

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Jomini et Dind
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Y._____, à Prilly, recourante, représentée par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; 4, 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Y. _____ (ci-après l'assurée), ressortissante serbe d'origine albanaise née en 1964, sans formation professionnelle, mariée et mère de quatre enfants, est arrivée en Suisse en février 2003 pour déposer une demande d'asile. Mise au bénéfice d'une admission provisoire le 8 juin 2005, l'intéressée a travaillé à partir du 1^{er} septembre 2005 à 50% en tant qu'employée de blanchisserie pour le compte de l'entreprise G. _____ Sàrl; elle a été licenciée en date du 6 novembre 2007, suite à la faillite de son employeur.

b) Le 2 octobre 2007, alors qu'elle était occupée à des travaux de nettoyage sur son lieu de travail, l'assurée a glissé et est tombée en se tordant le genou gauche; il s'en est suivi une incapacité de travail complète dès le 16 octobre 2007. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

c) Dans un rapport du 7 novembre 2007, le Dr K. _____, chef de clinique à l'Hôpital S. _____ de la [...], a diagnostiqué une entorse au genou gauche et soupçonné une lésion du ménisque externe; à titre de comorbidités, il a relevé des cervicalgies, un syndrome d'anxiété et une gastrite. A teneur d'un compte-rendu du 4 décembre 2007 établi suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM), ce médecin a posé les diagnostics de status après entorse du genou gauche, de déchirure dégénérative stade III de la corne postérieure du ménisque interne, de dégénérescence de la corne antérieure du ménisque externe, et de genua vara. L'assurée ayant subi une arthroscopie et méniscectomie interne et externe en date du 21 février 2008, le Dr K. _____ a souligné, par constat du 18 mars 2008, que l'intéressée souffrait d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et de la corne moyenne du ménisque externe du genou gauche, et qu'elle présentait un status après l'intervention susmentionnée - atteintes dont l'évolution était lentement favorable, avec persistance d'un épanchement articulaire. Puis, aux termes d'un rapport du 17 avril 2008, ce médecin a considéré que

l'évolution était peu favorable, relevant une persistance des douleurs ainsi qu'une amyotrophie quadricipitale; en outre, il a indiqué la présence d'une chondropathie de stade II au niveau fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne, témoignant d'un début d'arthrose.

Par rapport du 6 mai 2008, le Dr M._____, spécialiste FMH en orthopédie intervenant en qualité de remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, a observé qu'hormis un léger épanchement intra-articulaire, peu d'éléments permettaient d'expliquer la symptomatologie douloureuse de l'assurée à l'examen clinique. Il a ajouté qu'un état dépressif sous-jacent paraissait agir comme facteur péjoratif dans le cas particulier. Aussi a-t-il préconisé un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique N._____) afin d'effectuer un bilan complet.

Dans un constat adressé le 5 juin 2008 à la Dresse F._____, (chef de clinique adjointe au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier [...] [ci-après : le Centre hospitalier J._____]), le Dr K._____ a confirmé ses précédents diagnostics, tout en évoquant une suspicion de fibromyalgie et en mentionnant, à titre de co-morbidité, un état dépressif avec syndrome d'anxiété.

L'assurée a séjourné à la Clinique N._____ du 11 au 27 juin 2008. Dans ce contexte, elle a fait l'objet d'une prise en charge physiothérapeutique, d'un suivi en ergothérapie, d'un bilan radiologique, d'une consultation neurologique (rapport du 20 juin 2008 du Dr I._____, spécialiste FMH en neurologie) et d'un consilium psychiatrique (rapport du 8 juillet 2008 de la Dresse Q._____, psychiatre et chef de clinique au Service de somatique de la Clinique N._____). Aux termes d'un rapport de synthèse du 14 juillet 2008, les Drs H._____ (spécialiste FMH en médecin physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique) et U._____ (médecin assistant) ont relevé les points suivants :

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- *Thérapies physiques et fonctionnelles* (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- *Traumatisme du genou gauche le 02.10.2007* (T 93.9)

- **Ménisectomie interne et externe partielle par arthroscopie du genou gauche le 21.02.2008 (Z 98.8)**
- **Chondropathie grade II du compartiment fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne (M 22.4 ; M 94.2)**
- **Hémisyndrome gauche subjectif**
- **Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)**
- **Difficultés liées à l'environnement social (émigration, acculturation) (Z 60.3)**

CO-MORBIDITES

- **Nihil.**
[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

A l'examen clinique, la patiente est fortement autolimitée et expressive ce qui rend l'interprétation difficile. Il y a une hyperesthésie subjective de tout l'hémicorps gauche fortement prédominante au niveau du genou. Les amplitudes articulaires semblent peu ou pas limitées. Il y a peu de signe dystrophique hormis une discrète chaleur. Aucune laxité ligamentaire. Les tests méniscaux sont ininterprétables.

[...]

Du point de vue psychique, la patiente exprime une souffrance physique au niveau du visage. Son discours est centré sur son vécu douloureux et ses problèmes financiers. La thymie est légèrement abaissée sans idée suicidaire. Elle ressent une certaine inquiétude face aux difficultés financières et son statu[t] en Suisse ainsi que l'évolution du genou. Ce qui frappe est surtout un comportement passif et même démonstratif pour montrer sa souffrance physique. Au vu de l'existence de discordances importantes entre les plaintes et les constatations objectives, on peut retenir un syndrome douloureux somatoforme de degré modéré, la patiente semblant déjà dans processus d'invalidation en cours depuis plusieurs mois avec l'adoption d'un comportement d'invalidé. Mme Y._____ est suivie par E._____e[s] à [...] depuis le début du séjour dans le pays, suite au traumatisme de la guerre. Le diagnostic de stress post-traumatique n'est actuellement pas retenu en raison de l'absence de souvenir envahissant et de conduite d'évitement. Par contre, il existe une surcharge psychique en relation avec les problèmes financiers et une tendance à la dramatisation de son état.

[...]

Du point de vue neurologique, on retrouve à l'examen clinique des anomalies à l'examen de la sensibilité, à certains tests moteur et même à l'examen du champ visuel. Cependant, tous les signes objectifs habituellement rencontrés lorsqu'il y a une atteinte neurologique sont absents, alors que les signes de non organicité sont importants. Il est donc retenu dans ce cas, un hémisyndrome gauche subjectif essentiellement sensitif sans atteinte du système nerveux central ni périphérique sous-jacente. En considérant

l'importance des manifestations douloureuses, on ne peut pas exclure formellement une lésion du rameau rotulien secondaire au traumatisme à l'arthroscopie, mais qui de toute façon ne serait pas à même d'expliquer le tableau douloureux étendu.

[...]

Objectivement, les mobilités passives du genou et de la cheville gauches sont complètes, la patiente marche avec une canne, peut monter et descendre 10 marches d'escalier avec une rampe. Il a été constaté des discordances durant l'hospitalisation. En effet, lors du test des 6 minutes, la patiente effectue 60 mètres, ce qui équivaut à une vitesse moyenne de 0,6 km/h, avec des lâchages du genou gauche à chaque pas. Cependant, lors de la marche spontanée, alors qu'elle ne se sent pas observée, il n'y a pas de lâchage du genou et la vitesse moyenne est d'environ 1,2 km/h, soit le double (45 mètres en 2,5 minutes). De plus, la force isométrique du quadriceps a été mesurée à 0,6 kg alors que la patiente peut marcher sans lâchage du genou lorsqu'elle n'est pas observée, ce qui est incompatible.

[...]

Actuellement, aucun élément objectif biomédical ne permet d'attester d'une incapacité de travail au long terme chez cette patiente. Cependant, la détresse psychosociale et le comportement d'invalidé rendent très pessimiste sur la reprise future d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il existe pour l'instant une incapacité de travail totale du point de vue psychique qui sera réévaluée par le médecin traitant.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE BLANCHISSEUSE

- 100%"

Dans un rapport d'examen médical final du 21 novembre 2008, le Dr L. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que l'assurée présentait une forte autolimitation ainsi des signes de non-organicité. Il observe que le genou gauche de cette dernière était objectivement calme, et son quadriceps tout à fait fonctionnel. Il a ajouté que le tableau clinique était manifestement surchargé de troubles psychiques dont l'origine était antérieure à l'accident, et que la capacité de travail de l'intéressée était entière.

d) Par décision du 12 décembre 2008, confirmée sur opposition le 20 janvier 2009, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 30 novembre 2008 au soir, retenant que selon l'appréciation de son médecin-conseil,

l'assurée ne présentait plus de séquelles de l'accident du 16 [recte : 2] octobre 2007 et disposait d'une pleine capacité de travail.

B. **a)** En date du 2 avril 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Dans ce contexte, elle a indiqué souffrir des suites de son entorse au genou gauche, de surdité gauche, d'un syndrome douloureux généralisé, et de dépression depuis 2002 [sic].

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr W._____, médecin généraliste traitant de l'intéressée, a fait part de ses observations dans un rapport du 25 avril 2009. Il a exposé que l'assurée présentait des affections psychiques incapacitantes, sous forme d'état de stress post-traumatique (F 43.1), de trouble dysthymique (F 34.1) et de trouble douloureux chronique (F 45.4) - des investigations restant à être menées «*par le spécialiste*» en vue de déceler un éventuel fonctionnement intellectuel limite (F 41.8) ou une personnalité dépendante (F 60.7). Ce médecin a également mentionné des troubles somatiques consistant en une dyspepsie chronique sans effet sur la capacité de travail, une surdité de perception gauche pouvant gêner dans certains travaux, et un «*status après entorse du genou gauche, le 02.10.2007, puis arthroscopie avec méniscectomie externe, le 21.02.2008, ayant favorablement évolué et n'entravant plus la capacité de travail. Le fait que la patiente continue à boiter et à marcher avec des cannes anglaises [est] démonstratif du diagnostic F 45.4*». Cela étant, le Dr W._____ a émis un pronostic défavorable, tout en considérant que l'intéressé présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle de nettoyeuse, en raison de ses troubles psychiatriques. Il a joint diverses pièces médicales à son constat, dont un rapport du 18 juillet 2008 établi par la Dresse F._____, document dont il ressortait que l'assurée présentait des gonalgies gauches chroniques suite à son accident d'octobre 2007, et qu'elle souffrait probablement d'un syndrome douloureux chronique - voire d'un trouble somatoforme douloureux persistant - déclenché par le traumatisme précité, dans un contexte social, familial et assécurologique difficile.

Le 29 avril 2009, l'intéressée a complété le formulaire 531bis de l'OAI, indiquant que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% dans n'importe quelle profession, pour des raisons financières ainsi que par intérêt personnel.

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 15 mai 2009, le Dr X. _____ a retenu que l'assurée souffrait d'un status après ménisectomie interne et externe partielle par arthroscopie du genou gauche, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, et d'un hémisyndrome gauche subjectif. Il a considéré que ces troubles ne relevaient pas du domaine de l'AI et que l'intéressée disposait d'une entière capacité de travail dans toute activité exigible d'un point de vue biomédical, fondant son appréciation sur les éléments suivants :

"Cette assurée albanaise de Serbie, âgée de 44 ans, sans formation professionnelle, employée de blanchisserie, a subi un traumatisme du genou G en octobre 2007 en glissant sur son lieu de travail lors du nettoyage. Devant la persistance des plaintes, l'indication est posée à une arthroscopie et ménisectomie du genou G, qui a lieu en février 2008. L'évolution postopératoire est subjectivement défavorable avec une extension des douleurs à tout l'hémicorps gauche et le développement d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Du point de vue objectif, la lésion du genou est guérie et la [CNA] a mis fin à ses prestations le 30.11.2008.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant ne s'accompagne d'aucune comorbidité psychiatrique. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique est réfuté par le psychiatre. Les médecins de la Clinique N. _____ décrivent un comportement démonstratif de l'assurée, des discordances importantes entre les plaintes et les constatations objectives, ainsi qu'entre les symptômes présents lorsque l'assurée se sait observée et absents lorsqu'elle ne se sait pas observée, une tendance à la dramatisation de son état, la présence de signes de non organicité qualifiés de « flagrants » et l'adoption d'un comportement d'invalidé. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée n'ayant jamais été intégrée en Suisse en dehors de sa famille. Les bénéfices secondaires de la maladie résident notamment dans l'obtention d'un permis de séjour en Suisse (attente d'un permis B).

Le[s Drs H. _____ et U. _____] conclu[en]t qu' « **aucun élément objectif biomédical ne permet d'attester d'une incapacité de travail au long terme chez cette patiente** ». Il admet une IT de 100% comme blanchisseuse en raison de la « détresse psychosociale et du comportement d'invalidé de l'assurée ». Ces

éléments sortent toutefois du champ médical ; la détresse psychosociale est causée par les difficultés financières, les problèmes d'acculturation et la précarité d[u] statut [de l'assurée] en Suisse et pas par une atteinte objective à la santé.

A notre sens, les motifs de l'incapacité de travail sortent du cadre légal ouvrant le droit à des prestations de l'AI."

b) En date du 20 mai 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI. En substance, l'office a relevé que le dossier de la cause avait fait l'objet d'un examen approfondi par le SMR, lequel avait notamment consulté les rapports médicaux établis à la Clinique N._____, concluant qu'aucun élément objectif biomédical ne permettait en l'occurrence d'attester une incapacité de travail au long terme. Cela étant l'OAI a considéré que l'intéressée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante et présentait une entière capacité de travail dans son activité habituelle, si bien que le droit à des mesures professionnelles ou à une rente AI devait être nié.

L'assurée n'a pas communiqué d'objections à ce projet.

C. Par décision du 29 juin 2009, l'OAI a rendu une décision formelle dont le contenu et la motivation correspondent à ceux du préavis susmentionné.

D. a) Agissant par l'entremise du Centre social protestant, l'assurée a recouru le 24 août 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, elle fait valoir qu'à l'inverse du SMR et de l'OAI, les médecins de la Clinique N._____ lui ont reconnu «*pour l'instant*» une incapacité de travail totale du point de vue psychique. Elle allègue que dans son rapport du 18 juillet 2008, la Dresse F._____ a attesté l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant assorti d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, et que les répercussions de cette comorbidité psychiatrique sur ses ressources psychiques l'empêchent de surmonter ses douleurs et de réintégrer un processus de travail. A titre de mesure d'instruction, elle requiert que soit

versé au dossier un rapport médical concernant son suivi psychologique auprès de l'association E. _____, respectivement qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 20 novembre 2009. Il considère qu'il n'y a pas lieu de procéder à de nouvelles investigations sur le plan psychique, attendu que la recourante a fait l'objet d'un consilium psychiatrique effectué le 8 juillet 2008 par les spécialistes de la Clinique N. _____. Il ajoute que l'appréciation du SMR ne prête pas le flanc à la critique, celle-ci tenant compte de la synthèse faite par les Drs H. _____ et U. _____ le 14 juillet 2008 ainsi que de la jurisprudence topique en matière de trouble somatoforme douloureux.

c) Par décision du 1^{er} décembre 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 1^{er} juin 2009, et désigné Me Lionel Zeiter en qualité d'avocat d'office.

d) Dans sa réplique du 25 janvier 2010, la recourante soutient que si les médecins de la Clinique N. _____ lui ont à juste titre reconnu une entière incapacité de travail sur le plan psychique, ils ont toutefois basé leur appréciation sur un examen psychiatrique incomplet. A cet égard, elle allègue, d'une part, que ses difficultés à s'exprimer sur son passé ne lui ont pas permis de faire suffisamment ressortir l'intensité de sa souffrance psychique. D'autre part, elle relève qu'elle n'a été soumise à aucun test afin de détecter un éventuel fonctionnement intellectuel limité ou une personnalité dépendante - *«autant de comorbidités psychiatriques qui se seraient ajoutées à la grave dépression et au stress post-traumatique qu'il y a lieu de retenir»*. Elle se prévaut par ailleurs d'une perte d'intégration sociale due à son accident, elle qui entretenait auparavant des relations sociales avec ses collègues de travail. Sur le plan somatique, la recourante conteste l'appréciation de la Clinique N. _____ concluant à l'absence d'atteinte physique incapacitante. A ce propos, elle souligne que ses déplacements sont dans une large mesure entravés par

ses limitations fonctionnelles somatiques, que les douleurs dues à l'accident du 2 octobre 2007 persistent en dépit des traitements et thérapies suivis, qu'elle présente désormais des douleurs chroniques et persistantes de l'hémicorps gauche, et qu'elle souffre d'une surdité de l'oreille gauche, laquelle n'a fait l'objet d'aucune investigation. Cela étant, elle fait valoir que la conjugaison de l'ensemble de ses atteintes psychiques et physiques démontre l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et totalement invalidant. Enfin, elle conteste l'appréciation du SMR, lequel s'est prononcé sans l'avoir jamais personnellement auscultée. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la tenue d'une audience afin de pouvoir faire entendre divers témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant sur les plans psychiatrique et oto-rhino-laryngologique. Elle produit diverses pièces à l'appui de ses dires.

e) Par duplique du 11 février 2010, l'OAI a confirmé la teneur de sa réponse du 20 novembre 2009 quant à l'analyse du SMR, estimant que celle-ci n'est pas en contradiction avec les conclusions des médecins de la Clinique N._____ et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'appointer une audience, ni de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

f) Par envoi du 11 février 2011, la recourante a versé au dossier des cartes de rendez-vous concernant ses consultations auprès de l'association E._____, ainsi qu'un rapport médical du 12 janvier 2011 établi par le Dr W._____ à l'attention de l'Office fédéral des migrations. Dans son compte-rendu, ce médecin expose que l'assurée s'est plainte *«dès [la] 1^{ère} consultation, le 10.04.2003»* de douleurs multiples, de dyspepsie, de pourrit [sic], de surdité gauche, d'insomnies, d'irritabilité, d'anxiété, et d'une baisse de moral, de concentration et de mémoire. Ces troubles sont à l'origine tous chroniques, mais ont été aggravés suite à une chute le 2 octobre 2007, ayant entraîné une entorse du genou gauche avec lésion méniscale, opérée le 21 février 2008, qui a achevé l'évolution vers un trouble douloureux chronique, sur un état de stress post-traumatique avec trouble dysthymique. En outre, il est indiqué qu'une amélioration de l'état de santé de l'assurée n'est possible qu'à une seule

condition : «*que la patiente soit enfin assuré de pouvoir construire une vie vivable en Suisse*» - l'intéressé étant du reste terrorisée à la perspective d'être renvoyée dans son pays d'origine, au point de «*préférer mourir*».

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours été interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes estivales (cf. 38 al. 4 let. b LPGA) - auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) 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, 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 applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail comme étant 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.

Tant le droit à des mesures de réadaptation (art. 8 et ss LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide (art. 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI) ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

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. 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également 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_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V

351 c. 3b/ee et les références citées). Plus particulièrement, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). En revanche, 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 c. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1; avec références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle générale, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps

malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Dans le cas présent, sur le plan somatique, l'assurée a été victime d'un accident le 2 octobre 2007, ayant occasionné une entorse du genou gauche avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et de la corne moyenne du ménisque externe de ce même genou. Une méniscectomie interne et externe partielle par arthroscopie du genou gauche a été pratiquée le 21 février 2008. Suite à cette intervention, il a été relevé une extension des douleurs à tout l'hémicorps gauche, l'apparition de gonalgies gauches, ainsi que des difficultés à la marche, l'intéressée se déplaçant avec une canne. L'intéressée présente par ailleurs une chondropathie de stade II au niveau fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne, témoignant d'un début d'arthrose.

aa) Dans leur rapport de synthèse du 14 juillet 2008, les Drs H._____ et U._____ de la Clinique N._____ ont retenu qu'en dépit des affections précitées, aucun élément biomédical ne permettait d'attester une incapacité de travail au long terme chez l'assurée. Ce compte-rendu a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies (notamment sur les plans radiologique et neurologique, cf. let. A.c supra), en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, et ses conclusions apparaissent pleinement convaincantes (cf. consid. 3c supra), de sorte qu'il doit se voir reconnaître valeur probante.

A cela s'ajoute que les autres avis médicaux au dossier abondent dans le sens des médecins de la Clinique N._____. Ainsi, après avoir pris connaissance du rapport de ces derniers, le Dr L._____ a considéré, le 21 novembre 2008, que l'assurée disposait d'une entière capacité de travail, son genou étant objectivement calme et son quadriceps tout à fait fonctionnel. C'est sur la base de cette appréciation médicale que, par décision du 12 décembre 2008 confirmée sur opposition le 20 janvier 2009, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance-accidents avec effet au 30 novembre 2008 - l'assurée n'ayant apparemment pas

contesté le rejet cette décision auprès de l'autorité judiciaire compétente. Quant au Dr W._____, il a relevé, par constat du 25 avril 2009, que l'incapacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle était due à des affections psychiques et non somatiques, cette dernière présentant pour le surplus une dyspepsie chronique sans effet sur la capacité de travail, une surdité de perception gauche pouvant gêner dans certains travaux (cf. à cet égard consid. 4a/bb infra), et un status après entorse du genou gauche et arthroscopie avec méniscectomie externe ayant favorablement évolué et n'entravant plus la capacité de travail. Enfin, dans son rapport d'examen SMR du 15 mai 2009, le Dr X._____ a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteintes somatiques relevant de l'AI, que sa lésion du genou gauche devait objectivement être considérée comme guérie, et qu'elle disposait en définitive d'une pleine capacité de travail dans toute activité exigible sur le plan biomédical - reprenant ainsi les conclusions des médecins de la Clinique N._____.

bb) Dans sa réplique du 25 janvier 2010, la recourante conteste les conclusions des médecins de la Clinique N._____, reprises par le SMR (et corollairement l'OAI), quant à l'absence d'atteinte physique incapacitante. A cet égard, elle souligne qu'elle souffre toujours des suites de l'accident du 2 octobre 2007 - celles-ci l'entravant notamment dans ses déplacements -, et que les douleurs se sont étendues à tout l'hémicorps gauche. Ce faisant, la recourante se limite toutefois à opposer sa propre appréciation aux conclusions - pratiquement unanimes - du corps médical quant à l'évaluation de ses troubles somatiques, sans apporter le moindre élément de preuve concret à l'appui de ses dires. En particulier, si l'assurée prétend que *«[s]on physiothérapeute confirme au demeurant la réalité [de ses] douleurs [...] puisque la limite des douleurs se situe toujours au même endroit, sans évolution»* (cf. réplique du 25 janvier 2010 p. 5 ch. 11), elle n'a toutefois produit aucune prise de position émanant du physiothérapeute en question. Aussi la Cour de céans ne saurait-elle voir dans les simples allégations rapportées par la recourante un motif valable de s'écarter des conclusions des médecins de la Clinique N._____, parmi lesquels on compte notamment l'opinion dûment documentée d'un

spécialiste en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique, à savoir le Dr H._____.

Par ailleurs, la recourante fait valoir qu'elle présente une surdité de perception gauche, atteinte qui n'a pas été investiguée par l'autorité intimée. A l'examen du dossier, il appert que seul le Dr W._____ a mentionné l'existence d'une telle pathologie (cf. rapports des 25 avril 2009 et 12 janvier 2011). Il a toutefois indiqué que cette surdité n'était susceptible de gêner l'intéressée que dans certains travaux, et n'en a pas moins retenu que l'incapacité de travail était engendrée par des troubles psychiques et non somatiques (cf. rapport du 25 avril 2009). A cela s'ajoute que l'intéressée a travaillé de septembre 2005 à novembre 2007 en tant qu'employée de blanchisserie, nonobstant sa surdité de perception gauche. Force est dès lors de constater qu'aucun élément concret du dossier n'incite à penser que l'atteinte en cause pourrait revêtir une quelconque nature incapacitante. C'est dès lors à juste titre que l'OAI n'a pas instruit plus avant sur cette question.

b) Sous l'angle psychique, le Dr K._____ a retenu un syndrome d'anxiété (cf. rapport du 7 novembre 2007), respectivement un état dépressif avec syndrome d'anxiété (cf. rapport du 5 juin 2008). Quant au Dr M._____, il a évoqué un éventuel état dépressif sous-jacent (cf. compte-rendu du 6 mai 2008). En ce qui concerne les spécialistes de la Clinique N._____, ils ont observé des difficultés liées à l'environnement social de l'assurée (émigration, acculturation), mais ont rejeté le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en raison de l'absence de souvenirs envahissants et de conduite d'évitement (cf. rapport de synthèse des Drs H._____ et U._____ du 14 juillet 2008 p. 3). Plus particulièrement, la Dresse Q._____ de la Clinique N._____ a constaté que *«[l']investigation psychiatrique a[vait] permis d'éliminer toute existence de pathologie psychiatrique aiguë. La tendance dépressive remonte à [l'arrivée de l'assurée] en Suisse. La patiente est suivie par "E._____]" à Lausanne depuis le début de son séjour dans le pays d'accueil suite aux traumatismes de la guerre. Le diagnostic de stress post[-]traumatique n'[était] pas retenu en raison de l'absence de souvenirs*

envahissants de ces événements, de conduites d'évitement ou de rêves répétitifs. Il exist[ait] par contre une surcharge psychique en relation avec les problèmes financiers, le bilan de vie négatif en Suisse, le manque de soutien familial, le déracinement social et l'absence de statut stable en Suisse» (cf. rapport de la Dresse Q._____ du 8 juillet 2008 p. 2 s.). De son côté, le Dr L._____ s'est limité à mentionner des troubles psychiques surchargeant le tableau clinique (cf. rapport du 21 novembre 2008). Enfin, dans son rapport du 25 avril 2009, le Dr W._____ a retenu un état de stress post-traumatique et un trouble dysthymique, tout en précisant qu'un éventuel fonctionnement intellectuel limité ou une personnalité dépendante restaient à être investigués; dans un compte-rendu du 12 janvier 2011 adressé aux autorités de police des étrangers, il a relevé que la recourante se plaignait depuis avril 2003 d'insomnies, d'irritabilité, d'anxiété et d'une baisse de moral, de concentration et de mémoire.

aa) Ici encore, les constatations des médecins de la Clinique N._____ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). Ces spécialistes (et plus particulièrement la psychiatre Q._____) ont expliqué de manière convaincante – fondant notamment leurs conclusions sur un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation mondiale de la santé, 10^e révision (CIM-10) – les raisons pour lesquels il y avait lieu de retenir le seul diagnostic de difficultés liées à l'environnement social, à l'exclusion de toute pathologie psychiatrique aiguë, y compris d'un éventuel état de stress post-traumatique, cela quand bien même l'assurée était suivie par l'association E._____ depuis le début de son séjour en Suisse. S'il est vrai que le médecin généraliste W._____ ainsi que les orthopédistes K._____ et M._____ ont fait état d'autres atteintes psychiques, il demeure que ces praticiens se sont prononcés hors de leur domaine de spécialité, et ne se sont référés à aucun élément dont les médecins de la Clinique N._____ n'auraient pas eu connaissance. Partant, leur appréciation ne saurait primer sur l'avis de la psychiatre Q._____, repris par les Drs H._____ et U._____. Quant au rapport du Dr L._____ du 21 novembre 2008, celui-ci se contente de faire état de troubles

psychiques indéterminés et, partant, dénués de pertinence dans le présent contexte. A cela s'ajoute, au surplus, que dans son constat du 12 janvier 2011, le Dr W._____ a déclaré que la seule solution aux troubles de l'intéressée serait de lui permettre d'obtenir une autorisation de séjour durable en Suisse, l'assurée préférant mourir plutôt que de retourner dans sa patrie; dès lors, il faut admettre que les plaintes de la recourante sont pour l'essentiel liées au risque d'être expulsée de Suisse vers son pays d'origine - ce qui ne saurait manifestement pas constituer une atteinte psychique invalidante au sens de l'AI.

Il convient encore de relever que les griefs soulevés par la recourante à l'encontre de l'examen psychiatrique dont elle a fait l'objet à la Clinique N._____ sont infondés. Ainsi, le seul fait que l'intéressée éprouve des difficultés à parler de son vécu dans son pays d'origine ne signifie pas pour autant que les spécialistes de la Clinique N._____ ont minimisé l'intensité du traumatisme subi lors des troubles qui ont secoué les Balkans par le passé - étant ici souligné que l'examen psychiatrique réalisé par la Clinique N._____ s'est déroulé avec l'aide d'un traducteur (cf. rapport de la Dresse Q._____ du 8 juillet 2008 p. 2). De surcroît, si l'assurée estime qu'elle aurait dû faire l'objet d'un test d'intelligence ou de la personnalité, examens également évoqués par son médecin traitant le Dr W._____ (cf. rapport du 25 avril 2009), il reste que ce point de vue n'est corroboré par l'avis d'aucun psychiatre, et que rien au dossier n'incite à douter de l'analyse des spécialistes de la Clinique N._____, qui n'ont pas procédé à de tels tests jugeant à l'évidence que ceux-ci n'étaient pas médicalement indiqués.

bb) Invoquant la détresse psychosociale et le comportement invalidant de l'assurée, Les Drs H._____ et U._____ ont retenu que cette dernière présentait «*pour l'instant*» une incapacité de travail totale sur le plan psychique (cf. rapport précité du 14 juillet 2008 p. 4).

A cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'article

8 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; TFA I 129/02 du 29 janvier 2003 consid. 3.2).

Il découle de la jurisprudence précitée que, pour des motifs propres à l'assurance-invalidité, la Cour de céans ne peut suivre les Drs H._____ et U._____ lorsqu'ils retiennent que l'assurée présente une entière incapacité de travail occasionnée par sa détresse psychosociale et son comportement invalidant. En effet, le tableau clinique ainsi décrit ne se réfère pas à un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail et de gain de l'intéressée de manière notable. Autrement dit, c'est donc à bon droit que le Dr X._____ du SMR a considéré, dans son rapport du 15 mai 2009, que les facteurs susmentionnés n'étaient pas déterminants sous l'angle de l'AI et qu'ils ne pouvaient, dès lors, fonder une incapacité de travail totale du point de vue psychique.

A noter, au demeurant, que si la Dresse F._____ a considéré que les «*faibles ressources*» de l'assurée dénotaient un pronostic sombre quant à la capacité de travail future de cette dernière (cf. rapport du 18

juillet 2008 p. 2), cette praticienne n'a toutefois pas précisé en quoi consistaient les «*faibles ressources*» en question, pas plus qu'elle n'a quantifier leur influence sur la capacité de travail de la recourante. Une appréciation aussi vague ne saurait, dès lors, être déterminante dans le cas particulier.

cc) Les médecins de la Clinique N._____ comme les Drs W._____ (cf. rapports des 25 avril 2009 et 12 janvier 2011) et F._____ (cf. rapport du 18 juillet 2008) ont évoqué le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, respectivement de trouble douloureux chronique. Pour qu'une telle affection puisse se voir reconnaître un caractère invalidant au sens de l'AI, encore faut-il que les critères jurisprudentiels usuels soient réalisés (cf. consid. 3d supra).

Ainsi qu'il a précédemment été relevé, les spécialistes de la Clinique N._____ n'ont pas retenu de comorbidité psychiatrique (cf. consid. 4b/aa supra; cf. également rapport de synthèse des Drs H._____ et U._____ du 14 juillet 2008 p. 1). Il en va de même de la Dresse F._____ dans son compte-rendu du 18 juillet 2008, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 24 août 2009 p. 2). Par ailleurs, il ressort des pièces du dossier que l'assurée a peu de contacts avec l'extérieur depuis son arrivée en Suisse en raison de ses lacunes de français, mais qu'elle maintient en revanche des contacts téléphoniques réguliers avec sa famille demeurée au pays (cf. rapport de la Dresse Q._____ du 8 juillet 2008 p. 2; cf. sur les problèmes linguistiques de la recourante les rapports du Dr L._____ du 21 novembre 2008 [p. 3], de la Dresse F._____ du 18 juillet 2008 [p. 2], et du Dr K._____ du 4 décembre 2007 [p. 1]). Cela étant, les contacts limités que l'assurée entretient avec son entourage ne semblent pas correspondre à une modification de ses habitudes sociales due à son état de santé, l'intéressée n'ayant visiblement jamais été intégrée en Suisse en dehors du cercle familial. A cela s'ajoute que les médecins de la Clinique N._____ ont fait état d'un comportement démonstratif et d'une tendance à la dramatisation chez l'assurée, et ont relevé une importante discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives,

ainsi qu'entre les symptômes présents lorsque que l'assurée se sait observée et absents lorsqu'elle est examinée à son insu. Ils ont également constaté l'adoption d'un comportement d'invalidé, ainsi que l'existence de signes de non organicité importants (cf. rapport de synthèse des Drs H._____ et U._____ du 14 juillet 2008 p. 3s.).

Au vu des éléments qui précèdent et plus particulièrement des constatations émises par les médecins de la Clinique N._____, la Cour de céans ne peut que retenir, à l'instar du Dr X._____ du SMR (cf. rapport du 15 mai 2009), que l'assurée ne réalise pas les exigences jurisprudentielles présidant à la reconnaissance d'un trouble somatoforme douloureux invalidant.

Il est vrai que le Dr W._____ défend la position inverse dans son rapport du 25 avril 2009 (cf. let. B.a supra). Pour étayer son point de vue, il se contente toutefois d'affirmer que *«[l]e fait que la patiente continue à boiter et à marcher avec des cannes anglaises [est] démonstratif»* d'un trouble somatoforme douloureux - ce qui, en définitive, ne constitue qu'une illustration supplémentaire de la nature démonstrative du comportement adopté par la recourante. A cela s'ajoute que l'on peut déduire du rapport du Dr W._____ du 12 janvier 2011 que les troubles de l'assurée découlent essentiellement de sa crainte d'être renvoyée dans sa patrie, élément que la jurisprudence ne retient pas au nombre des critères décisifs en matière de trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 3d supra).

A noter, par surabondance, que la suspicion de fibromyalgie évoquée par le Dr K._____ dans son rapport du 5 juin 2008 ne saurait être pertinente en l'espèce, dès lors que ce médecin est le seul à en faire état et que cette suspicion n'a en définitive pas été confirmée. Quoi qu'il en soit, du point de vue la LAI, les critères valables pour le trouble somatoforme douloureux s'appliquent aussi à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1).

c) Enfin, c'est en vain que la recourante conteste la fiabilité du rapport d'examen du SMR du 15 mai 2009, au motif qu'elle n'a pas été examinée personnellement par ce service. En effet, à teneur de l'art. 69 RAI, il revient à l'OAI de réunir les pièces médicales déterminantes dans un cas particulier, puis de les soumettre au SMR, afin que ce dernier vérifie les conditions médicales du droit aux prestations. L'avis du SMR constitue ainsi une synthèse des documents médicaux recueillis, sans véritable portée autonome pour l'instruction de la cause (cf. arrêt TFA I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4). Dans le cas d'espèce, la question de la valeur probante du rapport du SMR du 15 mai 2009 ne se pose pas, attendu que ce n'est pas en fonction de l'appréciation de ce service que l'affaire a été jugée (ou qu'elle devrait l'être), mais bien sur la base des rapports des spécialistes qui ont personnellement examiné la recourante. Plus particulièrement, l'on ne saurait critiquer l'absence d'examen clinique de la part du SMR, puisque ce service a fondé son avis sur les conclusions des médecins de la Clinique N._____, ne s'en écartant que sur des points spécifiques à l'assurance-invalidité (cf. consid. 4b/bb supra).

d) Il découle de l'ensemble des considérations qui précèdent que c'est à juste titre que l'office intimé a retenu que la recourante ne présentait pas de diminution de sa capacité de travail en raison d'une atteinte à la santé invalidante, et que par conséquent, elle pouvait prétendre à des prestations de l'AI.

5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une audition de témoins, d'un rapport de suivi émanant de l'association E._____, ou d'une expertise complémentaire. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Lionel Zeiter (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 15 heures, soit un montant total d'honoraires s'élevant à 2'700 fr. A cette somme, il y a lieu d'appliquer un taux de TVA de 7,6% pour les activités effectuées jusqu'au 31 décembre 2010 (164 fr. 16, soit 12 heures à 7,6%), et de 8% pour les actes entrepris dès le 1^{er} janvier 2011 (43 fr. 20, soit 3 heures à 8%). Cela étant, Me Zeiter a droit à un montant total de 2'907 fr. 36 pour ses honoraires. Par ailleurs, il peut aussi prétendre au remboursement des débours, lesquels sont fixés, en l'absence de liste détaillée, à 100 fr., plus TVA à 7,6 %, soit un montant de 107 fr. 60. L'indemnité totale pour les prestations de l'avocat d'office s'élève ainsi à 3'014 fr. 96, arrondi à 3'014 fr. 95.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice

et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 24 août 2009 par Y. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante qui succombe.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Lionel Zeiter, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'014 fr. 95 (trois mille quatorze francs et nonante-cinq centimes).
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Lionel Zeiter (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :