe une copie de la lettre de sortie adressée par le Service de

dermatologie du X._____ au Dr L._____ le 30 mars 2007 faisant suite à l'hospitalisation de l'assurée dans ce service du 12 au 26 mars 2007. On peut notamment y lire que, lors de son séjour hospitalier, l'assurée a été examinée par le Dr S._____, psychiatre de liaison. L'assurée s'est présentée avec un contact difficile, un visage souvent peu expressif. Le psychiatre retient l'hypothèse diagnostique d'un syndrome de stress post-traumatique en relation avec les épisodes de guerre vécus en ex-Yougoslavie. L'assurée ayant déjà été suivie de manière ambulatoire, le Dr S._____ lui a proposé de reprendre ce suivi. Dans leur synthèse, les dermatologues exposent retenir dans un premier temps l'hypothèse d'un eczéma de contact de type irritatif, avec un doute quant à la compliance des soins de peau à domicile. L'hypothèse du lupus érythémateux ne peut toujours pas être clairement exclue, mais les spécialistes manquent d'éléments pour poser formellement ce diagnostic différentiel, en relevant qu'il est pour l'heure important de réussir à contrôler au mieux l'état cutané avec l'application constante d'émollients et le recours aux dermocorticoïdes lors des exacerbations. Ils indiquent également que la suite de l'évolution et de la prise en charge dépendront de l'apparition éventuelle de nouveaux signes en faveur d'un lupus érythémateux.

Le 13 mai 2008, le Dr I._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a établi un avis médical en ces termes :

"(...)

Assurée d'origine bosniaque, en Suisse depuis 1995, sans formation. Souffrant depuis plusieurs années d'un eczéma chronique des mains, elle a été mise à l'arrêt de travail le 12.04 .2005, selon son employeur, et son contrat temporaire a expiré en août 2005. Depuis, elle est sans travail. D'après la Dresse F._____, qui l'a suivie dès 2005, elle souffre d'une dermatite chronique de type irritatif des mains. Les tests cutanés effectués au X._____ en 2005, et confirmés en 2007, font ressortir une sensibilité au nickel et aux substances émulsifiantes. Selon le rapport du X._____ (annexé à celui de la Dresse F._____ du 10.10.2006 à la GED), aucun rapport de cause à effet n'a pu être établi avec son travail, qui aurait pu être poursuivi moyennant des mesures de protection des mains. Une demande de rente a néanmoins été introduite en 2006. D'après le médecin traitant, le Dr L._____, qui n'atteste pas de certificat d'incapacité de travail, aucune activité ne peut être exigée. Les autres rapports médicaux ne mentionnent pas d'autres limitations que celles mentionnées. Dans ce cas, aucune affection médicale durable invalidante ne peut être retenue, et la capacité de cette

assurée est entière comme ouvrière, sous réserve de l'éviction des produits irritants mentionnés.
(...)"

Le 27 mai 2008, l'OAI a rendu un projet de refus de rente. Il retient que l'assurée présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle d'ouvrière à condition d'éviter les substances irritantes.

Par courrier du 20 juin 2008, l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Jacques Schwaab, avocat à Lausanne, a contesté le projet de décision et plus particulièrement l'avis du SMR sur lequel il se fonde, en faisant notamment valoir qu'il est pour le moins surprenant que son auteur déclare qu'il n'existe aucune affection médicale durable invalidante et que la capacité de travail est totale alors qu'il n'a pas rencontré l'assurée. Il a également relevé qu'aucun diagnostic précis n'avait pu être établi, nonobstant l'intervention de trois spécialistes et deux hospitalisations et que le médecin traitant était d'avis qu'en raison des douleurs qu'elle ressent et des blessures qu'elle présente aux deux mains, sa patiente ne peut exercer aucune activité d'une certaine douleur, même avec des gants. Me Schwaab a requis que sa mandante soit examinée par le SMR, voire la mise en œuvre d'une expertise.

Le 15 septembre 2008, l'OAI a rendu une décision confirmant le projet du 27 mai 2005.

B. Par acte du 19 octobre 2008 de son conseil, W._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 15 septembre 2008 et conclu avec dépens à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause pour que soient mises en œuvre des mesures de réadaptation au sens des art. 15 et 55 LAI.

Par réponse du 26 mars 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 19 mai 2009, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire et produit, à l'appui de sa requête, un bref rapport du 14 mai 2009 de la Dresse N._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Neuchâtel, qui a la teneur suivante :

"(...)

J'ai reçu une première fois Madame W._____ à ma consultation en mai 2006, puis à nouveau depuis novembre 2008.

Le diagnostic psychiatrique est, selon la classification CIM-10 un **Etat de stress post-traumatique sévère**, lié à ce que la patiente a vu des horreurs de la guerre en Bosnie. Et cette affection psychique est totalement handicapante pour la patiente : anxiété permanente, reviviscence des événements sous forme de flashes visuels ou de bruits (cris), état de «qui-vive», insomnies, et dépression.

Les troubles dermatologiques, assez importants ne jouent qu'un rôle secondaire dans l'incapacité de travail, dans le sens où ils aggravent une fragilité préexistante, et ont en quelque sorte révélé le trouble post-traumatique non-diagnostiqué dont souffrait la patiente, en déséquilibrant un équilibre psychique très fragile.

Nous pouvons espérer, avec un suivi psychiatrique, améliorer quelque peu la qualité de vie de la patiente, mais probablement pas la capacité de travail, car le pronostic d'une telle affection n'est pas bon, surtout dans l'après-coup (des années après le traumatisme).

(...)"

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et répondant pour le surplus aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités 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. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, qui lui ont été niées par l'intimé dans la décision

attaquée. La question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI est contestée. Cette dernière se plaint de n'avoir fait l'objet d'aucun examen par le SMR, prétend que l'instruction à laquelle a procédé l'OAI est incomplète en ce sens qu'il aurait dû ordonner une expertise bidisciplinaire, dermatologique et psychologique, et se prévaut d'une incapacité de travail totale selon l'avis de ses médecins traitants.

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

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est capable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

3. a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

b) Les rapports des médecins des assureurs peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR, 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 8C_756/2008 du 4 juin 2009 c. TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). Il doit donc être établi par des

spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Lorsqu'un rapport du SMR établi conformément à ces prescriptions aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait l'écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 c. 3.b/bb).

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 peuvent avoir 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; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025).

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).

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).

Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les réf. citées).

4. S'il est vrai que le SMR n'a pas procédé à un examen médical de la recourante, il a toutefois fondé son avis du 13 mai 2008 en se référant aux rapports médicaux des dermatologues du X. _____ des 14 septembre 2005, 30 mars 2007 et 4 mai 2007. Dits rapports faisaient suite aux deux hospitalisations (24 août au 2 septembre 2005 et 12 au 26 mars 2007) de la recourante dans le service de dermatologie de cet établissement, la deuxième à l'instigation de l'OAI pour une expertise. Lors de ces hospitalisations, des tests cutanés approfondis et des essais de traitement ont été effectués. Ces rapports font état des plaintes de la recourante, des constatations objectives des spécialistes, des résultats des tests de laboratoire et des essais de traitement. Si un diagnostic définitif n'a pas pu être posé par les dermatologues du X. _____, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ont procédé à une analyse détaillée de la situation médicale de la recourante qui a débouché sur des conclusions claires et bien motivées quant à l'étiologie de l'atteinte, notamment en ce qui concerne la question de l'éventuel lien avec l'activité professionnelle de la recourante, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Dans ces conditions, on ne saurait soutenir, comme le fait la recourante, que les investigations médicales ne sont pas suffisantes. On ne voit pas d'ailleurs comment un autre expert pourrait poser un diagnostic précis, si après deux hospitalisations au X. _____, les spécialistes de cet établissement n'ont pas pu le faire.

Dès lors que l'appréciation du SMR repose sur les avis médicaux de spécialistes qui ont procédé à un examen attentif des

symptômes, des plaintes de l'assurée, à des analyses de laboratoire et fait état de leurs constats lesquels ont débouché sur des conclusions médicales objectives et convaincantes, la Cour de céans considère qu'il satisfait aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante et fait siennes ses considérations. Le fait que les médecins traitants de la recourante, le Dr L._____, généraliste, et la Dresse F._____, dermatologue, ne partagent pas l'opinion du SMR quant à la capacité de travail de la recourante, qu'ils estiment nulle dans toute activité, ne suffit pas pour remettre en question l'avis médical du SMR, dès lors que les médecins traitants n'apportent aucun élément médical susceptible de démontrer la justesse de leur point de vue, mais se contentent de rapporter les plaintes subjectives de la recourante (douleurs et irritations dues au contact de gants de protection).

5. La recourante soutient qu'elle est en incapacité totale de travail, dans quelque activité que ce soit et requiert l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement des mesures professionnelles.

Les investigations médicales menées par les dermatologues du X._____ ont abouti à la conclusion que la recourante pouvait travailler dans une activité ne nécessitant pas l'emploi des produits irritants. Même si un diagnostic précis n'a pas pu être établi, les spécialistes sont d'accord pour retenir une dermatite chronique de type irritatif, sans relation avec l'activité professionnelle de la recourante. Ils recommandent toutefois le respect des consignes de protection et d'hydratation des deux mains, ainsi que le suivi scrupuleux du traitement médicamenteux, en relevant qu'il y a des doutes sur la compliance de la recourante à cet égard. Cela étant, il faut admettre avec le SMR et l'OAI qu'il n'y a pas d'atteinte invalidante à l'état de santé somatique de la recourante, ce qui justifie le refus de prestations AI.

Sur le plan psychique, la recourante se prévaut du rapport que sa psychiatre traitante, la Dresse N._____ a établi le 19 mai 2009. Il en résulte que la recourante consulte celle-ci depuis novembre 2008, soit

après la décision attaquée. Certes, la Dresse N._____ retient un état de stress post-traumatique consécutif aux horreurs que la recourante aurait vécu lors de la guerre de Bosnie, soit avant 1995. Selon le CIM-10, ce trouble constitue une réponse à une situation ou à un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophiques et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (F43.1).

En l'espèce, la psychiatre ne rapporte pas les éléments anamnestiques et les constatations objectives sur lesquels elle se base pour retenir un tel diagnostic, se contentant d'indiquer que "cette affection psychique est totalement handicapante pour la patiente : anxiété, permanente, reviviscence des événements sous forme de flashes visuels ou de bruits (cris), état de "qui-vive", insomnies et dépression". Dans ces circonstances, on ne peut reconnaître le caractère invalidant, voire l'existence même d'une telle atteinte, une liste de symptômes pouvant être associés à un état de stress post-traumatique ne suffisant pas à poser le diagnostic. Au demeurant, il convient de rappeler que la doctrine médicale considère dans la plupart des cas qu'un syndrome de stress post-traumatique se résout dans les trois mois suivant le traumatisme (par exemple, TF I 947/06, arrêt du 14 décembre 2007). La Dresse N._____ retient ce diagnostic sans donner aucune explication sur la durée voire l'émergence d'un syndrome post-traumatique plus de dix ans après la fin de l'événement déclencheur. Enfin, même si on devait retenir l'existence d'un syndrome post-traumatique, il n'est pour autant pas établi médicalement que dit syndrome se manifeste avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail de la recourante ne puisse plus être raisonnablement exigée. Là encore, on observe que la psychiatre ne se prononce ni sur l'importance et l'intensité des symptômes dans le quotidien de sa patiente, ni sur sa capacité de travail, se contentant d'affirmer, sans explications, que l'atteinte est totalement invalidante pour la recourante, que le suivi psychiatrique pourra améliorer quelque peu sa qualité de vie mais probablement pas sa capacité de travail, sous prétexte que le pronostic d'une telle affection n'est pas bon, surtout dans l'après-coup. Il faut encore relever que l'existence de troubles psychiatriques n'a pas été ignorée auparavant mais

ceux-ci n'ont jamais paru suffisamment importants, même aux yeux du Dr L._____, pour justifier une incapacité de travail. Ainsi, dans un avis médical du 31 mai 2006, le médecin traitant de la recourante indique que la recourante présente un état dépressif latent réactionnel, en précisant que ce diagnostic n'a pas de répercussions sur sa capacité de travail. De même, dans leur rapport du 30 mars 2007, les médecins du X._____ ont relevé que lors de son hospitalisation précédente la recourante avait été examinée par le psychiatre de liaison de l'établissement, à qui elle est apparue d'un contact difficile et peu expressive. Ce dernier a émis l'hypothèse diagnostique d'un syndrome de stress post traumatique eu égard aux événements auxquels elle a assisté lors de la guerre de Bosnie et recommandé à la recourante de reprendre le suivi psychothérapeutique ambulatoire entamé précédemment. Il est donc erroné de dire comme le fait la Dresse N._____ que l'état de stress post-traumatique n'a jamais été diagnostiqué auparavant.

En conséquence, à l'instar de l'avis des médecins du X._____ et du SMR, on retiendra que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrière, ni dans toute autre activité. C'est donc à juste titre que le droit à des prestations d'invalidité a été nié, étant rappelé que le degré d'invalidité minimum ouvrant le droit à une rente est de 40 % (art. 28 LAI) et que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de gain de 20 % (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). Au demeurant, on relève qu'une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles ne paraît pas difficilement accessible, même si la recourante ne dispose pas d'une formation professionnelle particulière.

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit jugée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction.

6. En définitive, le recours interjeté par W._____, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 15 septembre 2008 de l'OAI confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 250 fr., sont mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD et 2 al. 1 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 19 octobre 2008 par W._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Jacques Schwaab, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office des assurances sociales, à 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 :