

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 février 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Grandson, recourante, représentée par Me Valérie Mérinat,  
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1979, ressortissante bosniaque en Suisse depuis 1996, a travaillé en qualité d'ouvrière auprès de l'entreprise N. \_\_\_\_\_ SA à [...]. En incapacité de travail depuis le 2 octobre 2007, elle a déposé le 1<sup>er</sup> septembre 2008, une demande de prestations AI pour adultes sous la forme de rente. Elle indiquait souffrir d'une atteinte psychiatrique, ainsi que plusieurs affections somatiques à compter de 1995-1996.

Selon un protocole opératoire du 27 février 2008, les Drs I. \_\_\_\_\_, médecin-chef et O. \_\_\_\_\_, chef de clinique au sein des [...] ont mentionné avoir procédé à une annexectomie bilatérale ainsi qu'à une ovariectomie gauche avec cure d'éventration sous ombilicale par mise en place d'un filet prothétique.

Mandaté par l'assureur perte de gain maladie de l'assurée (A. \_\_\_\_\_), le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie du Département de Médecine Communautaire et de premier recours aux [...], a examiné l'assurée en date du 6 juin 2008. Au terme de son rapport d'expertise du 9 juin 2008, ce médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2) entraînant une incapacité de travail totale dans quelque profession sans qu'il ne fût possible d'envisager une date de reprise, même partielle, d'activité. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ relevait en outre que l'incapacité de travail précitée était également liée aux différentes pathologies somatiques affectant l'intéressée.

Dans un rapport médical du 7 octobre 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin chef au centre thermal d' [...], a posé les diagnostics invalidants de cervico-dorso-lombalgies chroniques, de troubles de la statique rachidienne, de syndrome douloureux chronique (non exclu) et de status après multiples interventions digestives. Sans se prononcer sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de sa patiente, ce médecin

a précisé qu'en se référant aux problèmes locomoteurs, la capacité de travail était conservée dans une activité permettant une épargne du rachis.

Dans un avis médical SMR (Service Médical Régional) de l'AI du 13 février 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'au vu de l'instruction de la demande, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) s'avérait nécessaire afin notamment de préciser le status ainsi que les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport médical du 30 mars 2009, la Dresse F. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique de l'antenne d' [...] de la fondation [...], assistée de M. E. \_\_\_\_\_, psychologue FSP, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

(F 32.2) avec idées suicidaires et d'anxiété généralisée (F 41.1) depuis janvier 2003. Les symptômes actuels consistaient en une baisse de l'estime de soi, un manque de confiance, une tristesse continue, une fatigue permanente, une absence de plaisir, des idées suicidaires, des douleurs somatoformes au ventre, ainsi qu'une perte générale d'intérêt. S'agissant du traitement, une séance mensuelle de psychothérapie avait été mise en place. La Dresse F. \_\_\_\_\_ relevait en outre qu'au vu de l'état de sa patiente, une augmentation de la fréquence de ses séances était souhaitable en sus d'un traitement de sertraline (Seraline-Mepha). Elle attestait une incapacité de travail de 100 % à partir du 5 novembre 2007.

Par communication du 22 juin 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a indiqué à son assurée qu'une expertise médicale allait être réalisée. Dans une expertise psychiatrique du 17 juillet 2009, consécutive à un examen clinique pratiqué le 10 juillet 2009 avec l'assistance d'un interprète de langue bosniaque, la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est prononcée comme suit sur le cas de l'assurée:

"Diagnostics

Diagnostic(s) ayant des répercussions sur la capacité de travail

- Aucun sur le plan psychiatrique (Z71.1).

Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail

- Trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose) (F68.0).

Appréciation du cas

Il s'agit d'une assurée âgée de 30 ans, bosniaque établie en Suisse depuis 1996. Au bénéfice de quatre ans de scolarité, elle ne travaille pas au pays et, en Suisse, est engagée dès 1998 comme ouvrière, d'abord dans une blanchisserie puis dans la biscuiterie N. \_\_\_\_\_ à [...], jusqu'à une mise en arrêt de travail total au 01.10.2007. Cette mise en arrêt est motivée selon l'assurée par les séquelles de multiples interventions chirurgicales.

Les antécédents familiaux sont vierges du point de vue psychiatrique, hormis une tendance du père à boire de l'alcool.

Sur le plan personnel, l'anamnèse ne révèle aucune atteinte psychiatrique avant la mise en arrêt de travail. Sur le plan psychosocial, l'histoire de l'intéressée est dure, d'une part parce qu'elle a subi les traumatismes de la guerre au pays avec disparition et décès de presque tous les hommes de sa famille et de sa mère d'autre part, par une anamnèse obstétricale objectivement dure: après la naissance d'un fils en bonne santé en 1997, l'assurée voit la deuxième grossesse se terminer par une mort in utero à quatre mois d'aménorrhée, une troisième grossesse dont l'accouchement est grevé d'une rupture de paroi utérine avec décès du bébé à quatre jours de vie et, finalement, la naissance d'un fils prématuré à six mois en 2001, qui garde des séquelles d'une hémorragie cérébrale sous forme d'un retard de développement scolaire.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée qui se montre fortement souffrante, avec une mobilisation lente, un regard systématiquement dévié vers le bas et un visage triste qui exprime de nombreux soupirs. Elle dit spontanément qu'il vaudrait mieux mourir que de mener l'existence qu'elle doit vivre.

Sur le plan objectif, le tableau surprend par une discordance des compétences de l'assurée en regard de sa présentation clinique: une fois stimulée, elle devient vive et répond correctement aux questions qui lui sont posées avec des capacités cognitives très bonnes, au vu de son niveau de scolarité. Malgré des plaintes importantes, l'évaluation des critères de dépression selon les classifications internationales (CIM-10) ne montre que des éléments subjectifs dont l'intensité serait à peine moyenne. Les capacités intellectuelles sont bien présentes et il n'y a pas de signe de psychose ni d'autre atteinte psychiatrique grave à la santé.

En conséquence, le tableau observé montre d'une part des signes d'un trouble douloureux somatoforme persistant, d'autre part ceux d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques en effet, l'assurée n'est pas une personne qui ne peut pas mais une personne qui se positionne inconsciemment dans

un rôle d'invalidé. Elle sous-estime ses capacités qui sont excellentes. Les ressources sont bien présentes et mobilisables, mais avec une entrée dans un processus de sinistrose.

Face aux critères jurisprudentiels de gravité dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique, l'examen de ce jour ne peut donc pas attester de comorbidité psychiatrique significative. Les éléments dépressifs font partie du tableau douloureux. Les affections corporelles chroniques n'ont aucun caractère incapacitant (en s'appuyant sur le rapport médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 01.09.2008); Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, bien que la non maîtrise de la langue française pousse l'assurée à ne rester en lien qu'avec les membres de sa famille. Le processus défectueux de résolution de conflit pourrait être situé dans le cadre d'une dynamique conjugale, voire familiale: en effet, le mari, bien que travaillant à plein temps, doit assumer les travaux de lessive, les achats importants, les tâches administratives et prendre en charge l'éducation des enfants. Il n'y a pas d'échec de traitements conformes aux règles de l'art, au vu de la pauvreté des éléments objectifs. Il n'y a pas de signe de non coopération.

En conséquence, l'examen des critères jurisprudentiels de gravité ne met pas en évidence de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle de cette assurée qui présente les signes d'un trouble douloureux somatoforme persistant.

Face aux documents médicaux en notre possession

■ Les rapports de la psychiatre, la Dresse F. \_\_\_\_\_ du 04.04.2008 et du 30.03.2009, posent un diagnostic d'épisode dépressif sévère mais n'en illustrent pas les signes. Etant donné que ces diagnostics sont décrits comme étant apparus en janvier 2003 et que l'assurée a travaillé jusqu'en septembre 2007, ceux-ci ne peuvent être considérés comme incapacitants.

■ Quant au rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 01.09.2008, il y mentionne un diagnostic de syndrome douloureux chronique parfaitement en accord avec l'examen de ce jour.

Pour l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 09.06.2008: bien que celui-ci mentionne un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique avec actuellement pas d'exigibilité professionnelle, il propose un nouveau bilan à trois mois, une prescription de traitement antidépresseur et une psychothérapie, et signale que l'assurée pourrait bénéficier de mesures de réinsertion AI. Tenant compte de ces observations, l'expert confirme qu'une certaine exigibilité professionnelle existe et qu'un traitement psychiatrique plus intense pourrait être bénéfique. Objectivement, il serait certes adéquat d'intensifier le suivi psychiatrique, peut-être avec un spécialiste parlant la langue de l'assurée (il en existe quelques-uns, notamment dans la région fribourgeoise).

Quant à l'assurée, il est incontestable que cette dernière sous-estime ses capacités et que son inactivité au quotidien entraîne un déconditionnement physique et psychique qui aggrave encore son sentiment de fatigabilité.

Quant aux questions posées dans votre demande d'expertise du 22.06.2009:

## A. Questions cliniques

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

### B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique

Cf. rapport médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 01.09.2008.

Sur le plan psychique et mental

L'assurée a les ressources psychiques pour exercer une activité professionnelle à plein temps. Son important déconditionnement n'est pas un facteur médical mais réduit l'espoir de reprise de travail à l'avenir.

Sur le plan social

Au plan social, l'intégration à la Suisse est maigre, l'assurée évitant au maximum le contact avec le monde francophone et ne parlant pas un mot de français durant l'examen, malgré 13 ans de vie dans notre pays.

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

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

L'atteinte de l'assurée n'est pas d'ordre médical. Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a aucun trouble empêchant l'assurée d'exercer son activité professionnelle habituelle.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan psychiatrique, la capacité résiduelle de travail est entière dans l'activité habituelle comme dans toute autre activité adaptée.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui, à plein temps.

2.4. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

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

L'assurée a été mise en arrêt de travail total au 01.10.2007, selon le rapport employeur. Aucune atteinte psychiatrique à la santé ne motive cette mise en arrêt de travail.

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

Etant donné qu'aucune atteinte psychiatrique à la santé n'est apparue depuis lors, il n'y a toujours pas d'incapacité de travail pour raison médicale actuellement.

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

Objectivement oui.

### C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

Oui. L'assurée peut s'habituer à un rythme de travail, elle est apte à s'intégrer dans le tissu social (en tout cas dans son milieu habituel d'origine) et peut mobiliser des ressources existantes.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Non puisque la capacité de travail est médicalement de 100%.

2.1. Si oui, par quelles mesures?

Il n'y a pas d'indication à mettre en place de mesures.

2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Sans objet.

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

Oui.

3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Aucun critère médical n'est à signaler.

3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

L'activité habituelle d'ouvrière en biscuiterie est adaptée, elle peut être exercée à plein temps.

3.3. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

3.4. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Sans objet.

Remarques et/ou autres questions:

Hormis le tableau douloureux chronique, l'assurée frappe par sa faible motivation à s'intégrer dans le tissu social de son pays d'adoption. A moins qu'une motivation n'apparaisse d'une manière objectivable, aucune démarche asséculo-logique ne peut améliorer le pronostic de reprise professionnelle."

Dans un rapport SMR du 7 août 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a qualifié l'expertise de la Dresse C. \_\_\_\_\_ de "médicalement probante" et a ainsi partagé ses conclusions quant à l'existence d'une capacité de travail exigible à 100 % dans l'activité habituelle.

Par projet de décision du 18 août 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente. De ses constatations, il apparaissait au vu de l'expertise psychiatrique de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2009, que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique associée à son trouble somatoforme douloureux. Elle ne souffrait ainsi pas d'affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations ni un état psychique cristallisé sans échec des traitements conformes aux règles de l'art de sorte que la reprise d'une activité professionnelle à 100 % était exigible de sa part dans tout travail adapté (alternance des positions, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de

travaux en porte-à-faux du tronc), telle sa dernière activité d'ouvrière auprès de l'entreprise N.\_\_\_\_\_ SA. Le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué ne constituait donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Le 31 août 2009, l'assurée a fait par de ses objections sur le projet de décision précité, écriture complétée le 16 octobre 2009 par son conseil, Me Valérie Mérimat.

Par décision du 23 février 2010, accompagnée d'un courrier daté du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a intégralement confirmé son projet de refus de rente du 18 août 2009.

**B.** G.\_\_\_\_\_, représentée par son conseil, a recouru le 26 mars 2010 contre la décision de refus de rente précitée. Elle conclut avec suite de dépens à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'une rente AI entière lui est allouée. A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à déterminer sa capacité de travail résiduelle ainsi que l'interpellation des Drs U.\_\_\_\_\_ (médecin traitant) et H.\_\_\_\_\_ (gynécologue) afin que ceux-ci déposent, sous forme de rapport, leur appréciation de son état de santé actuel ainsi que le traitement suivi. Elle reproche en substance à l'OAI de s'être exclusivement fondé sur l'expertise psychiatrique de la Dresse C.\_\_\_\_\_, analyse entachée de multiples défauts (anamnèse incomplète présentant des erreurs). Le défaut de documentation au dossier notamment sur le dernier enfant de la recourante (enfant rencontrant un retard dans son développement scolaire) aurait pour incidence que bon nombre d'éléments pertinents et susceptibles de rediscuter les conclusions de la Dresse C.\_\_\_\_\_ auraient été omis par cette dernière, de sorte que son expertise se trouverait dépourvue de force probante. Elle relève encore que la personne ayant fonctionné en tant qu'interprète ne parlait pas ou mal le bosniaque et que la Dresse C.\_\_\_\_\_ l'aurait reçue les pieds sur la table, éléments qui auraient déstabilisé la recourante. Elle critique l'instruction menée par l'OAI et déplore en particulier que son médecin traitant et son gynécologue n'aient pas été interpellés.

Dans sa réponse du 24 juin 2010, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. Il considère que sur la base des renseignements médicaux à disposition, la recourante bénéficie d'une capacité de travail entière dans toutes activités respectant ses limitations fonctionnelles. Se référant à un courrier du 23 février 2010, l'intimé est d'avis qu'il ne lui est pas possible de retenir les arguments avancés par la recourante.

Dans sa réplique du 17 septembre 2010, la recourante a repris les griefs développés à l'appui de son recours, contestant la position défendue par sa partie adverse.

Le 7 octobre 2010, l'intimé a proposé une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée en précisant ne rien avoir à ajouter par rapport à sa précédente lettre du 23 février et son écriture du 24 juin 2010.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

**c)** A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; art. 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 (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

**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 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieux le point de savoir si, compte tenu de sa situation médicale, il existe pour la recourante un droit à l'allocation d'une rente AI. Afin de trancher ce litige, il s'agira d'examiner l'ensemble des pièces médicales au dossier de la cause afin de statuer sur la conformité juridique ou non à la réalité médicale de la décision attaquée.

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

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, selon l'art. 28 al. 2 LAI (5<sup>e</sup> révision), 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 (cet échelonnement correspond par ailleurs à celui figurant à l'ancien art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007).

**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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

**4. a)** En l'espèce, la recourante est d'avis que l'intimé n'était pas fondé à rendre la décision litigieuse sur la base des conclusions de l'expertise réalisée par la Dresse C.\_\_\_\_\_. Selon elle, cette expertise comporte certaines erreurs dans son anamnèse et dans les conditions de sa réalisation (problème d'interprète et attitude désinvolte de l'expert). Ces éléments auraient pour incidence que dite expertise ne pourrait se voir reconnaître valeur probante. La recourante déplore en outre que l'administration n'ait pas interpellé son médecin traitant ainsi que son gynécologue, lesquels auraient pu fournir des éléments médicaux nécessaires à une correcte appréciation de son état de santé.

De son côté, l'office intimé considère que les critiques de la recourante ne sont pas fondées. Dans son courrier d'accompagnement du 23 février 2010, il relève tout d'abord que les qualifications de l'interprète parlant l'albanais, le macédonien, le serbo-croate, le bosniaque et le français ne peuvent être rediscutées. Il précise ensuite qu'en application des critères posés par le Tribunal fédéral en la matière, l'expertise psychiatrique effectuée par la Dresse C.\_\_\_\_\_ - tenant en particulier compte de l'ensemble des autres avis médicaux au dossier - remplit toutes les conditions pour admettre sa valeur probante sans qu'il n'existe de raisons de s'écarter de ses conclusions. Rappelant les règles jurisprudentielles applicables en matière d'instruction dans le domaine des assurances sociales, l'intimé est d'avis qu'en présence d'un dossier médical complet lui permettant de se forger un avis tranché sur le fond du

litige, il n'existe pas de motifs de compléter l'instruction en interrogeant les médecins consultés par la recourante.

**b)** Il ressort du dossier que les constatations de l'expertise psychiatrique réalisée en juillet 2009 par la Dresse C.\_\_\_\_\_ s'inscrivent en contradiction avec celles adoptées d'une part, par le Dr Q.\_\_\_\_\_ au terme de son expertise psychiatrique datant de juin 2008 et d'autre part, de celles ressortant du rapport médical du 30 mars 2009 de la Dresse F.\_\_\_\_\_.

**aa)** S'agissant du premier grief soulevé quant aux problèmes de traduction des questions posées par l'expert C.\_\_\_\_\_, la Cour constate que sur la base des indications fournies le 23 février 2010 par l'intimé, l'interprète en question parle plusieurs langues dont notamment le bosniaque. Il n'est donc pas possible de soutenir, à l'instar de la recourante, que les questions posées auraient fait l'objet d'une traduction imparfaite, problématique, déstabilisant l'intéressée dans ses réponses. On relève que si tel avait effectivement été le cas, la recourante aurait immédiatement fait mention des problèmes de communication déjà durant l'examen clinique pratiqué. Or tel n'a pas été le cas, l'expertisée ayant communiqué la totalité des informations qui lui ont été demandées par l'expert. Au vu de ces circonstances, le premier grief élevé est rejeté.

**bb)** La recourante critique encore la qualité de l'expertise de la Dresse C.\_\_\_\_\_ au motif notamment que cette dernière l'aurait reçue avec "les pieds sur la table", présentant ainsi une attitude désinvolte à l'égard de l'expertisée et la déstabilisant. Cette version du déroulement de l'expertise repose exclusivement sur les allégations de la recourante postérieures à la prise de connaissance des conclusions de l'expert, de sorte qu'il subsiste un doute quant à sa véracité. Quoiqu'il en soit, on ne voit pas que le fait pour l'expert d'adopter une position telle que décrite durant l'expertise puisse être de nature à remettre en question ses compétences professionnelles et par suite, influencer la recourante dans ses réponses aux questions posées. Il va à nouveau sans dire que si une telle situation s'était présentée, la recourante aurait fait part de sa gêne à

la Dresse C.\_\_\_\_\_ durant l'expertise. Or tel n'a pas été le cas en l'espèce. Ce second grief, infondé, est rejeté.

**cc)** A suivre la recourante, l'OAI aurait attribué à tort valeur probante au rapport d'expertise du 17 juillet 2009 de la Dresse C.\_\_\_\_\_.

A lecture, l'expertise en question a été réalisée avec l'assistance d'un interprète de langue bosniaque, sur la base de l'ensemble du dossier AI remis en mains de l'expert et après un examen clinique en cabinet. Il comporte une anamnèse détaillée (pp. 2-5), brosse un status psychiatrique de l'assurée (pp. 5-6), pose des diagnostics clairs selon la classification internationale de la CIM-10 (p. 6), discute l'appréciation du cas de manière cohérente, nuancée et dûment motivée (pp. 6-8) et contient les réponses aux questions posées en lien avec l'évaluation de la capacité de travail (pp. 8-10).

Dans la discussion du cas, la Dresse C.\_\_\_\_\_ expose de manière détaillée, et après une analyse détaillée des critères développés par la jurisprudence, les raisons médicales pour lesquelles le trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4) - et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) qui lui est liée - diagnostiqué est dépourvu de caractère invalidant dans le cas particulier. L'expert ne relève en ce sens pas d'affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé avec échec des traitements conformes aux règles de l'art et l'absence de processus défectueux de résolution de conflit. Il n'y a par conséquent pas présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée de nature à justifier d'un caractère non exigible de la réintégration de la recourante dans le processus de travail (cf. ATF 130 V 352 s'agissant de la jurisprudence applicable en matière de troubles douloureux somatoforme). L'examen rigoureux réalisé par un spécialiste n'appert dès lors pas intrinsèquement critiquable.

A l'instar de l'intimé, on constate que dans son examen du cas, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a dûment tenu compte et apprécié l'ensemble des

autres avis médicaux au dossier, en expliquant pour chacun d'eux les raisons pour lesquelles elle s'en écarte (cf. pp. 7-8 du rapport d'expertise psychiatrique du 17 juillet 2009). Ainsi, l'expertise du 9 juin 2008 du Dr Q. \_\_\_\_\_ pose certes un diagnostic invalidant mais propose un nouveau bilan à trois mois, la prescription d'un traitement antidépresseur, une psychothérapie avec possibilité d'octroi de mesures de réinsertion. Il résulte de ces dernières observations la confirmation d'une possible exigibilité professionnelle moyennant une intensification du suivi psychiatrique. Quant à l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ selon rapport médical du 7 octobre 2008, complété le 1<sup>er</sup> septembre 2008, il pose également un diagnostic de syndrome douloureux chronique (non exclu) en accord avec la Dresse C. \_\_\_\_\_. Son avis ne contient toutefois pas une évaluation de la capacité de travail résiduelle du fait des affections psychiques, de sorte qu'il ne peut être tenu pour probant en l'espèce. Pour terminer, dans son rapport du 30 mars 2009, la Dresse F. \_\_\_\_\_ retient deux diagnostics avec effet sur la capacité de travail (épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [F 32.2] avec idées suicidaires et anxiété généralisée [F 41.1]) remontant au mois de janvier 2003. Outre le fait que ce médecin n'examine pas les critères lui permettant de conclure au caractère incapacitant des affections précitées, la recourante ayant travaillé auprès de N. \_\_\_\_\_ SA jusqu'à la fin septembre 2007, ces atteintes apparues déjà depuis janvier 2003 ne peuvent être qualifiées d'incapacitantes.

En définitive, la Dresse C. \_\_\_\_\_ n'a aucunement éludé l'écueil que représentent les avis médicaux contraires ressortant de l'instruction du cas de la recourante par l'office intimé.

**dd)** Au vu de ce qui précède, et sous l'angle psychiatrique, la Cour est d'avis que les constatations et conclusions adoptées par la Dresse C. \_\_\_\_\_ au terme de son rapport d'expertise psychiatrique de juillet 2009 ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 3c supra. On retient ainsi que sur le plan psychiatrique, la recourante bénéficie d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assis / debout, pas de port de charges excédant 10 kg et pas de

travaux en porte-à-faux du tronc), telle que l'était en particulier sa dernière activité d'ouvrière auprès de l'entreprise N. \_\_\_\_\_ SA.

**c)** La recourante déplore enfin que dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'intimé n'ait pas recueilli les avis médicaux de son médecin traitant (le Dr U. \_\_\_\_\_) et de son gynécologue (le Dr H. \_\_\_\_\_).

S'agissant de l'avis du médecin traitant, on constate d'emblée qu'il n'y a pas trace d'un quelconque rapport dans le dossier remis par l'intimé. On relève que la recourante a d'abord été suivie par le Dr M. \_\_\_\_\_, généraliste, puis récemment par le Dr U. \_\_\_\_\_. Or, l'avis des médecins traitants précités - lesquels ont une vision globale et suivie de l'état de santé de leur patiente - s'avère nécessaire en l'espèce étant entendu que leur appréciation est susceptible d'apporter de nouveaux éléments, en particulier sous l'angle somatique, dans le processus d'appréciation de l'état de santé global de la recourante.

Quant à l'aspect gynécologique, l'anamnèse de l'expertise de la Dresse C. \_\_\_\_\_ relate une multitude d'opérations subies par la recourante depuis 1994. Celle-ci a notamment été opérée en février 2008 avec pose d'un filet prothétique sur éventration abdominale (cf. à ce propos le protocole opératoire du 27 février 2008 des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_). Une telle intervention chirurgicale étant susceptible d'entraîner des limitations fonctionnelles, en particulier une restriction du port de charges. Il est donc nécessaire pour l'intimé de récolter l'avis du gynécologue de la recourante (le Dr H. \_\_\_\_\_) afin d'être en mesure de se déterminer en toute connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé gynécologique de la recourante suite à l'intervention précitée. Il est parfaitement envisageable qu'il en résulte des restrictions importantes, voire même une incapacité de travail.

**d)** En définitive, la Cour de céans considère que sur le plan psychiatrique le dossier est complet, l'expertise de la Dresse C. \_\_\_\_\_ se révélant probante (cf. consid. 4 b/dd supra). A l'opposé, sous l'angle

somatique, les avis médicaux des médecins traitants (les Drs M.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_) ainsi que celui du gynécologue (le Dr H.\_\_\_\_\_) font défaut pour permettre à la Cour de statuer en toute connaissance de cause sur le cas de la recourante.

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI et 69 al. 2 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]; ATF 117 V 282 consid. 4a) – apparaît la solution la plus opportune. C'est parce que l'office AI s'est abstenu d'ordonner des mesures d'instruction de base, et a constitué un dossier lacunaire, qu'on lui renvoie le dossier afin qu'il en complète l'instruction (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et les références citées), en récoltant des rapports médicaux auprès des médecins suivant la recourante (les Drs M.\_\_\_\_\_ et plus récemment U.\_\_\_\_\_) ainsi qu'auprès de son gynécologue le Dr H.\_\_\_\_\_ afin de pouvoir déterminer si dans le présent cas, de nouveaux motifs d'ordre médical sont éventuellement susceptibles d'interférer sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, notamment sur les plans somatique et gynécologique, et qu'il rende une nouvelle décision.

**5.** En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, toutefois en application de l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices en charge de l'exécution de tâches publiques, ainsi que cela est le cas des OAI cantonaux (art. 54 ss LAI). Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice en la cause.

Obtenant partiellement gain de cause sur le fond, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens arrêtés à 1'800 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 7 TFJAS [Tarif vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 23 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G.\_\_\_\_\_ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Valérie Mérinat (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :