

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2011

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) S._____, née en 1961, originaire de Y._____, arrivée en Suisse en 1994, travaillait à 100 % depuis le 18 mars 2002 en qualité d'ouvrière (garnissage de sandwichs) auprès de l'entreprise K._____ SA, articles de boulangerie, à [...]. En 2003, elle a bénéficié d'un arrêt de travail transitoire suite à une chute sur malaise indéterminé. Elle a ensuite pu reprendre son travail jusqu'en octobre 2006, date à laquelle elle a souffert de douleurs dans le bas du dos et à la nuque, ainsi que de maux de tête avec vertiges, après avoir soulevé un sac de 40 kilos. Elle a alors consulté le Dr J._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, qui a attesté une incapacité totale de travail du 17 octobre au 5 novembre 2006, puis à 70 % du 6 au 12 novembre 2006, puis à 50 % dès le 13 novembre 2006. Ce praticien a préconisé un traitement à base de Dafalgan, d'Ains et de physiothérapie, lequel n'a toutefois eu aucun effet favorable. L'assurée a dès lors été adressée au Dr X._____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, qui a posé le diagnostic de cervico-lombalgies sur troubles rachidiens d'ordre dégénératif et statique avec une évolution vers un syndrome fibromyalgique (rapport médical du 12 février 2007). Il a évoqué une "évolution stationnaire avec la persistance de plaintes constantes, de douleurs lombaires exacerbées à l'effort et lors de la position debout et penchée en avant". Il a en outre signalé avoir insisté pour une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dès le 21 février 2007, tout en étant conscient que la reprise serait probablement un échec. Il a conclu que le taux d'occupation devait être évalué par un tiers, tout en retenant que l'activité actuelle était mal adaptée aux plaintes de la patiente. Son cas a été pris en charge par V._____, assureur perte de gain de l'employeur, qui a versé des indemnités journalières dès le 17 octobre 2006.

Au vu de ces éléments, V._____ a mandaté le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 25 avril 2007, le Dr R._____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Il a

toutefois estimé que la poursuite de l'incapacité de travail ne se justifiait pas, en l'absence de co-morbidité psychiatrique et des critères de sévérité selon Mosimann, raison pour laquelle l'activité d'ouvrière chez K. _____ à 100 % était exigible. L'assureur perte de gain a également mis en œuvre une expertise rhumatologique de son assurée. Le 30 mars 2007, à la demande de V. _____, la patiente a également été examinée par le Dr W. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans un rapport du 3 avril 2007, ce dernier a estimé d'un point de vue maladie (correspondant à la situation avant l'accident survenu en mars 2007, cf. point A. b) ci- après) que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée, soit autorisant les positions alternées et excluant le port ou le soulèvement de charges de plus de 15 kg, sa capacité de travail était complète d'un point de vue ostéo-articulaire (maladie). S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr W. _____ a retenu ce qui suit :

"En ce qui concerne l'examen clinique, force est de constater l'existence de nombreux stigmates suggestifs d'un syndrome d'amplification des symptômes. Les signes de Waddell, Sobel et Kummel sont tous présents, on constate de manière objective, qu'un léger syndrome lombo-vertébral cependant l'examen clinique est "parasité" par ces signes de surcharge fonctionnels et il est dès lors très difficile de pouvoir statuer clairement sur l'amplitude des limitations de la mobilité de son rachis lombaire et cervical. Ces limitations de la mobilité rachidienne semblent être en partie du moins d'origine extra-organique et l'on peut conclure qu'il y a de toute façon une importante discordance entre les doléances exprimées par Mme S. _____ et les constatations pathologiques de l'examen clinique qui sont fort limitées, de même que celles qui proviennent du bilan radiologique qui avait été réalisé en automne 2006. Enfin, l'examen neurologique peut être considéré comme normal, et il n'y a aucune restriction fonctionnelle au niveau du squelette appendiculaire. On constate également l'existence de points de fibromyalgie douloureux mais ceci doit être interprété avec précaution notamment vu que l'assurée ne s'exprime pas du tout en langue française".

b) Le 19 mars 2007, alors qu'elle portait une corbeille de linge, l'intéressée a perdu connaissance et est tombée dans les escaliers de son immeuble, entraînant une entorse de la cheville droite qui a dû être

plâtrée. Ce cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accident (CNA), qui a versé des indemnités journalières dès le 1^{er} avril 2007, V._____ ayant cessé tout versement depuis cette date (courrier du 30 mai 2007). Dans le même temps, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'intéressée pour le 31 mai 2007 en raison d'absences de longue durée.

Afin de faire le point de situation, l'assurée a été examinée le 20 juillet 2007 par le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 20 juillet 2007, ce praticien a constaté que la cheville droite était élargie par un œdème chronique, sans d'autre signe réactif local ou de différence de température entre les deux chevilles, ni d'hypersudation. La mobilité de la tibio-astragaliennne n'était que modérément limitée, sans amyotrophie significative du mollet droit. Le tannage plantaire était bien marqué et symétrique. Le Dr H._____ a dès lors préconisé un séjour à Clinique D._____ pour un complément de rééducation à la marche (sevrage des cannes).

L'assurée a finalement séjourné du 2 au 17 octobre 2007 à la Clinique D._____ pour une évaluation multidisciplinaire et une prise en charge, la patiente se plaignant de douleurs et de limitations fonctionnelles persistantes six mois après le traumatisme. Dans un rapport de synthèse du 23 octobre 2007, les Drs M._____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, et G._____, médecin-assistant au Service de réadaptation générale, ont considéré qu'il n'y avait pas d'argument clinique et d'imagerie pour une algodystrophie active ou pour des séquelles significatives d'algodystrophie du point de vue fonctionnel. Par ailleurs, dans le cadre d'un consilium psychiatrique réalisé le 12 octobre 2007, le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a noté une discordance entre les éléments somatiques objectifs qui restaient mineurs, et les plaintes douloureuses, ainsi que l'impact fonctionnel qui étaient importants. Le praticien précité a indiqué qu'il était difficile de faire la distinction entre un syndrome douloureux somatoforme persistant et une majoration des symptômes physiques (entorse de cheville) pour des raisons psychologiques. Le Dr C._____ a

toutefois estimé que ce dernier diagnostic, qui n'avait pas de valeur incapacitante, paraissait le plus approprié, en présence de symptômes initialement lésionnels qui paraissaient amplifiés ou prolongés dans l'attente d'une compensation financière ou professionnelle. Les Drs M._____ et G._____ ont dès lors attesté une incapacité de travail à 100 % du 18 au 21 octobre 2007, puis une reprise du travail à 50 % du 22 octobre au 4 novembre 2007 et à 100 % dès le 5 novembre 2007 et ce dans la dernière profession exercée.

S._____ a par la suite séjourné du 1^{er} au 15 novembre 2007 à l'Hôpital Z._____, pour une prise en charge antalgique et un reconditionnement physique. Dans l'avis de sortie du 4 décembre 2007, les Drs N._____ et B._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant, ont posé les diagnostics d'état anxio-dépressif modéré à sévère, de trouble somatoforme douloureux chronique et status post-entorse de la cheville droite, prolongeant l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 25 novembre 2007, à réévaluer par le médecin traitant.

Par décision du 19 décembre 2007, la CNA a confirmé qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance (frais de traitement) avec effet au 31 octobre 2007, ainsi qu'au versement de l'indemnité journalière, une capacité de travail à 100 % ayant été reconnue dès le 5 novembre 2007 pour les seules suites de l'accident.

c) Le 19 février 2008, S._____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI) en raison d'un accident à la jambe droite entraînant des répercussions sur son moral.

Le 5 mars 2008, l'assurée a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé dès son arrivée en Suisse. Toutefois, cela n'était pas possible actuellement et elle n'était pas disposée à assumer un pourcentage (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 7 mars 2008, le Dr J._____ a estimé que les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, de fibromyalgie, d'état anxio-dépressif sévère, ainsi que d'entorse de la cheville droite avec persistance des douleurs à la face externe de ladite cheville et d'algodystrophie secondaire, de port d'attelle pour la marche, d'obésité et de gastrite avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il a attesté une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée dès le 13 novembre 2006 pour une durée indéterminée.

Suite à un entretien du 1^{er} juillet 2008 avec l'assurée, le service de réadaptation de l'AI a constaté que cette dernière n'avait démontré aucune motivation pour la réadaptation professionnelle proposée par l'AI, car elle restait centrée sur ses douleurs. Elle paraissait ainsi clairement orientée vers des prestations financières de la part de l'AI en raison des douleurs évoquées qui ne lui permettaient pas de travailler. Le service de réadaptation a dès lors considéré que le dossier de l'intervention précoce devait être fermé et a conclu au refus du droit à des mesures professionnelles, ainsi qu'à une rente en raison de l'absence d'invalidité.

d) En date du 7 juillet 2008, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente. Il a en effet retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans sa profession habituelle, ainsi que dans des activités adaptées à son état de santé.

L'intéressée ayant contesté le projet précité, l'OAI a repris l'instruction du cas, les Drs J._____ et T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ayant fait état d'une péjoration de l'état de son santé psychique de leur patiente (cf. certificats médicaux respectivement des 16 août 2008 et 20 août 2008).

Dans un rapport médical du 21 janvier 2009, le Dr T._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes

psychotiques et de trouble de la personnalité passive-agressive et a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 26 novembre 2007, le suivi psychiatrique ayant été mis en place dès la sortie de l'assurée de l'Hôpital Z._____. Il a décrit une assurée sévèrement déprimée, revendicatrice se positionnant comme une victime de la société, proférant des menaces d'agression, mais également de suicide.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR), qui a estimé indispensable de procéder à une expertise psychiatrique (avis médical du 9 mars 2009).

Dans un rapport d'expertise du 23 octobre 2009, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, au Centre P._____, a considéré que l'assurée présentait une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, probablement depuis 2003, qui n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail. S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr Q._____ a considéré ce qui suit :

"Les plaintes actuelles vont dans le sens d'un épisode dépressif de longue durée et relativement sévère. L'observation n'est pas concordante, la tristesse est présente, mais pas durable dans l'entretien, par ailleurs il n'y a notamment pas de trouble cognitif, d'idées suicidaires ou de culpabilité. De plus, l'assurée, bien qu'étant peu active, continue à s'occuper de son hygiène, de la préparation des repas, et sort deux fois par jour pour se promener.

On reste plus frappé par le comportement démonstratif et la fixation sur les douleurs. Il n'y a pas actuellement de critères diagnostics suffisants pour poser un épisode dépressif clinique.

On notera encore que l'histoire personnelle diffère selon les rapports. Le vécu de maltraitance précisé que par le Dr T._____ dans un rapport AI de janvier 2009. Le psychiatre rapporte que sa patiente a été témoin d'atrocités, mais ne mentionne pas les viols et l'enfermement. Ces éléments sont nouveaux dans notre expertise. Le psychiatre ne parle pas non plus d'état de stress post-traumatique, mais précise que selon sa patiente les problèmes médicaux ont commencé après une mauvaise chute en 2003. Il n'est pas fait mention d'épisodes dépressifs antérieurs. D'ailleurs, l'expertisée a pu travailler à 100 % dès son arrivée en

Suisse, alors qu'elle ne parle pas le français, ce qui montre tout de même une bonne capacité d'adaptation.

Le Dr R. _____ rapporte seulement dans son expertise que *toute la famille a été chassée de ses terres par les [...], ils n'auraient toujours pas retrouvé leurs biens à ce jour*. Il ne parle pas d'atrocités ou d'autres événements traumatisants.

Le Dr T. _____ décrit la famille comme pauvre, le père ayant travaillé comme saisonnier en Suisse, ce qui contraste avec l'image de propriétaires terriens.

L'assurée rapporte aussi avoir été responsable d'une quinzaine de personnes dans la dernière entreprise, on comprend difficilement comment cela est possible en ne parlant pas le français, par ailleurs le rapport d'évaluation de l'AI précise qu'elle était *ouvrière de production [...]*.

L'assurée rapporte prendre ses médicaments tous les matins, que ceux-ci soulagent les angoisses, mais provoquent des vertiges. Le monitoring médicamenteux révèle une compliance nulle.

On peut déduire de ce qui précède, que l'anamnèse n'est pas fiable, qu'il n'y a pas de signes actuels de maladie psychiatrique invalidante, par contre que des facteurs d'exagération sont nettement présents. Le Dr W. _____ parlait déjà de *syndrome d'amplification des symptômes* et le Dr C. _____ de *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*".

Par avis médical du 26 novembre 2009, le SMR a retenu que l'expertise démontrait clairement que l'anamnèse donnée par l'assurée variait dans le temps et selon les examinateurs. Les plaintes subjectives allaient dans le sens d'un épisode dépressif sévère, alors que le status ne montrait qu'une tristesse inconstante, sans trouble cognitif, sans idée suicidaire ou de culpabilité. Les éléments constitutifs d'un état de stress post-traumatique faisaient défaut. Enfin, l'intéressée ne prenait pas le traitement psycho-actif prescrit. Le SMR a dès lors conclu à l'absence de maladie invalidante au sens de l'AI.

e) Par décision du 11 décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée le 19 février 2008, en reprenant les motifs avancés dans son projet de décision du 7 juillet 2008. Dans une lettre explicative du même jour, l'OAI a exposé les éléments suivants :

"Par courrier du 31 juillet 2008, vous avez contesté notre position sur le plan médical, estimant que votre état de santé s'est aggravé.

Afin de vérifier si votre état de santé s'est effectivement péjoré, nous avons mis sur pied une expertise auprès du Centre P._____ à [...] (Centre P._____). Le rapport de ce centre a été soumis au Service Médical Régional AI qui conclut que vous ne présentez aucune maladie invalidante au sens de l'AI, de sorte que tout droit aux prestations AI vous est refusé.

L'expertise du Centre P._____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 31 juillet 2008 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position".

B. a) Par acte de son mandataire du 26 janvier 2010, S._____ interjette recours contre cette décision et conclut à l'annulation de la décision attaquée, principalement au constat qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à la prise de décision sur son droit aux prestations, plus subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise et nouvelle décision au sens des considérants, sous suite de frais et dépens. Elle dépose un certificat médical du 11 janvier 2010 établi par la psychologue L._____ et la Dresse F._____ de l'Association E._____. La recourante fait valoir que les éléments de l'anamnèse n'ont pas été repris par le Dr Q._____ du Centre P._____ dans son appréciation, mais tendent pourtant clairement à être confirmés par les indications données par la Dresse F._____, dont le rapport concorde parfaitement avec celui du Dr T._____ du 21 janvier 2009. Elle ajoute que sur la base du dossier, on ne peut opter entre la thèse soutenue par le Dr Q._____, qui considère que les éléments de l'anamnèse (sérvices subis durant la guerre), doivent être écartés faute de fiabilité, et celle de la Dresse F._____, qui retient un diagnostic de modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe. Au vu de l'importance des divergences, la mise en œuvre

d'une expertise psychiatrique judiciaire semble indiquée pour départager les avis en présence. En tout état de cause, le fait qu'elle se soit épanchée très tardivement sur les événements traumatiques qui constituent son vécu, même avec son mari, ne saurait être interprété comme un manque de fiabilité de son récit qui ne peut être mis en doute.

b) Dans sa réponse du 21 avril 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à un avis médical du 12 avril 2010 du SMR qui a exposé ce qui suit :

"L'assurée consulte l'Association E. _____ depuis octobre 2008, soit 4 mois environ après le projet de décision de l'AI. Le traitement consiste en des entretiens avec une psychologue en présence d'un traducteur, et de médicaments prescrits par la Dresse F. _____.

Ce document retient une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, un trouble dépressif récurrent épisode actuellement sévère, et un syndrome douloureux somatoforme persistant, justifiant une incapacité de travail totale. La survenance de l'incapacité n'est pas précisée.

Le status psychiatrique à proprement parler est réduit à 3 lignes en page 2. Les critères diagnostiques d'un trouble dépressif récurrent sévère et d'une modification durable de la personnalité ne sont pas réunis si l'on s'en tient aux définitions de la CIM-10. La nature du traitement médicamenteux n'est pas précisée.

Une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe fait suite à un état de stress post-traumatique. Aucune de ces entités pathologiques n'a été diagnostiquée lors de 3 expertises successives (Dr R. _____ en avril 2007, Dr C. _____ en octobre 2007, Dr Q. _____ en juin 2009). On remarquera aussi que l'assurée a travaillé de 1995 à 2007, ce qui est incompatible avec une modification durable de la personnalité".

c) Dans sa réplique du 26 mai 2010, la recourante a noté que le rapport du SMR n'émanait pas d'un spécialiste en psychiatrie. Elle a ajouté n'avoir jamais partagé ses expériences, pas même avec son mari. Elle n'a pu le faire la première fois que dans le cadre de l'Association E. _____, grâce à la présence d'un interprète communautaire. Elle a également produit un complément d'information du 26 mai 2010 de la psychologue

L._____ et de la Dresse F._____, laquelle a précisé qu'elle suivait également l'assurée. Elles ont indiqué que le diagnostic de modification de la personnalité était présent depuis le début du suivi et qu'il était certainement apparu suite à la réactivation des traumatismes de la patiente après l'agression dont a été victime son fils cadet, c'est-à-dire juste avant le suivi à l'Association E._____. L'incapacité de travail à 100 % a dès lors été estimée en fonction de l'ensemble de tous les diagnostics psychiatriques posés (à l'Association E._____ et par les experts) chez l'intéressée, mais également au regard de l'intensité des symptômes depuis la réactivation de tous les anciens traumatismes.

d) Dans sa duplique du 21 juin 2010, l'intimé n'a pas fourni d'observation complémentaire.

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). 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 a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]), et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

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 médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son 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).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme

des affections à prendre en charge par l'AI, 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 in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité

résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

3. a) En l'espèce, sur le plan somatique, sans véritablement contester l'appréciation des experts, l'assurée a toutefois dans le cadre de son recours conclu de manière subsidiaire à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, raison pour laquelle ce point doit être examiné. Il résulte du dossier que dans son rapport du 3 avril 2007, le Dr W. _____ mandaté par V. _____ s'est limité à déterminer la capacité de travail de la recourante d'un point de vue "maladie", soit avant l'accident du 19 mars 2007, lequel a fait l'objet d'un rapport du 23 octobre 2007 de Clinique D. _____ établi à la demande de la CNA. Le fait qu'aucun expert n'ait finalement évalué la capacité de travail de manière globale, soit en prenant en compte l'ensemble des atteintes somatiques présentées par

l'intéressée, n'est pas décisif au vu de l'ensemble du dossier de la recourante.

Ainsi, il convient de constater que s'agissant de l'entorse à la cheville droite, les Drs M._____ et G._____ ont exclu les diagnostics d'algodystrophie active ou de séquelles significatives d'algodystrophie au vu des examens cliniques et des nombreuses investigations (IRM, RX et scintigraphie osseuse), estimant que le tableau clinique n'avait plus grand-chose à voir avec le traumatisme. Ils ont attesté une capacité totale de travail dès le 5 novembre 2007 dans l'activité habituelle. S'agissant de l'atteinte au niveau du rachis, le Dr W._____, expert mandaté par V._____, a retenu le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de syndrome d'amplification des symptômes et de déconditionnement physique global dans le cas d'une assurée sédentaire présentant un excès pondéral (rapport d'expertise du 3 avril 2007). Malgré l'absence de discopathies et de troubles dégénératifs de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, le Dr W._____ a estimé que l'assurée n'était plus en mesure d'assumer à 100 % son activité habituelle en raison de la manutention de charges trop lourdes de 15 à 40 kg selon les dires de l'intéressée. L'expert a dès lors conclu que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites (c'est-à-dire autorisant les positions alternées et excluant le port ou le soulèvement de charges de plus de 15 kg). Ultérieurement, K._____ SA a toutefois précisé que si son employée soulevait ou portait souvent des charges de 0 à 10 kg, tel était rarement le cas pour des charges de 10 à 25 kg, sans toutefois préciser si la charge en question pouvait dépasser les 15 kg. Enfin, l'employeur a mentionné que l'assurée était souvent assise, marchait parfois, mais restait rarement debout (questionnaire de l'employeur rempli le 13 mars 2008).

Dans ces conditions (description du poste de travail et absence de substrat organique), il y a lieu d'admettre que la capacité de travail de l'assurée est totale dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité.

Sur le vu des rapports médicaux du 7 mars 2008 du Dr J._____, qui a retenu le diagnostic de fibromyalgie en raison de la présence de multiples douleurs, du 12 février 2007 du Dr X._____ qui a évoqué une évolution vers un syndrome fibromyalgique, ainsi que du 4 décembre 2007 des Drs N._____ et B._____ qui ont mentionné la présence d'un trouble somatoforme douloureux chronique, il convient de rappeler que les Drs W._____, M._____ et G._____ ont écarté un tel diagnostic au profit d'un syndrome d'amplification des symptômes, voire d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Au surplus, le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne peut se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2c supra), ce qui sera examiné ci-après.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr R._____, mandaté par V._____ en 2007 a mis en évidence un trouble somatoforme douloureux sans aucune comorbidité psychiatrique (rapport d'expertise du 25 avril 2007). Suite à un séjour du 1^{er} au 15 novembre 2007 à l'hôpital Z._____ (réadaptation), l'assurée a été adressée au Dr T._____ en raison d'un état anxio-dépressif modéré à sévère (avis de sortie du 4 décembre 2007). Malgré un suivi psychiatrique du 26 novembre 2007 au 6 août 2008, la recourante a finalement été prise en charge par l'Association E._____ en raison d'une involution du traitement (rapport médical du 21 janvier 2009 du Dr T._____) dès le mois d'octobre 2008 (certificat médical du 11 janvier 2010 de la Dresse F._____ et de la psychologue L._____). Suite au projet de décision du 7 juillet 2008 de l'intimé concluant au rejet de la demande de mesures professionnelles et de rente, le Dr J._____ a signalé une péjoration de l'état de santé psychique de sa patiente sous la forme d'un état anxio-dépressif sévère (certificat médical du 16 août 2008). C'est dans ce contexte que l'intimé a mandaté le Dr Q._____ pour la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 23 octobre 2009, l'expert a uniquement retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans répercussion sur la capacité de travail, confirmant ainsi les constatations faites antérieurement par le Dr C._____ (consilium

psychiatrique du 12 octobre 2007), lequel avait considéré que l'assurée présentait des symptômes initialement lésionnels, paraissant toutefois amplifiés ou prolongés dans l'attente d'une compensation financière ou professionnelle.

Contrairement aux psychiatres traitants, le Dr Q._____ a estimé que la recourante ne présentait pas d'épisode dépressif, les critères CIM-10 de la dépression n'étant pas remplis. Il a clairement indiqué que si les plaintes actuelles de l'assurée allaient effectivement dans le sens d'un épisode dépressif de longue durée et relativement sévère, l'observation n'était pas concordante. Si la tristesse était présente, elle n'était cependant pas durable dans l'entretien. En outre, l'expert n'a pas constaté de trouble cognitif, d'idées suicidaires ou de culpabilité. Sur ce point, l'appréciation de l'expert ne saurait être remise en cause par le rapport du 11 janvier 2010 de la Dresse F._____ et de la psychologue L._____, dans lequel il est fait état d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec un syndrome douloureux somatoforme persistant. Outre le fait que le début de l'incapacité n'a pas été précisé, il convient de constater que le status psychiatrique, décrit de manière succincte, ne réunit pas les critères (CIM-10) permettant de retenir les diagnostics précités (avis médical du 12 avril 2010 du SMR).

S'agissant du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe présent depuis le début du suivi en octobre 2008 par la Dresse F._____ et la psychologue L._____ (complément d'information du 26 mai 2010), le Dr Q._____ a exposé de manière probante pourquoi il s'en écartait. En se référant aux diverses déclarations de l'assurée contenues dans le dossier, il a ainsi mis en doute la fiabilité de l'anamnèse, tout en mentionnant la présence de signes d'exagération et une compliance nulle au vu du monitoring médicamenteux. Les constatations du Dr Q._____ emportent la conviction, dès lors qu'elles reposent sur une anamnèse et un examen clinique complets, que l'expert a pris en considération les plaintes de l'assurée et les autres avis médicaux au dossier. Il sied également de constater que le diagnostic de modification durable de la personnalité

après une expérience de catastrophe retenu par la Dresse F._____ et la psychologue L._____ était, selon elles, déjà présent en octobre 2008 (certificat médical du 11 janvier 2010 et complément d'information du 26 mai 2010), soit plusieurs mois avant l'examen psychiatrique de l'assurée pratiqué le 16 juin 2009 par le Dr Q._____. En outre, l'expert a mentionné de manière claire et détaillée, les sévices subis, aux dires de l'expertisée, pendant la guerre de Y._____ en 1992, et exposé les conséquences psychologiques de ces faits, notamment l'apparition de cauchemars répétés de viols, ainsi que les réminiscences quotidiennes de scènes de viols. Toutefois, comme les Drs R._____ et C._____, le Dr Q._____ n'a mis en évidence aucun état de stress post-traumatique, ni d'états dépressifs antérieurs à 2003, tout en rappelant que la recourante avait fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation en travaillant à 100 % dès son arrivée en Suisse (en 1994). En définitive, on ne saurait dire que l'avis médical de la Dresse F._____ et la psychologue L._____ (certificat médical du 11 janvier 2010 et complément d'information du 26 mai 2010), dont se prévaut la recourante fait état d'éléments vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_142/2008, consid. 2.2). Dès lors, l'appréciation des pièces médicales ne saurait être valablement mise en cause par la seule affirmation selon laquelle il existait une aggravation dûment documentée.

c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr Q._____, dont le rapport d'expertise remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimé n'a ainsi pas violé le droit fédéral en accordant plus de valeur probante au rapport d'expertise par rapport à l'avis des médecins traitants, qui se sont prononcés sous un angle général dans le cadre d'une relation thérapeutique entre patiente et médecin, se fondant en grande partie sur le diagnostic d'état dépressif, de trouble somatoforme douloureux et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, dont on ne saurait déduire l'existence d'une incapacité de

travail. Au regard des pièces médicales probantes figurant au dossier, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas nécessaire.

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

4. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 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 et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 décembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 300 fr. (trois cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap, service juridique, à Bienne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :