

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Jevean et Gasser, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6ss LPGA, 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1965, mère de famille, a travaillé comme ouvrière au conditionnement de légumes auprès de l'entreprise [...] depuis le mois de juin 2002. En incapacité de travail pour cause de maladie dès le 1^{er} décembre 2005, elle a été licenciée pour le 31 mai 2006. Le 1^{er} février 2007, elle a déposé une demande de prestations AI tendant au versement d'une rente.

Un avis médical SMR du 23 avril 2008 résumait le cas soumis comme il suit:

"Cette assurée portugaise de 43 ans, sans formation et ne parlant pas français, travaillait comme ouvrière dans une exploitation maraîchère; elle est en IT depuis le 01.12.2005 (licenciée au 31.05.2006) pour ce qui était initialement des lombosciatalgies banales sur lesquelles se sont progressivement greffés de multiples autres problèmes: insomnies rebelles, syndrome des jambes sans repos mal toléré, mais surtout un état dépressif important. Les différents traitements institués ont eu peu d'effet; une prise en charge psychiatrique chez un psychiatre parlant portugais a débuté fin 2006; dans son rapport de mars 2007 ce médecin rapporte un état stationnaire, avec une "décompensation dépressive et anxieuse en partie liée aux problèmes du milieu de la vie et à l'incurabilité des troubles somatoformes, avec des crises de panique et deuil pathologique chez une personnalité à organisation psychologique probablement psychotique"; il estime la CT nulle définitivement comme ouvrière, sans possibilité de réadaptation. Selon l'avis CEP du 22.05.2007, il convient d'organiser un examen clinique psychiatrique et rhumatologique à la [...]"

Après examen complet de l'assurée durant un séjour effectué à la [...] du 1^{er} au 3 septembre 2008 le Dr X. _____, chef de service, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a porté l'appréciation médicale suivante:

"Les motifs de l'incapacité alléguée pour cette assurée ont beaucoup évolué entre le dernier jour de travail (30 novembre 2005) et le moment où Mme D. _____ engage des démarches auprès de l'assurance invalidité (01 février 2007). L'employeur mentionne en effet un licenciement (31 mai 2006) en raison d'une longue maladie, sans plus de précision. Or, avant cette date, le dossier comporte peu de détails sur l'atteinte à la santé: on sait que l'assurée souffre d'une hémophilie A et qu'en avril 2004, elle a été investiguée au [...] pour

une thrombopénie dont l'origine est probablement immune. Par ailleurs, elle a subi, en avril 2005, une intervention triviale sur le poignet droit (excision d'un kyste arthrosynovial).

Dans les mois qui suivent son licenciement, la prise en charge médicale s'intensifie et débouche sur une diversification des diagnostics. Une insomnie oriente l'investigation sur des troubles respiratoires: on évoque tour à tour un syndrome d'apnée du sommeil qu'une polysomnographie infirme, une atteinte ORL qui se soldera par une septoplastie et une ethmoïdectomie bilatérale en novembre 2006, et un asthme allergique bien stabilisé sous traitement (spirométrie normale).

Pour claires qu'elles soient, ces affections n'ont qu'un faible retentissement clinique et n'occasionnent pas d'incapacité de travail significative: l'assurée est sporadiquement gênée par des épisodes d'épistaxis et une anémie fluctuante pour laquelle elle reçoit un traitement martial.

C'est en réalité par le truchement de symptômes douloureux et d'un état de fatigue qu'elle entre dans l'incapacité. Comme l'atteste le dossier d'imagerie et comme le confirme le Dr G. _____ en mars 2006, Mme D. _____ accuse des rachialgies diffuses à prédominance lombaire. Toutefois, la composante lésionnelle des plaintes paraît mineure et l'on comprend vite que l'image d' hernie discale L5-S1 révélée par un Ct-Scan pratiqué au Portugal est impropre à expliquer le tableau et constitue une découverte fortuite. On retient finalement un syndrome des jambes sans repos dont les manifestations s'estompent sous un traitement de benzodiazépine et d'antiépileptique.

Les nombreux médecins impliqués dans la prise en soins relèvent que des singularités psychiques interviennent dans l'efflorescence symptomatique et, à partir du mois d'octobre 2006, Mme D. _____ dispose d'un suivi psychiatrique régulier: le Dr L. _____ retient une décompensation dépressive et anxieuse en partie liée à l'incurabilité du trouble somatoforme.

L'approche clinique actuelle est sans réelle surprise, qui nous met face à une assurée dont les plaintes restent vagues, difficilement intelligibles, comportant principalement une asthénie, une anhédonie et une inhibition dans les activités quotidiennes: toutes les réponses aux questions vont dans le sens d'une restriction des activités aussi bien sociales, familiales que ménagères. La douleur, en filigrane de l'anamnèse, intéresse principalement le rachis sans que l'assurée puisse désigner un segment précis.

L'examen clinique est à l'avenant: on relève avant tout des signes comportementaux qui perturbent l'évaluation clinique (cf détails ci-dessus): si l'on fait abstraction du problème de collaboration, on ne trouve pas de limitation de l'appareil locomoteur ni de signe objectif orientant sur une atteinte somatique précise: une maladie rhumatismale inflammatoire ou un conflit disco-radiculaire cervical ou lombo-sacré sont par exemple rapidement exclus.

L'examen des documents d'imagerie est rassurant: les protrusions discales cervicales et lombaires sont triviales et ne sauraient expliquer tout ou partie des symptômes.

A ce stade de l'expertise, on ne peut donc que se ranger à l'avis des spécialistes (neurologue et rhumatologue) qui ont examiné Mme D. _____ avant nous et souligner qu'on ne dispose pas d'un socle somatique susceptible d'étayer les plaintes douloureuses et l'état de fatigue; comme eux, l'on en vient à évoquer l'intervention de facteurs psychologiques dans la désinsertion professionnelle et dans les allégations de handicaps.

L'évaluation des capacités fonctionnelles s'inscrit dans la même perspective. Manifestement, Mme D. _____ sous-estime ses propres aptitudes: c'est ce qu'indique le score de 27 obtenu au questionnaire PACT. Un tel résultat invite à penser que l'intéressée ne peut se soumettre qu'à des efforts insignifiants, inférieurs à sédentaires ou essentiellement assis, comme on en attend par exemple d'un paraplégique. Une telle appréciation ne correspond ni aux performances réalisées au cours des tests eux-mêmes, ni aux efforts déployés dans la vie réelle.

On peut relever que la volonté de donner le maximum aux différents tests est incertaine et que le niveau de cohérence est moyen si bien que l'évaluation ne mesure finalement que l'effort que Mme D. _____ a bien voulu concéder.

Dans un tel contexte, il convient d'analyser quelles sont les singularités psychiques qui conditionnent l'autolimitation décrite ci-dessus et de déterminer si ces singularités ont une portée suffisante pour amputer la capacité de travail. Mme D. _____ se présente à l'entretien psychiatrique comme une femme de taille moyenne, un peu forte, mais de bonne présentation. L'entretien est mené avec l'aide d'un traducteur; l'assurée est capable d'intervenir en français. Son discours est cohérent. On n'observe pas de troubles attentionnels ou mnésiques grossiers, ni d'éléments évoquant un déficit intellectuel. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni d'état d'agitation. La thymie est légèrement abaissée, l'assurée pleurant à l'évocation de bouleversements existentiels qu'elle met en relation avec ses problèmes de santé. Lorsqu'elle aborde sa relation avec sa fille, elle exprime un sentiment de culpabilité. Toutefois, on ne relève pas de signes orientant vers un trouble dépressif majeur tel qu'idées de ruine, suicidaires manifestes ou de dévalorisation. Le trouble du sommeil et la fatigabilité sont selon l'intéressée liés aux douleurs. Il n'y a pas de signes patents de la lignée psychotique tels que délire, hallucinations ou trouble du cours de la pensée. Concernant sa personnalité, des traits passifs et dépendants sont perceptibles.

