

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap service juridique, à Bienne,

et

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

E n f a i t :

A. X._____, ressortissante bosniaque née en 1951, mariée et mère de famille, non scolarisée, a travaillé comme aide de cuisine auprès du Centre hospitalier [...] de 1984 à juin 2003. Le 30 mars 2004, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), tendant à l'octroi d'une rente.

Etait joint à sa demande un rapport de la Dresse F._____, médecin interniste et rhumatologue, du 22 janvier 2004, qui posait les diagnostics de lombosciatalgies à prédominance droite sur anomalie de transition, discopathie L5-S1, protrusion médiane à paramédiane gauche L5-S1 et arthrose postérieure débutante L4-L5, L5-S1, de fibromyalgie, d'obésité et d'hypertension artérielle. Selon ce médecin, l'assurée était en incapacité de travail durable de 50% sur le plan ostéoarticulaire, malgré les différents traitements entrepris.

Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur du 16 avril 2004 que l'assurée aurait perçu un salaire mensuel brut de 4'451 fr. en 2004 si elle était restée en bonne santé et que son contrat de travail a pris fin le 30 juin 2004. Ce questionnaire recensait en outre les incapacités de travail suivantes: 100% du 1^{er} janvier au 3 février 2002, 50% du 4 au 28 février 2002, 50% du 4 au 9 mars 2003, 100% du 10 mars au 23 juin 2003, 50% du 24 juin au 3 juillet 2003, 100% du 4 juillet au 31 décembre 2003 et 100% depuis le 1^{er} janvier 2004.

L'assurée est suivie par le Dr J._____, médecin interniste spécialisé en maladies infectieuses, depuis le mois d'avril 2002. Dans un rapport du 19 avril 2004, ce dernier a retenu les diagnostics principaux de syndrome douloureux chronique persistant, de lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi que d'état dépressif chronique dans le cadre d'une personnalité psychotique à traits immatures et dépendants. Il fixait l'incapacité de travail à 100% du 18 septembre 2001 au 3 février 2002, à 50% du 3 février au 1^{er} avril 2003, puis à 100% depuis cette date

dans toute activité, en raison des douleurs apparaissant au moindre effort. Le médecin traitant se référait à un rapport des Drs V. _____ et [...] de l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...] du 25 juillet 2003, ainsi qu'à un rapport d'expertise du Dr S. _____, médecin interniste et rhumatologue, du 13 juin 2003.

Dans son rapport d'expertise, le Dr S. _____ posait les diagnostics de lombalgies chroniques communes (discopathies L4-L5 et L5-S1, canal lombaire étroit modéré L4-L5, dysbalances musculaires lombaires et hypercyphose dorsale, hernie discale L5-S1 paramédiane gauche), de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'obésité et de tabagisme chronique. L'expert relevait que l'assurée était en arrêt de travail à 100% depuis le 1^{er} avril 2003 et que son état de santé semblait se péjorer avec l'apparition d'un tableau de douleurs ubiquitaires mal systématisées, ne correspondant à aucune entité nosologique rhumatologique reconnue. Il estimait qu'elle disposait néanmoins d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans son ancienne activité d'aide de cuisine et de 100% dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles objectives (pas de port de charges supérieurs à 10kg, pas de position statique prolongée ou debout en particulier, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le rachis lombaire), sous réserve d'une atteinte psychiatrique associée au syndrome somatoforme douloureux. Le rapport d'expertise concluait que toute mesure de reclassement semblait vouée à l'échec, dès lors que l'intéressée était totalement illettrée, non scolarisée et qu'elle ne s'exprimait que dans un français rudimentaire.

Au vu de ces éléments, le Dr [...] du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a considéré, dans un rapport d'examen du 26 juillet 2005, que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques avec discopathies L4-L5 et L5-S1, qui limitaient sa capacité de travail à 50% dans toute activité depuis le 4 mars 2003. Il relevait en outre la présence d'un trouble somatoforme douloureux dénué de comorbidité psychiatrique invalidante, dans la mesure où l'intéressée avait travaillé durant vingt ans avec sa personnalité, de sorte que des mesures professionnelles étaient illusoires.

Par décisions des 29 août et 7 octobre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2004, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 pour-cent.

L'assurée a fait opposition à ces deux décisions par courrier du 26 septembre 2005, complété le 25 octobre suivant, faisant valoir que son état de santé s'était fortement dégradé, au point qu'elle ne pouvait plus s'occuper elle-même de son ménage. Elle indiquait souffrir d'arthrose au genou droit et à la colonne cervicale, comprimant la racine nerveuse au niveau C5-C6, ainsi que d'un état dépressif chronique, en se référant à un rapport du Dr J._____ du 11 octobre 2005. Elle demandait par conséquent un complément d'instruction sur le plan rhumatologique et psychiatrique et l'octroi d'une rente d'invalidité plus élevée.

Le 7 juillet 2006, le Dr N._____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique, et un syndrome douloureux chronique. Il relevait que les troubles psychiques étaient provoqués par les atteintes somatiques dont souffrait l'assurée et qu'ils représentaient une incapacité de travail de l'ordre de 40 pour-cent. Il qualifiait le pronostic de mauvais, compte tenu de la chronicité de la situation et des problèmes asséculogiques, et préconisait de procéder à une expertise psychiatrique.

Un examen rhumatologique et psychiatrique a été effectué le 10 mai 2007 au SMR par les Drs W._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et G._____, psychiatre. Dans leur rapport du 11 mai 2007, ces médecins ont retenu les diagnostics principaux de cervicobrachialgies droites non déficitaires sur trouble dégénératif (uncarthrose C5-C6), de lombalgies chroniques sur trouble dégénératif étagé, discopathies étagées L4-L5, L5-S1 et arthrose postérieure, et de gonalgies bilatérales prédominant à droite sur gonarthrose des compartiments externes prédominant à droite, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - d'hypertension artérielle traitée,

d'obésité de classe I avec BMI à 34,9, de description algique diffuse, de type fibromyalgique, et d'amplification verbale des plaintes. Ces médecins excluaient toute atteinte psychique invalidante et concluaient à une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, depuis le mois de mars 2003. Ils motivaient leur position comme suit:

"A l'examen clinique, nous sommes essentiellement frappés par une attitude polyplaintive, avec un comportement de type caricatural, aussi bien lors de l'anamnèse que de l'examen physique proprement dit. Lors de notre examen physique, nous n'avons pas objectivé de limitation dans les amplitudes articulaires de façon franche, hormis celles mises en œuvre par l'assurée dans un contexte oppositionnel, caricatural et polyplaintif. Sur le plan neurologique, aucun déficit objectif n'a été mis en évidence. Madame X. _____ présente une hypoesthésie diffuse, touchant tout l'hémicorps droit, n'obéissant à aucun territoire anatomique reconnu, sans autre traduction (absence d'erreur au piqué-touché, pallesthésie conservée, sens positionnel conservé).

L'examen de médecine générale met en évidence une surcharge pondérale avec une obésité de classe I à la limite supérieure de celle-ci (BMI à 34,9), associée à une hypertension artérielle, bien contrôlée par le traitement au décours. Sur le plan de la non-organicité, nous avons objectivé 5/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus non-organique, associés à 14/18 points selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgique. Au vu de l'anamnèse présentée par l'assurée, de son comportement pendant l'examen clinique, le diagnostic formel de fibromyalgie ne nous semble pas indiqué. L'assurée présente à notre sens essentiellement un comportement de type "exagération volontaire des plaintes", sur la base d'atteinte ostéoarticulaire dégénérative.

Sur le plan radiologique, nous avons mis en évidence des troubles dégénératifs du rachis cervicodorsolombaire, uncarthrose au niveau cervical, induisant une diminution des diamètres des trous de conjugaison C5-C6, associée à une ostéophytose antérieure. Sur le plan lombaire, discopathies étagées L4-L5, L5-S1, sans mise en évidence de processus herniaire ou de phénomène compressif. En ce qui concerne les membres inférieurs, Madame X. _____ présente une gonarthrose bilatérale, touchant essentiellement les compartiments externes, plus importante à D qu'à G.

Au vu des atteintes ostéoarticulaires objectives présentées par l'assurée, l'activité antérieure d'aide de cuisine nous semble hypothéquée de façon définitive. De ce fait, une incapacité de travail dans ce domaine à 100% doit être retenue au vu des atteintes ostéoarticulaires objectives. Dans une activité adaptée, la capacité de travail théorique serait de 100%. Toutefois, au vu des différentes limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, une diminution de rendement de l'ordre de 50% doit être retenue.

Cette évaluation de la capacité de travail ne tient pas compte du syndrome algique chronique à caractère non-organique présenté par l'assurée. Une telle atteinte à la santé n'est pas considérée comme invalidante, selon la jurisprudence actuelle, en l'absence de pathologie psychiatrique préexistante, à caractère invalidant, de comorbidité d'ordre psychiatrique invalidante ou de signe de gravité cristallisé.

Nous sommes en présence d'une assurée de 56 ans, originaire de Bosnie, en Suisse depuis 1973, au bénéficiaire d'un permis B depuis 1984. Madame X._____ travaille depuis cette époque-là, comme aide-cuisinière à l'Hôpital d' [...]. Elle présente à partir de 2002 des douleurs le long de la colonne vertébrale, qui vont motiver une demande de rente. Notre examen clinique psychiatrique au SMR en date du 10.05.2007 n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques et ceci ni sur le plan anamnestique, ni sur le plan clinique. Madame X._____ déclare ne voir la psychiatre qu'une fois tous les trois mois, ce qui ne plaide pas pour un tableau de dépression sévère.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5kg au niveau des membres supérieurs, de façon répétitive. Pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier la position assise-debout. Pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de position en hyperextension ou flexion du rachis cervical. Pas de mouvement brusque de rotations D-G de la tête. Pas d'activité avec les bras au-dessus de l'horizontal (au-delà de 60° d'antéimpulsion). Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition. Pas de station debout statique au-delà de 5 à 10 minutes. Diminution du périmètre de marche à environ 15 à 20 minutes. Pas de position en genuflexion, pas de position accroupie.

De façon globale, activité de type sédentaire, sans port de charges, permettant les variations de positions.

Aucune sur le plan psychiatrique.

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

Sur la base des documents mis à notre disposition, l'assurée est en incapacité de travail depuis le 04.03.2003.

Aucune sur le plan psychiatrique.

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

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, l'étude du dossier radiologique fourni et les documents mis à disposition au dossier médical, nous concluons que cette assurée présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'aide de cuisine sur le plan somatique, depuis mars 2003. Son activité antérieure nous semble compromise de façon définitive. Dans une activité adaptée, la capacité de travail théorique est de 100% avec une diminution de rendement évaluée à 50% au vu des limitations fonctionnelles et de leur contradiction.

Sur le plan psychiatrique: sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 0% dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée, il y a 50% de capacité de travail (100% théoriques, diminués de 50% en raison d'une diminution de rendement). Une telle capacité de travail est théoriquement possible depuis mars

2003, hormis une période de six semaines d'incapacité totale, en relation avec une arthroscopie du genou D, effectuée au mois de mars 2005".

Dans un rapport d'examen du 30 mai 2007, le Dr [...] du SMR a estimé que l'atteinte principale à la santé de l'assurée consistait en des cervicobrachialgies droites non déficitaires sur troubles dégénératifs, des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et des gonalgies bilatérales sur gonarthrose. Il relevait que ces affections entraînaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide de cuisine depuis le mois de mars 2003, mais que l'intéressée restait à même d'exercer depuis lors à mi-temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que décrites dans le rapport bidisciplinaire du 10 mai 2007.

L'assurée a participé à un stage d'évaluation professionnelle auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après: COPAI) du 14 janvier au 8 février 2008. Le rapport final du 22 février 2008 concluait que l'intéressée était en mesure d'assumer une activité simple et légère en position assise à l'établi toute la journée durant, moyennant une diminution de rendement de 50 pour-cent. Cette activité devait éviter tout stress de production astreignant ou tout effort de concentration excessif et permettre l'alternance des positions.

Par décision sur opposition du 3 juillet 2008, l'OAI a confirmé ses décisions des 29 août et 7 octobre 2005, considérant que l'assurée disposait d'une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Il procédait dès lors à une comparaison des revenus avec invalidité (24'292 fr. 32) et sans invalidité (57'863 fr.), dont il résultait un degré d'invalidité de 58%, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2004.

B. X. _____ a recouru contre cette décision sur opposition le 3 septembre 2008, en concluant à l'octroi d'au moins trois quarts de rente et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle conteste l'appréciation du SMR du 30 mai 2007, faisant valoir en substance que son état de santé s'est aggravé et qu'il ne

lui est plus possible de trouver un emploi sur le marché du travail ailleurs que dans un milieu protégé, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de son manque de qualification. Elle se prévaut à cet égard d'un rapport du 15 août 2008 du Dr R. _____ du Centre [...], qui retient une incapacité de travail totale sur le plan rhumatologique en raison notamment d'un syndrome biologique inflammatoire d'origine indéterminée et d'une pathologie scapulaire gauche restrictive, ainsi que d'un rapport du 25 août 2008 du Dr J. _____, qui atteste qu'elle n'a pu assumer son stage au COPAI qu'avec beaucoup de difficultés. Elle conteste enfin le revenu avec invalidité retenu par l'OAI, considérant qu'un abattement de 15% se justifie en l'espèce.

Dans sa réponse du 7 novembre 2008, l'OAI considère que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du SMR, qui concordent avec celles du COPAI. Il produit un avis du Dr W. _____ du SMR du 30 octobre 2008, qui estime que les limitations fonctionnelles retenues à la suite de l'examen clinique bidisciplinaire du 10 mai 2007 englobent les deux membres supérieurs et respectent donc la nouvelle pathologie scapulaire mise en évidence par le Dr R. _____, de sorte que la capacité de travail exigible demeure inchangée. L'OAI admet en revanche de retenir un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, au vu de l'âge de l'assurée et du fait qu'elle a travaillé auprès du même employeur pendant près de vingt ans. Il propose dès lors l'admission partielle du recours dans le sens de l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité, la décision attaquée étant confirmée pour le surplus.

Dans sa réplique du 4 décembre 2008, la recourante rappelle que l'atteinte à l'épaule gauche diagnostiquée par le Dr R. _____ constitue une aggravation de son état de santé dont il n'a pas été tenu compte. Elle soutient que son âge avancé, combiné à ses problèmes de santé, ont une influence négative sur ses possibilités de retrouver une activité professionnelle. Elle confirme dès lors ses conclusions.

Dans sa duplique du 5 janvier 2009, l'OAI maintient sa position.

Sur demande du juge instructeur, le Dr R. _____ a rendu un nouveau rapport en date du 19 janvier 2010, dont il ressort que la recourante se plaint de douleurs continues à toutes les régions, malgré le repos et la quantité impressionnante d'anti-inflammatoires ou d'antalgiques, dont le caractère aspécifique ne permet pas de s'orienter vers une pathologie rhumatologique organique. Ce médecin répond en outre aux questions des parties de la manière suivante:

"Questionnaire PROCAP

[...]

2. En particulier, comment a évolué la pathologie scapulaire gauche et quelle est son influence sur la capacité de travail de Mme X. _____ ?

La limitation des épaules, notamment de la gauche, exprime comme pour le rachis, le caractère comportemental. A l'examen et surtout en aparté, on peut noter que la limitation de la mobilité de l'épaule gauche ne justifie plus d'incapacité de travail.

3. Le syndrome biologique inflammatoire est-il toujours présent et quelle est son influence sur la capacité de travail de Mme X. _____ ?

Le syndrome biologique inflammatoire a disparu, la VS et la CRP du 11.1.2010 étant normales.

4. Pour le surplus, pouvez-vous confirmer les conclusions de votre rapport du 15 août 2008?

Non. Si on retrouve la multiplicité des localisations douloureuses, dont on ne peut nier l'origine organique, qui contre-indiquent toujours son ancienne activité d'aide de cuisine, les douleurs sont maintenant surtout d'origine comportementale (troubles somatoformes douloureux chroniques) et sur fibromyalgie, qui n'empêchent pas, à un poste adapté, une capacité de travail théorique complète avec une diminution de rendement de 50%.

5. Considérez-vous qu'une réévaluation de l'état de santé de Mme X. _____ soit nécessaire?

Une appréciation rhumatologique me paraît souhaitable puisque mes deux appréciations sont divergentes, mais aussi une appréciation psychiatrique compte tenu des deux avis contradictoires des Dr V. _____ et G. _____ dans leur rapport de juillet 2003 et respectivement mai 2007.

6. Pronostic?

Très réservé compte tenu de la fibromyalgie et des troubles comportementaux.

Questions de l'Office de l'assurance-invalidité

1. Quelles sont les limitations fonctionnelles liées au syndrome biologique inflammatoire?

Aucun, puisqu'il n'y a plus de syndrome biologique inflammatoire.

2. Quelles sont les éventuelles répercussions de ce syndrome sur la capacité de travail?

Même réponse qu'à la question 1".

Dans un courrier du 8 février 2010, le Dr J._____ fait part au juge instructeur de son incompréhension face aux avis contradictoires des différents spécialistes consultés. Il est d'avis que sa patiente n'est plus apte à travailler et que l'octroi d'une rente entière d'invalidité aurait l'avantage de lui offrir une reconnaissance sociale à ses maux, de sorte qu'une prise en charge plus focalisée sur sa souffrance pourrait enfin être envisagée.

Dans leurs déterminations, les parties maintiennent leur position.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile, compte tenu des feries d'été (art. 38 al. 4 let. b et 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 en la forme.

2. a) Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité de la recourante et de son droit à une rente AI.

La recourante soutient que son état de santé s'est aggravé, ainsi que l'atteste son médecin traitant, le Dr J._____, et qu'elle n'est plus en mesure de travailler. Elle sollicite l'octroi d'au moins trois quarts de rente d'invalidité et un complément d'instruction sur le plan médical.

L'OAI estime quant à lui que la recourante dispose d'une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, conformément à l'avis du SMR, de sorte qu'elle n'a droit qu'à trois quarts de rente tout au plus.

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

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2).

Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé

psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

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; TF 9C_499/2009 du 16 décembre 2009, consid. 4.2). 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. 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. Toutefois, 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], 4ème 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 et la référence; TF 9C_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 2).

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; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard,

l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3).

3. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la requérante présente une incapacité de travail d'au moins 50% en raison de ses atteintes somatiques. Reste toutefois à déterminer s'il y a lieu de retenir une incapacité de travail plus importante, tant sur le plan physique que psychique.

b) D'un point de vue somatique, l'OAI se rallie à la position du SMR, qui retient une capacité de travail de 50% depuis le 4 mars 2003 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la requérante. Ces limitations sont soigneusement décrites par le Dr W._____, qui précise que l'examen physique n'a pas objectivé de limitation dans les amplitudes articulaires de façon franche, hormis celles mises en œuvre par l'assurée dans un contexte oppositionnel, caricatural et polyplaintif. Ce médecin relève en outre qu'aucun déficit objectif n'a été mis en évidence

sur le plan neurologique et que l'intéressée présente une hypoesthésie diffuse, touchant tout l'hémicorps droit et n'obéissant à aucun territoire anatomique reconnu, sans autre traduction. Selon lui, les atteintes ostéoarticulaires objectives présentées ne limitent pas la capacité de travail théorique, mais impliquent une diminution de rendement de 50 pour-cent.

Cette appréciation rejoint celle du Dr R. _____ du 19 janvier 2010, qui retient une capacité de travail théorique complète avec une diminution de rendement de 50%, suite à la disparition du syndrome biologique inflammatoire décelé en août 2008. Elle confirme également celle de la Dresse F. _____, qui retenait en 2004 déjà une incapacité de travail durable de 50% sur le plan ostéoarticulaire. Elle se voit enfin corroborée par les observations faites à l'occasion du stage d'évaluation professionnelle au COPAI, selon lesquelles la recourante s'est montrée capable de travailler toute la journée durant dans une activité simple et légère à l'établi, avec une diminution de rendement de 50 pour-cent.

Il appert ainsi que les conclusions de la majorité des spécialistes consultés sont identiques, de sorte que les avis isolés et, au demeurant, totalement opposés des Drs S. _____ et J. _____ ne sauraient être suivis. Partant, il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail exigible de 50% du point de vue somatique.

c) Sous l'angle psychiatrique, le rapport d'examen du SMR du 11 mai 2007 parvient à la conclusion que la recourante ne souffre d'aucune atteinte psychique invalidante et qu'elle adopte un comportement de type "exagération volontaire des plaintes", sur la base d'une atteinte ostéoarticulaire dégénérative. Le Dr G. _____ renonce en particulier à poser le diagnostic formel de fibromyalgie au vu de l'anamnèse de l'assurée et de son comportement. Il ne tient pas davantage compte du syndrome algique chronique à caractère non-organique, à défaut de pathologie psychiatrique invalidante préexistante, de comorbidité psychiatrique ou de signe de gravité cristallisé. Le

psychiatre du SMR précise en outre que l'intéressée ne montre pas de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques, cela tant sur le plan anamnestique que clinique.

Cette appréciation s'oppose à l'avis des Drs V._____ et N._____, qui retiennent tous deux l'existence de troubles psychiques invalidants, mais dont les rapports sont peu documentés et imprécis. Cette même critique peut être formulée à l'encontre du Dr J._____, qui n'est au demeurant pas psychiatre. En revanche, le rapport d'examen du Dr G._____, qui repose sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques complets et une analyse approfondie, et dont les conclusions sont claires et dûment motivées, répond en tous points aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2e).

Partant, le dossier médical est suffisant étayé pour permettre à la cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause, sans procéder à des mesures d'instruction complémentaires. Il en résulte que la recourante ne souffre d'aucune atteinte psychique invalidante et qu'elle présente ainsi une incapacité de travail de 50% sur le seul plan somatique à compter du mois de mars 2003.

4. Reste encore à déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

a) Revenu sans invalidité

Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la

décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles.

In casu, le revenu sans invalidité de 57'863 fr. retenu par l'OAI doit être confirmé, dès lors qu'il résulte du questionnaire pour l'employeur du 16 avril 2004 (4'451 fr. x 13).

b) Revenu avec invalidité

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). Cela permet aussi de prendre en compte les données d'un marché équilibré du travail, l'assuré devant mettre à profit toute sa capacité résiduelle de travail objective dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage.

Pour évaluer l'invalidité, il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En outre, pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se placer, au moment du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI; ATF 129 V 222; TF 8C_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 1). Dans la mesure où l'intéressée a présenté une

incapacité de travail durable depuis le mois de mars 2003, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2004.

En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 3'893 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'048 fr. 72, ce qui donne un salaire annuel de 48'584 fr. 64.

Compte tenu de la capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée à compter du mois de mars 2003, le revenu sans invalidité doit être réduit de moitié, atteignant ainsi un montant annuel de 24'292 fr. 32.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

Dans le cas présent, c'est à juste titre que l'OAI admet en procédure de recours de réduire le revenu d'invalidé au vu de l'âge de la recourante et du fait qu'elle a travaillé pendant près de vingt ans auprès du même employeur. Il convient toutefois de prendre également en

compte les limitations fonctionnelles de l'assurée et son analphabétisme, de sorte qu'un abattement de 15% paraît adéquat. Le revenu annuel avec invalidité s'élève par conséquent à 20'648 fr. 47.

c) Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 64,31%, arrondi à 64% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit :

$$\frac{(57'863 \text{ fr.} - 20'648 \text{ fr.} 47) \times 100}{57'863 \text{ fr.}}$$

Ce taux, supérieur à 60%, ouvre le droit à trois quarts de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

5. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2004.

La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires in casu (art. 52 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 3 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X._____ a droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2004.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap service juridique (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :