

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 août 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Schmutz et Zbinden, assesseurs
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

W._____, à Palézieux, recourante, représentée par DAS Protection
Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____, née en 1959, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 25 février 2008, faisant état d'asthme chronique, d'une haute pression artérielle, de problèmes à la cheville à la suite de quatre accidents, de mal de dos, d'état de crise, de dépression et de maladies allergiques.

Selon les pièces au dossier, l'assurée a travaillé notamment en tant qu'aide-coiffeuse, femme de ménage et en dernier lieu en qualité de barmaid de juin 2003 à juin 2005. Son salaire mensuel était de 4'500 fr., payable treize fois l'an. Elle a ensuite touché les indemnités journalières de l'assurance-chômage du 1^{er} juillet 2005 au 1^{er} février 2007 et bénéficie depuis lors de l'aide sociale.

Le 7 mai 2008, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en allergologie et immunologie clinique, a relevé que l'assurée souffrait d'asthme allergique et d'une HTA. Il a estimé que l'exposition au tabac et à d'autres irritants potentiels des voies respiratoires devait être évitée, ce qui excluait ainsi la reprise de l'activité de barmaid.

Dans un rapport médical du 15 mai 2008, la Dresse G._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a exposé ce qui suit :

« **Diagnostic :**

- Probable syndrome douloureux chronique.

Eléments d'anamnèse :

Il s'agit d'une patiente de 49 ans qui est connue pour une hypertension artérielle traitée, un asthme chronique, une rhinite chronique et un trouble anxieux. En 1985, elle a fait don à un frère de son rein droit qui a dû être enlevé après deux ans en raison d'un rejet.

Sur le plan rhumatologique, Mme W._____ présente depuis 2004 environ des douleurs musculo-squelettiques diffuses, touchant principalement la nuque, les épaules et les coudes, de manière

moins importante les poignets et les doigts (IPP). Mme W. _____ présente également des douleurs du rachis dorsal et lombaire, irradiant dans les deux membres inférieurs à la face externe des cuisses et postérieure des mollets jusqu'aux chevilles, prédominant nettement à droite. La patiente rapporte aussi des douleurs des pieds. Initialement intermittente, la symptomatologie est devenue quotidienne depuis début 2008. Il s'agit de douleurs de caractère plutôt mécanique, augmentant à la mobilisation et aux efforts, diminuant au repos. Mme W. _____ dit avoir des difficultés à s'endormir, en raison d'une part des douleurs, d'autre part des troubles anxieux. A noter un quatrième épisode d'entorse de la cheville droite le 14.01.2008.
(...)

Appréciation :

Mme W. _____, connue pour une hypertension artérielle, un asthme chronique et un trouble anxieux, présente donc depuis 2004 des douleurs musculo-squelettiques diffuses de caractère mécanique, initialement intermittentes, puis chroniques depuis début 2008.

A l'examen clinique, on relève une légère limitation de la mobilité du rachis cervical et de l'épaule droite, ainsi qu'un abaissement du seuil de la douleur. Il n'y a pas d'arthrite, de signe d'atteinte des articulations sacro-iliaques ni d'enthésopathie. Le bilan radiologique effectué en février 2008 est anamnestiquement normal (...). Les radiographies des épaules, de la colonne lombaire et du bassin du 19.03.2008 sont dans les limites de la norme. L'IRM de la cheville droite du 19.03.2008 a conclu à une suspicion d'élongation du ligament péronéo-astragalien postérieur.

(...)

Sur le plan professionnel, d'un point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail de Mme W. _____ me paraît complète dans une activité adaptée. Ceci est bien sûr à intégrer avec l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique ».

Le 26 mai 2008, la Dresse H. _____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué ce qui suit :

« Avec effet sur la capacité de travail :

- lombalgies et cervicalgies dans le cadre d'un probable syndrome douloureux chronique;
- troubles psychiques (dont trouble anxieux et dépressif) avec limitations à déterminer auprès du médecin psychiatre traitant;
- rhinite et asthme chronique avec limitations à déterminer auprès du médecin allergologue traitant.

Sans effet sur la capacité de travail :

- néphrectomie droite (donneuse vivante pour greffe de son frère);
- HTA avec cardiopathie hypertensive;

- excès pondéral;
- douleurs post-entorse cheville droite;
- lipome ou fibrome para-médian lombaire droit ».

La praticienne a mentionné que l'assurée présentait des limitations psychiatriques et qu'elle devait éviter le port des charges lourdes, la marche sur terrain irrégulier, la position stationnaire et les mouvements répétés des membres supérieurs. A son avis, la capacité de travail était de 100 % du point de vue somatique (en raison de l'atteinte à la cheville, l'incapacité de travail avait toutefois été entière depuis le 14 janvier 2008 jusqu'à mi-mars au maximum) et de 0 à 50 % sur le plan psychiatrique.

Dans un rapport médical du 4 juillet 2008, la Dresse C._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué qu'après un premier suivi du 6 janvier au 4 avril 2006, l'assurée la consultait à nouveau depuis le 22 février 2008. Elle a indiqué que sa patiente souffrait d'importantes angoisses, accompagnées d'insomnies rebelles aux traitements (inversion du rythme jour-nuit), de phobies à la nuit tombante, de cauchemars, d'idées noires sans scénarios suicidaires précis et d'un profond sentiment de culpabilité lié à ses relations avec son fils et ses parents. Elle a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F32.11), un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et un trouble de la personnalité, type borderline (F60.31), et a considéré que la capacité de travail était nulle depuis janvier 2008, mais que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

La Dresse B._____, psychiatre FMH au Service médical régional AI (ci-après : SMR), a procédé à un examen clinique psychiatrique le 14 octobre 2008. Dans son rapport du 19 novembre suivant, elle a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était entière, tant dans son activité habituelle de barmaid que dans une activité adaptée. Ses diagnostics et appréciation du cas étaient les suivants :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :
 - aucun sur le plan psychiatrique au sens de la LAI. Z 71.1
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - personnalité émotionnellement labile de type borderline. F 60.31
 - notions de troubles anxieux évoluant en attaques de panique. F 41.0
 - antécédents de trouble dépressif récurrent, actuellement d'intensité légère avec syndrome somatique. F 33.01
 - difficultés d'ordre psychosocial. Z 60.8

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une assurée âgée de 59 ans, [...], établie en Suisse depuis 1993 après avoir séjourné 10 ans en [...].

Au bénéfice d'une scolarité secondaire terminée à l'âge de 20 ans sans baccalauréat, l'assurée exerce essentiellement des activités professionnelles non qualifiées. Une formation de coiffeuse durant 4 ans est presque terminée, un diplôme d'onglerie est acquis après un mois de formation et un dernier emploi a été comme barmaid jusqu'à un licenciement au 30.06.2005.

L'enfance de l'assurée est grevée d'une maltraitance essentiellement physique par une mère et des frères qui la frappent.

Mère d'un fils né en 1980 issu d'une brève relation dont le mariage et le divorce ont lieu la même année, l'assurée doit laisser cet enfant auprès de la belle-famille et mener une existence seule. Elle émigre en Italie en 1993 pour donner un greffon à son frère insuffisant rénal, dont elle n'obtient pas une meilleure considération. Son arrivée en Suisse date de 1993, avec un mariage entre 1996 et un divorce en 2005 d'un mari restaurateur avec qui elle n'a pas pu avoir d'enfant.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée vive et intelligente, de bonne présentation, au niveau de scolarité supérieur.

Inéluctablement, le passé de maltraitances a laissé des traces sous forme d'une sensibilité émotive importante et d'une difficulté de la gestion de la distance interpersonnelle, qui correspondent à un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Ce trouble n'est pas décompensé, toutefois il rend l'existence seule difficile.

A ce titre, des éléments anxieux avec des ruminations et des évolutions en crise de panique apparaissent dès le décès du père de l'intéressée en 1999; ils semblent ne répondre que difficilement au traitement par benzodiazépines. Par ailleurs, l'assurée souffre de difficultés d'ordre psychosocial, liées notamment à l'éloignement des membres de la famille, l'absence actuelle de conjoint et d'enfant.

Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport médical du 04.07.2008 de la psychiatre traitante la Dr C. _____ mentionne un diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement moyen à sévère : l'observation de ce jour, qui tient compte des critères de classification internationale CIM-10, ne met pas en

évidence de signe important de dépression, dont l'intensité est actuellement tout au plus légère. Cette appréciation n'exclut pas que l'assurée ait pu souffrir d'une symptomatologie dépressive plus importante, mais l'absence de séquelles, notamment les excellentes capacités cognitives de l'intéressée, permettent d'exclure que ces symptômes aient pu prendre un caractère invalidant.

Le diagnostic de trouble somatoforme n'a pas été retenu dans l'appréciation de ce jour, en raison de la pauvreté des plaintes douloureuses. En effet, hormis des préoccupations hypochondriaques qui s'estompent rapidement à mesure de l'entretien, l'assurée n'a montré ni sentiment de détresse face à ses douleurs, ni de signe algique. Par contre, la tristesse est incontestable et s'appuie sur une problématique psychosociale. Les éléments anxieux sont aggravés par la solitude et l'absence de valorisation narcissique par un emploi ou des activités investies.

En conséquence, l'assurée est une femme souffrante, mais pas atteinte d'une maladie psychiatrique qui l'empêcherait de travailler. Ses difficultés d'ordre psychosocial et sa problématique anxieuse peuvent par contre l'empêcher de trouver par elle-même un emploi. A ce titre, le pronostic de reprise de travail serait largement amélioré par une aide au placement, voire une remise à jour professionnelle. L'assurée est une femme intelligente, capable d'apprendre et de se lancer à nouveau dans la vie active.

Etant donné la notion de syndrome douloureux somatoforme, les critères de gravité sont évalués comme suit : il n'y a pas de comorbidité psychiatrique à caractère invalidant, les affections corporelles chroniques sont dûment investiguées par les documents médicaux antérieurs. Le processus maladif n'est pas prégnant : l'assurée a les moyens de mener une vie quotidienne non envahie par la problématique douloureuse. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, mais l'assurée souffrirait moins si elle pouvait renforcer ses liens relationnels. Le processus défectueux de résolution de conflit peut être corrélé à un découragement face aux refus systématiques de recherches d'emploi dans une activité adaptée. Les traitements conformes aux règles de l'art sont vraisemblablement excessifs dans la prescription galénique, l'assurée prenant au quotidien plus de dix médicaments. Il n'y a aucun signe de non-coopération.

En conséquence, la problématique douloureuse chronique de l'assurée n'est pas grevée de comorbidité psychiatrique; l'assurée peut reprendre un emploi, idéalement en bénéficiant d'un soutien pour l'obtention d'un premier poste.

Les limitations fonctionnelles

Il n'y a aucune limitation fonctionnelle d'ordre strictement psychiatrique. Par contre, dans un contexte de découragement face aux vaines recherches d'emploi fragilisé par un trouble de la personnalité qui conduit à un vécu plus intense des émotions, le pronostic professionnel serait amélioré par un soutien pour retrouver un premier poste dans une activité adaptée. L'intéressée se sent capable de travailler dans un emploi tel que la vente, la garde d'enfants ou les soins à domicile.

(...)

Concernant la capacité de travail exigible

Sur le plan psychiatrique, l'assurée peut et a toujours pu travailler à plein temps dans toute activité ».

Dans un rapport médical du 3 décembre 2008, le Dr D. _____ du SMR a considéré que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte principale à la santé au sens de l'assurance-invalidité. La capacité de travail exigible était de 100 % dans une activité adaptée, soit excluant le travail en milieu enfumé, riche en poussières et humide, et de 100 % dans l'activité habituelle, sauf celle de barmaid qui n'était pas exigible en milieu enfumé.

Le 6 février 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à des prestations. En effet, dès lors qu'elle ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante et de longue durée, elle conservait une capacité de travail exigible de 100 % tant dans son activité habituelle que dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles précitées.

W. _____ a contesté ce projet de décision le 12 février 2009 en indiquant qu'elle souffrait de douleurs dans les membres et la nuque et qu'elle était en traitement auprès de la Dresse C. _____. Le conseil de l'assurée, Me Catherine Merényi, avocate à la DAS Protection Juridique SA, à Lausanne, a complété cette écriture le 27 mars 2009, en faisant valoir la jurisprudence fédérale relative au diagnostic de fibromyalgie et en demandant un délai afin de pouvoir produire un rapport médical complémentaire de la Dresse C. _____.

Dans un courrier du 25 février 2009, la Dresse G. _____ a confirmé le diagnostic de probable syndrome douloureux chronique et exposé ce qui suit :

« Mme W. _____ se plaint actuellement surtout de cervico-scapulalgies bilatérales prédominant à droite, accompagnées d'une diminution de la mobilité de l'épaule droite, en augmentation depuis quatre mois. Il n'y a pas eu de facteur déclenchant à l'augmentation des douleurs, en particulier pas de chute ni de faux mouvement. Les douleurs irradient en direction des coudes. Elles sont continues, présentes aussi bien la journée que la nuit, sans horaire inflammatoire, augmentant à la mobilisation et diminuant au repos.

(...)

Le bilan a été complété le 19.02.2009 par des radiographies de la colonne cervicale qui se sont avérées dans les limites de la norme.

Les cervico-scapulalgies bilatérales prédominant à droite de Mme W._____ sont probablement d'origine mixte, avec une composante cervicale, une composante scapulaire (signe de conflit sous-acromial) et une composante d'abaissement du seuil de la douleur.

Sur le plan thérapeutique, la patiente n'a pas souhaité que j'effectue une infiltration de stéroïdes de l'épaule droite (...) ».

Une arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 3 mars 2009 à la Clinique [...], a révélé un conflit sous-acromial avec tendinopathie distale du tendon du muscle sus-épineux sans déchirure musculo-tendineuse ni amyotrophie.

Le 6 mars 2009, la Dresse C._____ a écrit à l'OAI en exposant que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis fin 2007-début 2008. Elle a retenu les mêmes diagnostics que ceux de son rapport du 4 juillet 2008.

Dans un courrier du 20 mars 2009 adressé au conseil de l'assurée, la Dresse G._____ a précisé ce qui suit :

« Le trouble somatoforme douloureux, dont les critères diagnostiques sont définis dans le DSM-IV, est un diagnostic psychiatrique que je ne suis [pas] apte à poser en tant que rhumatologue.

Sur le plan rhumatologique, j'ai retenu le diagnostic de probable syndrome douloureux chronique qui est apparenté à la fibromyalgie. Le diagnostic de fibromyalgie est un diagnostic d'exclusion, se posant sur la base des critères de l'American College of Rheumatology établis en 1990, à savoir :

1. Douleurs bilatérales et étendues (douleurs des quatre membres et du squelette axial).
2. Douleurs à la palpation digitale de 11 des 18 points douloureux décrits.

Le diagnostic de fibromyalgie est retenu si les critères 1 et 2 sont présents et si les douleurs durent depuis au moins trois mois.

Les douleurs de Mme W._____ dépassent celles rencontrées habituellement dans la fibromyalgie, vu qu'elle présente également des douleurs aux points de contrôle, raison pour laquelle j'ai retenu le diagnostic de probable syndrome douloureux chronique ».

Le 27 mars 2009, l'assurée a soutenu qu'il convenait de suivre l'avis de la Dresse G._____ s'agissant du diagnostic de fibromyalgie et a

contesté le rapport psychiatrique du SMR dans le sens où celui-ci contenait des contradictions et des lacunes. Subsidiairement, elle a demandé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Le 1^{er} avril 2009, la Dresse C._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Elle a en outre critiqué l'expertise de la Dresse B._____ sur plusieurs points.

Dans un avis médical du SMR du 29 mai 2009, le Dr D._____ et le Dr N._____, médecin-chef adjoint, ont procédé à l'appréciation du cas comme suit :

« On trouve un rapport de la **Dresse G.**_____, médecine interne et rhumatologie FMH, daté du 25.02.2009, qui fait état d'un probable syndrome douloureux chronique, sans aucun signe d'aggravation depuis mai 2008 (voir lettre jointe par la Dresse H._____ avec son RM du 26.05.2008); dans sa lettre du 20.03.2009, elle motive pour quelles raisons elle ne retient pas le diagnostic de fibromyalgie mais celui de probable syndrome douloureux chronique, car les douleurs dépassent celles rencontrées habituellement dans la fibromyalgie. L'arthro-IRM de l'épaule D pratiquée en date du 02.03.2009 révèle un conflit sous-acromial avec tendinopathie distale du tendon du muscle sus-épineux sans déchirure musculo-tendineuse ni amyotrophie, pathologie pour laquelle l'assurée a refusé une infiltration de stéroïdes. Les RX du rachis cervical se sont avérées dans les limites de la norme. Conclusions : dans la mesure où il n'y a pas d'aggravation objective par rapport à début 2008, période à laquelle la Dresse G._____ estimait la CT entière dans une activité adaptée, nous ne pouvons au plan somatique envisager une autre exigibilité; nous avons d'ailleurs tenu compte de la pathologie de l'épaule D dans les limitations fonctionnelles.

En mars 2009 l'assurée a fait une poussée d'HTA (à 200/113) dans le cadre de son anxiété, qui s'est normalisée sous traitement. Cette variation de la TA, non associée à des complications cardiovasculaires ou neurologiques, n'est pas incapacitante.

La **Dresse C.**_____, psychiatrie et psychothérapie, s'oppose aux conclusions de la Dresse B._____. Il est vrai que l'assurée a été malencontreusement vieillie de 10 ans : une faute de frappe lui attribue en p6 sous la rubrique "appréciation du cas" l'âge de 59 ans, alors qu'elle a 49. Pour le reste, l'ensemble des points relevés tant par la Dresse C._____ que par Me C. Merényi ne sont pas de nature à modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 03.12.2008. La symptomatologie dépressive décrite par la Dresse

C. _____ ne s'accorde pas avec les éléments relevés par la Dresse B. _____, que ce soit dans le cadre de l'anamnèse ou celui du status. En effet, lors de l'examen du 14.10.2008, il a été relevé que l'assurée pouvait se concentrer pour la lecture, conduire sa voiture, apprécier certaines émissions à la télévision, échanger des mails, garder des contacts avec autrui, ce qu'on n'observe plus lorsque la composante dépressive est sévère et incapacitante. Les éléments concernant la vie quotidienne sont trop "bons" pour admettre les arguments et symptômes décrits par la Dresse C. _____. En outre l'assurée elle-même s'est considérée comme apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée. L'inversion du rythme jour-nuit du sommeil peut s'expliquer par l'administration de Cymbalta le matin et de Temesta 2 à 4 mg/j qui ont un effet sédatif. Pour ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assurée n'a pas formulé spontanément de plainte douloureuse lors de l'examen psychiatrique au SMR, et aucun mouvement antalgique n'y a été décelé. Comme l'a relevé la Dresse C. _____, l'assurée a présenté plusieurs épisodes dépressifs, ce qui permet d'admettre le diagnostic de trouble dépressif récurrent; et c'est bien le diagnostic qu'a retenu la Dresse B. _____, y incluant le syndrome somatique valant pour les plaintes douloureuses annoncées sur question, mais dont l'intensité de l'épisode actuel a été jugée (et étayée) comme légère. Enfin la Dresse B. _____ n'a pas relevé de diminution objective de la concentration et de l'attention, n'a pas mis en évidence de signe objectif de diminution de l'estime de soi et de confiance en soi, ni de diminution de l'appétit avec un poids stable; il n'a pas été fait mention d'idée ou acte suicidaire de la part d'une assurée qui craint de décéder notamment lors de crise d'angoisse (les pensées de mort passive, en l'absence de scénario, n'ont pas la même signification que l'élaboration de plan pour un suicide). La lecture du rapport de la Dresse B. _____ permet de comprendre que la composante dépressive n'est pas contestée, qu'elle est possiblement fluctuante, que les signes en étaient légers lors de l'examen au SMR; mais qu'en l'absence de séquelles dépressive, notamment cognitive, on peut exclure l'existence d'un épisode sévère, incapacitant. Enfin la personnalité émotionnellement labile de type borderline n'est pas décompensée, et ne saurait dès lors justifier une diminution de la CT ».

Par décision du 7 août 2009 en tous points identique à son projet de décision du 6 février 2009, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations. Sa motivation était la suivante :

- « • Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, il apparaît que vous ne présentez pas une atteinte à la santé invalidante et de longue durée au sens de l'Al.
- Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle de barmaid et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a décidé de vous convoquer pour un examen clinique psychiatrique qui a eu lieu le 14 octobre 2008.

- Il ressort de cette expertise que votre capacité de travail est encore exigible à 100 % dans votre activité habituelle et dans une activité adaptée à votre état de santé (éviter toute activité en milieu enfumé, riche en poussières et humide) et ceci depuis le mois d'avril 2008.
- Le SMR admet tout au plus une incapacité de travail du 14 janvier 2008 à fin mars 2008 ».

L'OAI a calculé qu'en comparant le salaire de valide de 52'140 fr. en tant que barmaid et le salaire d'invalidé de 52'139 fr. selon les chiffres de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS), l'assurée ne présentait aucun préjudice économique.

Dans une lettre d'accompagnement également datée du 7 août 2009, l'OAI a répondu aux objections de l'assurée en se référant principalement à l'avis du Dr D._____ du 29 mai 2009.

B. Toujours par l'intermédiaire de Me Catherine Merényi, l'assurée a recouru contre la décision du 7 août 2009 par acte du 14 septembre 2009. Elle a soutenu que le rapport de la Dresse B._____ du SMR ne comportait pas la valeur probante nécessaire à renverser les diagnostics des Dresses G._____ et C._____, de sorte que la décision litigieuse devait être annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 2 septembre 2009, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a estimé que le rapport d'examen du SMR du 19 novembre 2008 remplissait toutes les conditions conférant valeur probante à un tel document et s'est référé au rapport du SMR du 3 décembre 2008 qui concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En outre, le dossier ne comportait pas de lacunes sur le plan médical et était abondamment documenté, de sorte qu'un complément d'instruction n'était pas nécessaire.

Le 2 février 2009, la recourante a indiqué n'avoir aucune observation complémentaire à formuler et a confirmé les conclusions de son recours.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Est litigieux le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, 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.

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). 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 (art. 6 LPGA).

b) Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I_573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; TFA I_523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

c) Selon le Tribunal fédéral des assurances, en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10 : F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée,

ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, 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. 4.1 et les références citées).

Les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (consid. 4.2.1 et les arrêts cités).

Il existe toutefois des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, 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, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, 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) (consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités (consid. 4.2.2 supra) - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du

moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (consid. 4.3 et les références citées).

4. La recourante soutient que le rapport d'examen psychiatrique du SMR du 19 novembre 2008 ne répond pas aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante et de supplanter les diagnostics posés par les médecins traitant. En effet, elle relève que le SMR se trompe sur son âge, qu'il n'est pas acceptable que la Dresse B._____ décide de ne pas poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux alors qu'elle n'a fait l'objet d'aucun examen somatique, qu'elle aurait dû être convoquée une seconde fois au SMR dès lors que les diagnostics des Dresses B._____ et C._____ divergent et que le SMR n'a pas pris position sur les conclusions de la Dresse C._____.

En l'espèce, le rapport de la Dresse B._____ contient les anamnèses familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, ainsi que la liste des médicaments pris par l'assurée; il décrit sa vie quotidienne et ses plaintes subjectives, le status psychiatrique et les diagnostics; il donne une appréciation du cas et la capacité de travail exigible. La spécialiste explique de façon convaincante pourquoi elle ne retient aucun diagnostic d'ordre psychiatrique, en ce sens que même si l'assurée rencontre des difficultés d'ordre psychosocial (absence de famille proche, de conjoint, d'enfant et de valorisation narcissique) et souffre d'anxiété, de regrets et de ruminations liées au passé familial et affectif, cela n'affecte pas pour autant sa capacité à exercer une activité professionnelle; hormis un trouble dépressif récurrent d'intensité tout au plus légère, l'examen n'a mis en évidence aucun élément évocateur d'un trouble décompensé de la personnalité ni atteinte du registre psychotique.

La psychiatre expose aussi qu'elle n'a pas retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux en raison de la pauvreté des plaintes douloureuses, de sentiment de détresse et de signes algiques de la part de l'intéressée. Les avis des autres médecins concordent d'ailleurs quant à l'absence d'une telle affection ou de celle de fibromyalgie. En effet, la Dresse G._____ n'a pas posé le diagnostic de fibromyalgie,

estimant qu'il s'agit d'un diagnostic d'exclusion, ni celui de syndrome somatoforme douloureux qui relève d'une affection d'ordre psychiatrique au sens du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, Revision 4) et qu'elle estime par conséquent de la compétence d'un psychiatre et non d'un rhumatologue. Elle mentionne en revanche la présence d'un probable syndrome douloureux chronique. Pour sa part, dans ses rapports des 4 juillet 2008 et 6 mars 2009, la Dresse C._____ a tout d'abord posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), lequel ne répond pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation selon la définition de la Classification internationale des maladies (CIM-10); ce n'est que le 1^{er} avril 2009 qu'elle a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), toutefois sans indiquer de nouveaux éléments d'ordre médical pouvant justifier ce revirement d'opinion. Ce nouveau diagnostic ne saurait dès lors être pris en compte, conformément à la jurisprudence constante selon laquelle il convient de retenir avec circonspection les avis médicaux des médecins traitant, lesquels ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients en vertu du lien de confiance tissé avec eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb).

En tout état de cause, même en admettant le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux, les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître exceptionnellement le caractère non exigible de l'effort de volonté pour surmonter les douleurs ne sont pas remplis dans le cas particulier. En effet, on l'a vu ci-dessus, la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, ce qui exclut l'existence d'un état psychique cristallisé. Elle annonce, depuis 2004 environ, des douleurs musculo-squelettiques (cf. rapport de la Dresse G._____ du 15 mai 2008), mais elle a continué à travailler jusqu'à son licenciement en juin 2005, s'est inscrite au chômage - se considérant ainsi apte au placement pendant le délai-cadre d'indemnisation de deux ans - et a reconnu, lors de son entretien avec la Dresse B._____, une pleine exigibilité professionnelle, par exemple dans le domaine de la vente, des soins à domicile ou la garde d'enfants. Elle souffre de rhinite et d'asthme chroniques, lesquels sont

traités et sont pris en considération dans les limitations fonctionnelles. Elle ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie : elle a des contacts avec un ami, son ex-mari et sa sœur, elle promène sa chienne et elle utilise sa voiture pour faire ses courses et se rendre à ses rendez-vous. Enfin, on pourrait admettre l'échec des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, mais ces critères ne sauraient à eux seuls justifier que la recourante ne puisse, moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible, surmonter ses douleurs en vue d'exercer une activité professionnelle.

S'agissant des autres griefs soulevés par la recourante, le SMR indique que le fait d'avoir écrit qu'elle était âgée de 59 ans au lieu de 49 ans est une faute de frappe. En outre, on ne voit pas en quoi il n'est pas acceptable que la Dresse B. _____ ne pose pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux en l'absence d'un examen somatique, dans la mesure où le dossier était complet sur cet aspect médical (cf. rapports des Drs G. _____ et H. _____) lorsqu'elle l'a examinée et que l'établissement - ou pas - d'un tel diagnostic relève précisément de sa fonction de psychiatre. Enfin, la recourante n'avait pas besoin d'être examinée une seconde fois par le SMR, pas plus que ce dernier ne devait prendre position sur les remarques de la Dresse C. _____ sur son rapport, dès lors qu'il appartient au juge et non aux médecins, en présence d'avis médicaux contradictoires, de dire en quoi il retient une opinion plutôt qu'une autre.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conférer valeur probante au rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 19 novembre 2008, qui doit prévaloir sur l'avis de la psychiatre traitante. Au demeurant, la recourante se méprend lorsqu'elle paraît dire que le rapport d'examen clinique du SMR n'est pas propre à renverser l'avis du médecin traitant, puisque ce sont au contraire les rapports du SMR qui bénéficient d'une présomption d'exactitude pouvant être renversée par des éléments pertinents soulevés par les médecins traitant (cf. consid. 3b supra), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr D. _____ du SMR considère qu'elle est de 100 % dans une activité adaptée, soit excluant le travail en milieu enfumé, riche en poussières et humide, et de 100 % dans l'activité habituelle, sauf celle de barmaid qui n'est pas exigible en milieu enfumé. Cette dernière limitation n'a toutefois plus lieu d'être depuis les introductions successives de la loi vaudoise du 23 juin 2009 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (LIFLP, RS 800.02), entrée en vigueur le 15 septembre 2009, et de la loi fédérale du 3 octobre 2008 sur la protection contre le tabagisme passif (RS 818.31), entrée en vigueur le 1^{er} mai 2010. Il en résulte que la recourante peut travailler à plein temps dans son activité habituelle de barmaid ou dans toute autre activité excluant le travail en milieu enfumé, riche en poussières et humide.

5. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1).

Dans le cas particulier, dès lors que la recourante peut travailler à plein temps dans son activité habituelle de barmaid, elle ne présente aucune perte économique, soit aucun degré d'invalidité. En ce qui concerne le degré d'invalidité dans une activité adaptée, la recourante gagnait, en 2005, le salaire mensuel de 4'500 fr., payable treize fois l'an. Adapté à l'évolution des salaires de 2005 à 2008 (soit 1,2 %, 1,6 % et 2 %; La Vie économique 3-2010, tableau B10.2, p. 95,), il en résulte un revenu hypothétique annuel de valide de 61'352 fr. (4'500 fr. x 13 x 1,2 % x 1,6 % x 2 %).

c) S'agissant du gain d'invalidité, dans la mesure où la recourante n'a pas, selon les pièces au dossier, repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres ESS de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2008, les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'116 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 49'392 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008, soit 41,6 heures (La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2, p. 94), ce qui représente 51'367 (49'392 : 40 x 41,6).

d) Le calcul de la perte économique de la recourante (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant :

$$(61'352 \text{ fr.} - 51'367 \text{ fr.}) : 61'352 \text{ fr.} \times 100 = 16,27 \%$$

ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. supra, art. 28 al. 1 LAI).

6. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Compte tenu de la charge liée à la procédure, les frais de justice seront arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de W._____.
- 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 :

- Me Catherine Merenéyi, avocate, DAS Protection Juridique SA (pour W._____)
- 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).

La greffière :