Un syndrome douloureux somatoforme persistant peut sans autre être retenu chez cette femme qui exprime un sentiment de détresse au travers de plaintes douloureuses en disproportion manifeste avec les bases organiques. Ces discordances ont été évoquées dès le début de l'année 2006 puis le diagnostic a été confirmé par le psychiatre traitant. L'état douloureux s'est développé dans le cadre d'une surcharge globale (découverte d'une thrombopénie, investigation de troubles respiratoires, isolement social,

licenciement, problèmes financiers). Les différents traitements à visée somatique n'ont pas eu d'influence sur l'évolution qui s'est soldée par l'adoption d'un statut d'invalidé.

A la question précise d'une comorbidité, en particulier d'un trouble dépressif, il faut répondre par la négative. Mme D. _____ présente certes une tendance dépressive depuis l'apparition des douleurs multiples. Actuellement toutefois, le diagnostic de dépression majeure ne peut plus être retenu. A analyser les différents rapports émanant du dossier, ses symptômes semblaient plus préoccupants en 2006. Leur intensité est probablement atténuée par le traitement antidépresseur. Par ailleurs, bien qu'elle ne se reconnaisse pas de problème psychotique, l'assurée accepte un soutien psychothérapeutique depuis 2 ans, ce qui peut contribuer à une certaine amélioration. Les symptômes psychiques actuels (trouble du sommeil, fatigue, perte de motivation, ruminations, passivité) sont de degré léger et peuvent être assimilés à une dysthymie, elle-même réactionnelle au syndrome douloureux somatoforme persistant. S'il n'existe par ailleurs une certaine fragilité de personnalité (à traits dépendants), cette singularité n'atteint toutefois pas le seuil d'un trouble de la personnalité selon les critères des classifications internationales (CIM 10).

On doit donc considérer que Mme D. _____ dispose de ressources suffisantes pour assumer un emploi rémunéré. Bien qu'elle se dise isolée, elle garde un réseau social et d'excellents contacts avec sa famille. Malgré ses allégations de handicap, on comprend qu'elle arrive à faire face aux exigences de sa vie quotidienne et assume en partie l'éducation de sa fille, son rôle de mère et quelques tâches administratives. Son comportement en situation réelle de travail est certes marqué par la lenteur. Toutefois, le faible rendement observé en ateliers professionnels ne trouve pas d'explication proprement médicale; ces performances médiocres sont liées au phénomène d'autolimitation bien mis en exergue au cours des évaluations précédentes (approche médicale, ECF).

Réponses aux questions de l'assurance AI

A. Questions cliniques

1. Anamnèse: Cf. plus haut.
2. Plaintes et données subjectives de l'assuré: Cf. plus haut.
3. Status clinique: Cf. plus haut.
4. Diagnostics: Cf. plus haut.
5. Appréciation du cas et pronostics: Cf. plus haut.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés au plan physique, au plan psychique et mental, au plan social

L'assurée souffre de différentes atteintes à la santé physique intéressant à la fois le système sanguin (hémophilie A, thrombopénie probablement immune) et l'appareil respiratoire (polypose rhino-sinusale, asthme traité). Qu'elles soient analysées de façon indépendante ou commune (épistaxis récidivante), ces atteintes ne sauraient justifier une incapacité de travail significative dans les activités exercées avant le 30 novembre 05.

Les symptômes qui ont conduit Mme D. _____ à déposer une demande auprès de l'AI sont conditionnés par des facteurs psychiques. Les douleurs rachidiennes ne nécessitent pas une classification diagnostique séparée: elles s'inscrivent dans le cadre d'un état douloureux diffus que, vu l'insuffisance du socle somatique, on peut ranger dans le syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce syndrome douloureux comporte différentes facettes: bien qu'il s'en rapproche, nous avons isolé le syndrome des jambes sans repos, vu la réponse satisfaisante au traitement.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Le syndrome douloureux somatoforme persistant et ses différentes manifestations n'ont pas une gravité exceptionnelle. Ils ne répondent donc pas aux critères fixés par la jurisprudence pour cautionner une incapacité de travail.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail caduque

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?

oui

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement?

non

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

C'est après son licenciement que l'assurée a déposé une demande de prestations AI en vue d'obtenir une rente. Il n'y a toutefois pas d'atteinte à la santé de longue durée fondant une telle démarche.

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

Caduque

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

oui

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

caduque

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

caduque

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

oui".

Une expertise psychiatrique de l'assurée, effectuée par la [...] en sus de l'expertise médicale précitée, s'est exprimée comme suit :

"Observation

On est face à une femme âgée de 43 ans, de taille moyenne mais un peu forte, et de bonne présentation. Elle est venue à la Clinique en voiture, accompagnée par un neveu. Elle a respecté les rendez-vous fixés, se montrant collaborante et respectueuse. Notre entretien se déroule avec l'aide d'un traducteur, mais elle intervient par moment

en français. L'assurée tient un discours cohérent. Elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. On n'observe pas de troubles attentionnels ou mnésiques grossiers, ni d'éléments évoquant un déficit intellectuel. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni d'état d'agitation. Son discours est plaintif et centré sur ses douleurs multiples et ses différents problèmes de santé (asthme, épistaxis, hémophilie). Elle montre à plusieurs reprises les différentes ecchymoses au niveau de son bras. On ressent chez elle une souffrance intérieure et un mal-être évident. La thymie est légèrement abaissée. Elle pleure en évoquant le changement de sa vie, le mettant en relation avec ses problèmes de santé. A d'autres moments, elle se montre plus vive et active. Quand on aborde la question de sa relation avec sa fille, elle exprime un sentiment de culpabilité de ne pas pouvoir s'en occuper et se sent rejetée par son enfant. Jugement et raisonnement paraissent comme parfaitement normaux pendant tout l'entretien. Elle a aussi tendance à anticiper ses échecs et à s'autolimiter dans ses activités. Elle reste dans la même position durant tout l'entretien d'une heure 50 et son visage ne montre aucune souffrance physique malgré ses plaintes. On ne relève pas de signes orientant vers un trouble dépressif majeur tel qu'idées de ruine, de dévalorisation ou des idées suicidaires manifestes. Le trouble du sommeil et la fatigabilité sont décrits par l'assurée comme en relation avec ses douleurs. L'évocation des éléments anamnétiques se fait de manière descriptive, précise. On ressent quelques angoisses en relation avec ses problèmes de santé physique. Il n'y a pas de signes florides de la lignée psychotique tels que délire, hallucinations ou trouble du cours de la pensée. Concernant sa personnalité, des traits passifs et dépendants sont perceptibles. Ses attentes face à l'assurance invalidité sont floues, disant qu'avant tout, elle souhaite guérir de ses douleurs afin de pouvoir s'occuper pleinement de sa fille.

Diagnostics

Sans retentissement sur la capacité de travail:

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

Avec retentissement sur la capacité de travail:

Aucun".

Une évaluation en ateliers professionnels a également eu lieu durant les trois jours passés auprès de la [...]. Les Drs E. _____, chef de service et Q. _____, médecin du travail, se sont prononcés comme suit:

"En conclusion:

Mme D. _____ a collaboré activement à l'évaluation en ateliers professionnels.

- Elle cherche à répondre à l'attente de l'investigateur.
- Elle comprend rapidement les consignes simples.
- Elle se plie sans rechigner aux tests qui lui sont proposés.
- Dans l'ensemble, elle fait donc preuve de bonne volonté.
- La qualité de son travail est en général bonne.
- Son endurance est satisfaisante.

Certains aspects négatifs méritent toutefois d'être soulignés:

- Le rendement est globalement faible voir médiocre,
- la position assise est privilégiée,

- dans le cadre des ateliers les interactions avec d'autres collaborateurs sont réduites au minimum,
- les risques de coupures, de saignement sont des facteurs influençant les postes de travail.

Enfin, Mme D. _____ est donc capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail."

Le 27 octobre 2008, l'OAI a établi un projet de décision en y indiquant que sur la base des renseignements médicaux et plus particulièrement de l'expertise pluridisciplinaire de la [...], l'assurée ne présentait aucune atteinte invalidante au sens de l'AI. Sa capacité de travail n'étant pas entamée, la demande de rente déposée le 1^{er} février 2007 devait être rejetée.

Selon courrier du 11 novembre 2008, l'assurée a communiqué son intention de faire objection au projet de décision précité.

Le 9 décembre 2008, l'assurée a contesté le bien fondé du projet de décision de l'OAI, arguant l'existence d'une anémie. A ses dires, cette affection était suivie et traitée, par le Dr T. _____, spécialiste en hématologie et médecine générale. Il incombait donc à l'Office AI de requérir l'avis médical de ce praticien afin que ce dernier se prononce quant aux effets sur la capacité de travail de cette anémie.

Après avoir procédé à une instruction complémentaire, l'OAI a, par décision du 5 janvier 2009, entièrement confirmé son projet de décision concluant ainsi au rejet de la demande de rente AI. Dans une correspondance d'accompagnement, l'OAI a précisé qu'à teneur de l'expertise rhumatologique et psychiatrique de la [...], son assurée ne présentait aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrière. Après avoir rappelé que l'expertise pluridisciplinaire avait pleine valeur probante, l'Office AI a relevé que faute pour lui d'avoir personnellement suivi le cas en question, le Dr T. _____ n'avait pas pu apporter quelques éléments médicaux nouveaux à même de remettre en doute les conclusions de l'expertise [...].

B. Le 12 février 2009, l'assurée a formé recours contre la décision précitée. Après un rappel complet des atteintes à sa santé, elle estimait que l'expertise [...] ne permettait pas de se déterminer avec précision sur l'efficacité des différents traitements entrepris pour combattre ses symptômes. La recourante décrivait également certaines contradictions entre les constatations et les conclusions de l'expertise psychiatrique. Sous suite de frais et dépens, elle concluait principalement à l'annulation de la décision entreprise ainsi qu'à titre de mesure d'instruction, que soit ordonnée la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire neutre constatant son droit aux prestations. Subsidiairement, elle demandait un renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

Dans sa réponse du 19 mai 2009, après avoir produit copie de son dossier, l'OAI soulignait la distinction opérée par la jurisprudence entre l'avis médical d'un expert et celui du médecin traitant. Selon lui, les éléments médicaux avancés par la recourante n'étaient pas de nature à rediscuter les conclusions de l'expertise médicale pluridisciplinaire de la [...], en particulier son volet psychiatrique. Confirmant sa position, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 2 juin 2009, la recourante ajoutait qu'outre des disparités entre constatations et conclusions de l'expertise psychiatrique, les conclusions de la [...] ne tenaient pas compte de l'effet conjoint des pathologies somatiques et psychiatriques sur sa capacité de travail. De surcroît, la méthode employée par les experts de la [...] dans l'analyse psychiatrique ne permettait pas une compréhension adéquate de la réalité psychique du cas soumis. Partant, la recourante maintenait les conclusions de son recours.

Dans sa duplique du 8 juillet 2009, l'intimé indiquait que les nouveaux arguments de la recourante n'étaient pas de nature à susciter une remise en cause du bien-fondé de la décision querellée. S'agissant de l'aspect somatique, l'OAI renvoyait notamment à un avis médical SMR du 7

mai 2009 déposé en cause. Concernant la problématique psychiatrique, l'intimé précisait s'en tenir à l'argumentation développée dans sa réponse du 19 mai 2009.

Le 31 août 2009, la recourante s'est déterminée sur la duplique de l'intimé. Après avoir rappelé l'existence d'avis médicaux divergents, soulignant la nécessité d'un complément d'instruction sur la question de l'efficacité des traitements entrepris, leurs effets secondaires ainsi que leur impact sur la capacité de travail résiduelle, la recourante maintenait l'intégralité de son recours.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

b) Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 12 février 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La décision rejette la demande de rente AI. Le recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 5 janvier 2009 en ce sens qu'après mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre, le droit aux prestations de la recourante soit reconnu.

En tant qu'autorité de recours contre les décisions 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c).

Est litigieux en l'espèce le point de savoir si en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire de la [...], la décision entreprise a considéré à raison que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé suffisante pour se voir allouer une rente AI.

3. 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 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 AI s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Ce principe s'applique aussi pour ce qui a trait à l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/2006 du 17 janvier 2007, consid. 9.4). Cependant, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

4. A.

aa) S'agissant des troubles somatiques, la recourante soutient en premier lieu qu'à défaut de s'enquérir de l'efficacité des divers traitements mis en œuvre pour soulager les symptômes liés aux épisodes d'épistaxis, d'anémie et au syndrome des jambes sans repos auprès des

spécialistes consultés, les "simples suppositions" contenues dans l'expertise [...] ont pour effet de retirer toute force probante à cette dernière. De l'avis de la recourante, une nouvelle consultation aurait dû être sollicitée auprès du Dr T._____, lequel aurait notamment vu sa patiente en date du 30 janvier 2009.

A l'examen de l'expertise [...] en lien avec les affections somatiques rapportées, l'appréciation du Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, satisfait les exigences posées par la jurisprudence pour sa fiabilité et sa valeur probante (cf. notamment ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Le Dr X._____ a dûment énoncé les motifs le conduisant à se rallier aux avis des différents spécialistes (neurologues et rhumatologue) ayant au préalable examiné la recourante. C'est en effet uniquement après avoir brossé une anamnèse tenant compte de l'ensemble des constats médicaux établis suite aux plaintes de l'assurée et après avoir analysé tous les documents d'imagerie à disposition - soit après avoir bien éclairci la description du contexte médical - que l'expert précité a posé ses diagnostics. Ce faisant, le Dr X._____ n'a pas retenu de diagnostics avec une répercussion invalidante sur la capacité de travail de la recourante. A l'instar de ses confrères, il a conclu à l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant lequel s'est développé dans le cadre d'une surcharge globale (découverte d'une thrombopénie, investigation de troubles respiratoires, isolement social, licenciement, problèmes financiers). Dans un tel contexte médical, l'avis du Dr X._____ ne peut qu'être partagé par la Cour de céans lorsque celui-ci ajoute que "les différents traitements à visée somatique n'ont pas eu d'influence sur l'évolution qui s'est soldée par l'adoption d'un statut d'invalidé". La recourante se limite à critiquer l'expertise de la [...] sous l'angle somatique, sans pour autant apporter d'éléments médicaux concrets à même d'étayer son point de vue. Au contraire, les différents éléments médicaux transmis par le Dr T._____ ne permettent en aucun cas de remettre en cause les conclusions précitées.

bb) Sous l'aspect somatique, la recourante fait état de problèmes hématologiques (thrombopénie sévère avec un risque d'hémorragies non négligeable) pour lesquels le traitement possible comporterait des effets secondaires importants (décompensation d'un diabète, ostéoporose et troubles psychiques éventuels). Ces affections, mises en évidence par le Dr T._____, hématologue, remettraient en question la valeur probante des conclusions de nature somatique de l'expertise [...].

A lecture de l'expertise [...], son anamnèse mentionne le diagnostic d'une thrombopénie immune probable posé lors d'investigations menées au [...] au mois d'avril 2004. Il y figure également sous "diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail" une thrombopénie immune probable (D69.8). Dans son appréciation du cas l'expert [...] évoque, parmi les différentes atteintes à la santé physique, la thrombopénie probablement immune. Il retient qu'analysées isolément ou en commun, l'ensemble de ces atteintes ne peuvent pas justifier une incapacité de travail significative dans les activités professionnelles exercées jusqu'au 30 novembre 2005. Force est donc d'admettre qu'il a effectivement été tenu compte, dans l'expertise médicale [...], du diagnostic de purpura thrombopénique idiopathique connu depuis 2004, de sorte que sa valeur probante ne saurait prêter à discussion.

Sous l'angle somatique, l'avis médical SMR du 7 mai 2009 mentionne que la limitation fonctionnelle liée à ces problèmes hématologiques n'est pas incompatible avec la poursuite par la recourante d'une activité d'ouvrière de production à temps complet. Il importe uniquement d'exclure l'accomplissement de tâches impliquant l'emploi de machines dangereuses, à risque de chute ou employant des outils tranchants ou coupants sans port de protections adéquates. Par conséquent comme le souligne le SMR, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, l'exigibilité reste inchangée selon le rapport d'examen [...] et est entière depuis toujours. Si la thrombopénie en question fait courir certains risques hémorragiques accrus en cas de blessures, il n'en reste pas moins qu'en définitive cette affection n'a pas

d'effets limitatifs sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant du traitement envisageable évoqué par le Dr T. _____ dans son rapport, ses effets sur la capacité de travail n'ont pas été évalués par ce praticien. Il n'est par conséquent pas permis de soutenir de manière péremptoire, à l'instar de la recourante, qu'une incapacité de travail pourrait s'en suivre.

cc) La recourante relève encore un manque de fer susceptible d'entraîner en lui-même une asthénie parfois très intense avec des troubles de la concentration et dépression.

Ainsi que cela ressort de l'avis médical SMR du 7 mai 2009, dans son rapport le Dr T. _____ est d'avis que "le problème de la carence de fer en lui-même ne devrait pas être trop difficile à corriger". Outre la mention d'une asthénie parfois très intense consécutive à une carence de fer, le SMR précise cependant que de tels effets s'estompent rapidement après la mise en œuvre du traitement adéquat. Par conséquent, suivant le SMR, la Cour retient que le manque de fer avancé par la recourante n'est pas susceptible d'interférer sur sa capacité de travail. Partant, le grief soulevé ne peut qu'être rejeté.

dd) L'assureur est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; TFA I 751/2003 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

En l'espèce, suite aux investigations diligentées après la décision entreprise (cf. avis médical SMR du 7 mai 2009), lesquelles complètent et précisent si nécessaire les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire [...], convaincu que d'autres mesures probatoires ne seraient pas propres à modifier son appréciation du cas soumis, la Cour de céans renonce à ordonner la mise en œuvre, s'agissant des aspects d'ordre somatique, d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire neutre telle que requise par la recourante (TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre

2009, consid. 2.2 et les références, 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

B.

aa) A en croire la recourante, l'expertise psychiatrique comporterait des discordances entre ses conclusions et ses propres constats. En outre, un rapport du 11 février 2009 établi par le Dr L._____, psychiatre traitant, infirmerait certaines constatations de l'expertise [...].

Après évaluation, l'expertise psychiatrique [...] qualifie le syndrome douloureux constaté de "sévérité moyenne". Ces conclusions reposent sur l'examen du degré de socialisation de l'assurée, son aptitude à faire face aux diverses tâches de sa vie quotidienne ainsi que son approche vis-à-vis de son avenir professionnel. L'expert psychiatre a ainsi souligné que la recourante reste isolée mais conserve toutefois un bon contact avec sa famille, son mari et plus particulièrement avec sa belle-sœur, que nonobstant ses plaintes elle parvient à faire face à ses obligations quotidiennes et assume en partie l'éducation de sa fille. Quant à ses perspectives professionnelles, il a été constaté que la recourante se sent limitée et sans réel avenir professionnel. Contrairement aux assertions de l'intéressée sur ses rapports avec l'extérieur, sa nature casanière ainsi que ses relations avec l'éducation de son enfant, les constats de l'expert psychiatre [...] n'apparaissent à l'évidence pas irréalistes et en contradiction avec les conclusions adoptées. Ainsi en page 5 de son rapport, l'expert psychiatre emploie spécifiquement la désignation de "traits dépendants" pour décrire la fragilité de la personnalité dont est atteinte l'assurée. Il relève encore que cette affection n'est pas suffisante - en intensité ou en nombre - pour justifier le diagnostic d'un trouble de la personnalité au sens des critères de la classification internationale (CIM-10). Dans de telles circonstances et au vu des répercussions constatées, l'absence d'une pathologie mentale grave confirme l'exactitude du diagnostic de l'expert psychiatre [...]. En tout cas, rien ne permet de le mettre en doute

L'assurée dépeint une situation très sombre d'elle-même sans pour autant disposer d'éléments médicaux probants à cet effet. Seul le rapport du 11 février 2009 établi par le Dr L. _____ (psychiatre traitant) est avancé. Or, outre le fait que de par sa provenance, cette pièce médicale doit être admise avec réserve (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF I 50/2006 du 17 janvier 2007, consid. 9.4), elle n'apparaît pas suffisante pour mettre en doute, sur les points litigieux, les conclusions et constatations de l'expert psychiatre mandaté par l'OAI (étant rappelé ici que l'avis émis par l'expert de la [...] a valeur de constatation émanant d'un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA). En effet d'une part, en concluant à une incapacité de travail de l'ordre de 50 à 60% et en recommandant une expertise neutre, ce rapport médical diffère de celui initialement établi le 20 mars 2007 lequel mentionnait alors une incapacité de travail totale de l'assurée. D'autre part, le Dr L. _____ reproche à son confrère de s'être prononcé de manière hasardeuse et inadéquate sur l'amélioration symptomatique de l'assurée, faute de disposer de données comparatives avec la première consultation du 6 octobre 2006. Tel n'est pas le cas en l'espèce dans la mesure où l'expertise psychiatrique [...] se base notamment sur un examen clinique de plus d'une heure et demi effectué le 3 septembre 2008. Partant, l'expert psychiatre [...] a effectivement utilisé un modèle d'évaluation dynamique pour étudier puis apprécier la situation psychologique de la recourante. Pour le surplus, l'expertise psychiatrique [...] s'avère pleinement convaincante quant à sa valeur probante puisqu'elle comprend une anamnèse, un tableau actuel, énonce les plaintes de l'assurée, pose ses diagnostics et finalement contient des conclusions dûment motivées (cf. notamment ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). En conclusion, sous l'aspect de la valeur probante, le rapport médical du 11 février 2009 cède nécessairement le pas devant l'expertise psychiatrique de la [...].

bb) Au vu des investigations diligentées à ce jour par l'OAI en relation avec les atteintes d'ordre psychiatriques affectant la recourante, la Cour de céans se réfère ici mutatis mutandis à sa position énoncée sous considérant 4A. dd) supra et renonce dès lors à ordonner la mise en œuvre

d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire neutre telle que demandée s'agissant du pan psychiatrique du dossier.

5. a) En définitive, le recours entièrement mal fondé doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Proposition:

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 5 janvier 2009 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cent francs) sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap service juridique (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt 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 :