

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juillet 2010

---

Présidence de      Mme      ROETHENBACHER  
Juges      :      M.      Zbinden et Mme Feusi, assesseurs  
Greffier      :      M.      Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Corsier-sur-Vevey, recourante, représentée par Me Lise-Marie Gonzalez Pennec, avocate à Vevey,

et

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

---

**Art. 6ss LPGA; 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après; l'assurée ou la recourante), née en 1956, ressortissante de Serbie, a déposé le 21 mai 2008 une demande de prestations sous forme de rente.

Le 16 mai 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a décrit, selon rapport médical, l'existence d'un syndrome du tunnel carpien D d'un degré modeste à modéré pouvant faire envisager aussi bien un traitement conservateur que chirurgical. Dans un rapport médical du 2 octobre 2007, ce médecin a relevé que l'examen neurologique des membres inférieurs de l'assurée était normal et que l'EMG effectué à la recherche d'une polyneuropathie était également normal. Il s'agissait d'un syndrome des jambes sans repos sous sa forme idiopathique, modulé comme cela est souvent le cas par des facteurs émotionnels.

Le 17 juin 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a établi un rapport médical duquel il ressortait les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) suivants:

- "- Etat anxio-dépressif chronique avec importante fatigue (depuis novembre 2006).
- Cervico-dorso-lombalgies avec brachialgies bilatérales sur troubles statiques du rachis (depuis octobre 2006).
- Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (depuis l'automne 2006).

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail:

- Syndrome des jambes sans repos (depuis 2003).
- Status après cure d'un tunnel carpien du poignet D avec douleurs séquellaires (depuis 2007)."

L'assurée présentait une incapacité de travail totale du 14 mai au 20 septembre 2007 ainsi qu'à compter du 22 octobre 2007 pour une durée indéterminée.

Le 7 juillet 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, traitant l'assurée, a établi un rapport

médical à teneur duquel, les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) suivants ont été retenus:

- "- Troubles de l'humeur persistante, code F34.9 (depuis environ 3 ans).
- Douleurs chroniques ostéomusculaires handicapantes (depuis environ 3 ans)."

Une incapacité de travail totale était déterminée à compter du 5 décembre 2007 en raison de l'état de santé global de l'assurée.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Office AI (ci-après; l'OAI ou l'intimé) a mandaté le SMR afin de procéder à un examen médical de son assurée. Le 29 août 2008, le SMR a délivré un rapport d'examen clinique bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) réalisé par les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans leur rapport, ces deux experts n'ont pas posé de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Leur appréciation du cas soumis était la suivante:

"L'assurée se plaint actuellement de douleurs généralisées prenant tout le rachis et les quatre membres. L'assurée a particulièrement mal à la nuque et à la région lombaire. Elle se plaint également de gonalgies. Elle présenterait également des tuméfactions des genoux, des deux pieds et des deux mains. Elle présenterait également une aboulie à prédominance matinale et une intolérance aux bruits. L'anamnèse évoque également un syndrome des jambes sans repos.

Au status actuel, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est diminuée et l'on note la présence de trois signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen et d'une importante démonstrativité. La mobilité cervicale est normale, mise à part l'extension cervicale qui est limitée. La mobilité des articulations périphériques est parfaitement conservée. Il n'y a pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note cependant des douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie, mais également divers points de contrôle. Les douleurs n'étant pas limitées seulement aux points typiques de la fibromyalgie, mais prenant également les points de contrôle, nous ne pouvons retenir le diagnostic de fibromyalgie. Ainsi, nous retenons plutôt le diagnostic de syndrome douloureux diffus sans substrat organique qui a pu être mis sur le compte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant par l'examen

psychiatrique. A relever encore au status de discrets troubles statiques des pieds et un status neurologique normal.

Les examens radiologiques à notre disposition confirment la présence de troubles statiques modérés du rachis et mettent en évidence de discrets troubles dégénératifs du rachis.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous ne définissons aucune limitation fonctionnelle rhumatologique. Effectivement, les troubles statiques du rachis sont trop modérés et les troubles dégénératifs du rachis trop discrets pour conduire à la définition de limitations fonctionnelles. Ainsi, nous ne définissons aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle de sommelière, le syndrome somatoforme douloureux persistant ne s'accompagnant par ailleurs pas de pathologie psychiatrique incapacitante ou de critères de sévérité. Par ailleurs, dans n'importe quelle autre activité professionnelle, la capacité de travail est également complète.

Il s'agit d'une assurée âgée de 51 ans, d'origine serbe, sans formation professionnelle à proprement parler. L'assurée arrive en Suisse en 1998, comme saisonnière. Elle trouve d'abord un travail de femme de chambres, activité qu'elle poursuit au total pendant quatre ans avant de travailler comme sommelière à 100% à [...], pendant trois ans et demi. En 2005, l'assurée trouve un travail de sommelière à [...], activité qu'elle poursuit à 100% jusqu'à la fermeture du bistro en septembre 2006. Depuis, l'assurée n'a plus repris une activité professionnelle.

Dans son rapport médical du 7 juillet 2008, le Dr E. \_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, constate que la psychothérapie se déroule dans des conditions favorables avec l'objectif de sortir de l'état dépressif qui est fluctuant mais toujours présent avec une dégradation due à son état de santé mais également pour des raisons socioprofessionnelles. Il retient les diagnostics d'un trouble de l'humeur persistant ainsi que des douleurs chroniques ostéomusculaires handicapantes avec une incapacité de travail à 100% depuis le 5 décembre 2007.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble panique, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est marqué par des relations proches et stables au plan familial et inchangées depuis de nombreuses années. L'assurée ne présente pas de trouble de la personnalité morbide ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

Sur la base de notre observation clinique et de l'anamnèse de l'assurée, elle souffre d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen. En fonction de ses douleurs corporelles, l'assurée décrit des périodes de quelques jours pendant lesquels elle se sent mieux. Elle est par exemple capable d'entreprendre des voyages dans son pays d'origine avec des trajets en voiture de douze à treize heures. Mais, la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée, tout lui coûte et rien ne lui est agréable. Elle rumine et elle se plaint, elle dort mal et elle a perdu confiance en elle-même mais elle est restée capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et d'assurer par exemple les tâches ménagères pour elle et son fils ainsi que de mener une vie sociale active avec des contacts réguliers avec sa fille, installée à

Lausanne, et sa sœur vivant en Serbie. Cette dépression chronique et légère de l'humeur se présente dans le contexte d'un sentiment de détresse quant aux douleurs intenses et persistantes non expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique (voir examen rhumatologique). En plus la survenue de ces douleurs corporelles s'inscrit dans un contexte d'un enchaînement de problèmes psychosociaux avec perte imminente de son travail de longue date ainsi qu'une relation conflictuelle avec le père de ses enfants souffrant d'alcoolisme et de jeux pathologique.

En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant selon les critères de définition de la CIM-10. Dans le contexte de ce syndrome douloureux somatoforme persistant, l'humeur déprimée de l'assurée se présente comme une manifestation réactive d'accompagnement qui ne constitue pas une co-morbidité psychiatrique autonome du syndrome douloureux somatoforme persistant. Malgré ses douleurs corporelles, l'assurée ne présente également pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Pourtant, elle continue de mener une vie sociale active avec des contacts réguliers avec les membres de sa famille, surtout sa fille et sa sœur avec par exemple des séjours réguliers en Serbie. En conséquence, le syndrome douloureux somatoforme persistant de notre assurée n'atteint pas le niveau de sévérité d'une maladie incapacitante et la capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Il n'y a aucune limitation fonctionnelle du point de vue ostéoarticulaire.

En l'absence d'une maladie psychiatrique invalidante, il n'y a pas de limitation fonctionnelle au plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Il n'y a aucune incapacité de travail du point de vue ostéoarticulaire.

Le médecin traitant, le Dr J. \_\_\_\_\_, atteste une incapacité de travail de 100% du 14 mai 2007 au 20 septembre 2007 ainsi que du 22 octobre 2007 jusqu'à maintenant. Nous ne pouvons suivre cette évaluation de la capacité de travail, les troubles statiques du rachis étant modérés et les troubles dégénératifs du rachis trop discrets. Par ailleurs, le syndrome somatoforme douloureux persistant ne s'accompagnant actuellement pas de pathologie psychiatrique incapacitante ou de critères de sévérité, il ne peut conduire à une incapacité de travail.

En l'absence d'une maladie psychiatrique invalidante, il n'y a pas d'incapacité de travail au plan psychiatrique.

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

Sans objet, en l'absence d'incapacité de travail."

Le 5 novembre 2008, par projet de décision, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris que cette dernière bénéficiait d'une capacité de travail entière dans quelque activité que ce soit.

Le 16 janvier 2009, l'assurée a fait part de ses conclusions sur le projet de décision précité. Etaient alors jointes, trois pièces médicales distinctes établies respectivement par le Dr J.\_\_\_\_\_ (certificat médical du 10 décembre 2008), le Dr E.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 8 janvier 2009) et le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, rhumatologie et suivant également l'assurée (rapport médical du 10 avril 2008). Ainsi, dans son certificat médical du 10 décembre 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ a souligné que l'incapacité de travail entière dès le 15 mai 2007 se justifiait à condition de tenir compte de l'ensemble des problèmes affectant l'assurée. Cet avis a été pleinement partagé par le Dr E.\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 8 janvier 2009, a précisé que nonobstant une prise en charge régulière le cas de l'assurée n'avait pas subi d'amélioration, l'ensemble de la symptomatologie évoquée subsistant. Dans son rapport établi le 10 avril 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ a conclu à la présence de douleurs péri articulaires multiples, diffuses et migrantes, imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent vraisemblablement expliqué par une baisse du seuil de déclenchement de la douleur liée au contexte socio-familial chargé de l'assurée. Ce praticien souligne que du point de vue socioprofessionnel, il lui est difficile de se positionner sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

Le 28 septembre 2009, après s'en être référé à un avis médical SMR du 26 février 2009 établi par le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, l'OAI a rendu une décision de rejet de la demande de prestations.

**B.** Le 2 novembre 2009, l'assurée fait recours et conclut sous suite de dépens, comme il suit:

"Préalablement:

I.- L'assistance judiciaire provisoire est accordée.

Principalement:

II.- Le recours est admis.

III.- La décision du 28 septembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est modifiée en ce sens que G.\_\_\_\_\_ a droit à une rente invalidité complète dès le 21 mai 2008.

Subsidiairement:

- IV.- La décision du 28 septembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est annulée.
- V.- Une expertise pluridisciplinaire est ordonnée avec pour mission de déterminer le degré d'invalidité de G. \_\_\_\_\_."

La requérante produit notamment un certificat médical du novembre 2009 de la [...], secteur de l'Est vaudois, a teneur duquel elle se trouvait alors hospitalisée depuis le 23 octobre 2009 en raison d'un état anxio-dépressif accompagné d'idées suicidaires.

Le 27 novembre 2009, la requérante bénéficie d'une avance pour les émoluments de justice ainsi que de l'assistance d'office d'une avocate, ceci avec effet au 22 octobre 2009.

Le 18 décembre 2009, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 14 avril 2010, la requérante communique qu'elle n'entend pas se déterminer sur la réponse de l'intimée, maintenant l'argumentation et les conclusions 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 cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**c)** A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la Cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant du refus d'une rente sans limitation dans le temps.

**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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

**3. a)** A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes de l'art. 7 al. 1 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.

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

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**c)** 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; TF I 50/2006 du 17 janvier 2007, consid. 9.4).

Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C\_191/2008 du 24 novembre 2008, consid. 5.2.2, 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). Un rapport du SMR peut avoir valeur d'expertise à moins qu'il n'existe des indices concrets qui plaident en défaveur de sa fiabilité (ATF 135 V 465).

**4. a)** La recourante reproche en premier lieu à l'intimé de s'être fondé sur le rapport médical du 18 août 2008 du SMR. Elle relève que ce rapport a été rendu à l'issue d'un seul examen qui a "duré uniquement 2-3 heures".

Le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 29 août 2008, comporte une anamnèse détaillée et une description circonstanciée des plaintes de la recourante, procède d'une étude approfondie, comporte des observations et une discussion motivée sur le diagnostic retenu et ses conséquences sur la capacité de la recourante à reprendre une activité lucrative. Partant, cette expertise a valeur probante, au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3c supra). Dans son rapport du 7 juillet 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_ (psychiatre traitant) se limite à diagnostiquer un trouble de l'humeur persistant en le codifiant (F34.9), sans pour autant en apprécier la qualification et décrire les répercussions sur la capacité de travail, proposant ainsi la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 10 avril 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ (rhumatologue suivant la recourante) fait part de ses difficultés à pouvoir se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de sa patiente. S'agissant du médecin généraliste de la recourante, le Dr J.\_\_\_\_\_, il s'en réfère dans ses rapports médicaux des 17 juin 2008 et 10 décembre 2008, aux avis des Drs E.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède, les avis divergents des médecins traitants n'apparaissent pas suffisamment étayés par des constats objectifs dans la qualification des troubles diagnostiqués, de sorte que la Cour ne saurait remettre en cause l'expertise du SMR du seul fait de l'existence de tels opinions contradictoires (cf. consid. 3c supra). A cela s'ajoute que le grief soulevé est de nature formelle et que la recourante aurait pu et dû se plaindre de la durée censée insuffisante de la consultation à l'issue de l'examen clinique et non pas, pour la première fois, au cours de la procédure cantonale (cf. TF 9C\_359/2009 du 26 mars 2010, consid. 4.4).

**b)** La recourante fait ensuite grief à l'expertise bi-disciplinaire du SMR d'avoir tenu compte en sa défaveur, dans l'appréciation du cas, de sa nationalité étrangère, savoir en particulier de lui imputer une "importante démonstrativité à l'examen clinique". Les experts ont décrit ces éléments sous le status de la recourante. Considérant que l'intéressée a effectivement émis de nombreux cris et gémissements lors de l'examen des articulations périphériques et en particulier du rachis, l'on voit difficilement que les experts ne mentionnent pas de tels constats dans leur rapport. L'interprétation de la recourante s'agissant de la perception des experts de sa souffrance n'est clairement pas de nature à rediscuter la valeur de l'expertise en question, étant précisé que l'intéressée a effectivement été démonstrative durant l'examen. Sous l'angle matériel, les experts ont exposé – tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique –, sur deux pages leurs constats médicaux objectifs sans qu'il ne soit démontré que leur motivation n'ait été influencée voire tronquée par des considérations liées à la nationalité de la recourante. Partant, faute d'éléments objectifs attestant du contraire, le grief soulevé appert purement appellatoire, de sorte qu'un tel raccourci ne peut et ne doit qu'être rejeté.

**c)** La recourante est d'avis que l'expertise SMR est erronée dès lors que celle-ci retient un voyage effectué en voiture en Serbie ainsi que d'autres séjours réguliers dans ce même pays. En page 3 sous l'anamnèse psychosociale et psychiatrique de l'intéressée, les experts ont cité le voyage en voiture d'une durée de douze à treize heures effectué en Serbie en juillet 2008 par la recourante en compagnie de sa fille et de son beau-fils, ceci lors de ses dernières vacances. A l'occasion de l'appréciation du cas (en particulier de l'examen psychiatrique), les experts ont précisé que la dépression chronique de l'humeur de sévérité insuffisante pour diagnostiquer un trouble dépressif léger ou moyen était fluctuante selon les douleurs corporelles ressenties. Se basant sur leur anamnèse, ils ont émis l'avis selon lequel la recourante serait en mesure d'entreprendre des voyages en voiture de douze à treize heures vers son pays d'origine. Force est de relever qu'il n'existe sur ce point, aucune contradiction avec les constatations rapportées. A l'appui de leur diagnostic, les experts

soulignent que malgré ses douleurs corporelles, l'assurée ne présente pas de perte d'intégration sociale, qu'elle mène une vie sociale active avec des contacts réguliers avec les membres de sa famille par exemple lors de séjours réguliers en Serbie. Le fait que l'anamnèse se limite à décrire le voyage effectué par la recourante lors de ses dernières vacances en date (savoir, juillet 2008) laisse augurer – qu'à l'instar de nombre de ses compatriotes résidant en Suisse –, l'intéressée a pour habitude de se rendre chaque année dans son pays d'origine afin d'y passer ses vacances en famille. Dans ces circonstances, il n'existe à nouveau aucune contradiction ou incohérence dans l'expertise SMR du 29 août 2008.

**d)** Se référant au rapport (recte: certificat) médical du 2 novembre 2009 de la [...] produit en cours de procédure, la recourante en déduit que le rapport SMR du 29 août 2008 est erroné dès lors que ce dernier retient, en page 6 (status psychiatrique), l'inexistence d'idées suicidaires ni d'idées noires. A l'examen du dossier transmis, aucune des pièces médicales émanant du psychiatre traitant, le Dr E.\_\_\_\_\_, ne font mention de tels éléments. Seul le certificat médical précité du 2 novembre 2009 s'en fait l'écho. Ce dernier document décrit des faits postérieurs à la décision contestée rendue le 28 septembre 2009. Or, de jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées en fonction de l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse est rendue sans devoir prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante (cf. consid. 2b supra). Au demeurant non étayé, se limitant à mentionner une hospitalisation en raison d'un état anxio-dépressif accompagné d'idées suicidaires, le certificat médical dont se prévaut la recourante ne saurait être retenu par la Cour de céans.

**e) aa)** Pour terminer, la recourante reproche à la décision contestée de s'être prêtée à une interprétation erronée du rapport médical du 8 janvier 2009 du psychiatre traitant. A lecture du dossier, force est de constater que les praticiens du SMR sont les premiers à avoir posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) selon CIM-10, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son rapport

médical du 7 juillet 2008, le médecin psychiatre traitant n'a pas retenu un tel diagnostic, se prononçant à la faveur de troubles de l'humeur persistante (F34.9) et de douleurs chroniques ostéomusculaires handicapantes avec répercussion sur la capacité de travail. Ce n'est qu'au travers de son rapport médical du 8 janvier 2009 que ce praticien évoque des troubles somatoformes douloureux, relevant que ces derniers sont identiques au diagnostic de fibromyalgie. La fibromyalgie présente certes de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). Il n'en reste pas moins qu'il est médicalement inexact de considérer - à l'instar du psychiatre traitant de la recourante - que ces deux notions sont identiques. C'est également postérieurement au rapport d'expertise SMR que le médecin généraliste mentionne, dans son rapport médical du 10 décembre 2008, des troubles somatoformes douloureux. Il sied néanmoins de relever que dans son rapport médical du 17 juin 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ avait déjà relevé l'existence d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, lequel aurait ensuite évolué sous la forme de troubles somatoformes douloureux. Force est dès lors de constater que les médecins traitants ont rejoint l'avis des experts du SMR s'agissant de leur diagnostic. Sur la base de leur observation clinique et de l'anamnèse de la recourante, les experts ont exclu que l'humeur déprimée puisse consister en une co-morbidité psychiatrique autonome au syndrome somatoforme douloureux persistant diagnostiqué. De surcroît, ils ont relevé que nonobstant ses douleurs corporelles, la recourante ne présentait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (contacts réguliers avec sa fille à Lausanne et sa sœur vivant en Serbie). Dans ces circonstances, la recourante se méprend en soutenant que la décision attaquée constituerait une mauvaise interprétation de l'avis médical de son psychiatre traitant.

**bb)** En vertu des règles de jurisprudence applicables en matière de troubles somatoformes douloureux persistants, le seul diagnostic d'une telle atteinte à la santé n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (cf. ATF 130 V 352). 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 co-morbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), 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 traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

**cc)** Au vu des constatations médicales des experts du SMR (cf. consid. 4e/aa supra), il n'existe aucune circonstance susceptible de conclure à une inexigibilité de la réintégration dans le monde du travail de sorte qu'il n'y a pas matière en l'espèce, à déroger à la présomption voulant que les troubles somatoformes douloureux persistants ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement

exigible de la part de la recourante. En conclusion, force est de retenir - à l'instar de la décision attaquée - que le syndrome somatoforme douloureux persistant n'atteignant pas un degré de sévérité d'une maladie incapacitante, la capacité de travail de la recourante reste entière dans l'exercice de n'importe quelle activité lucrative.

**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 nouvelle expertise pluridisciplinaire.

En définitive, la décision querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**6.** 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 LPA-VD, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

**prononce :**

- I. Le recours déposé le 2 novembre 2009 par G.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 28 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de la recourante.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Lise-Marie Gonzalez Pennec (pour G.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :