

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu et M. Zbinden, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

X. _____, à Renens, recourante, représentée par Mme Nadine Frossard,
juriste

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. a) X. _____ (ci-après : l'assurée), née le 25 septembre 1958, de nationalité suisse, a été mise, par décision du 11 décembre 1996, au bénéfice d'une demi-rente ordinaire d'invalidité dès le 1^{er} octobre 1996 (degré d'invalidité de 50 %), pour cause d'épisodes dépressifs récurrents chez une personne fragile et immature, avec traits phobiques et anxieux. Les révisions d'office effectuées en 1998, 2001 et 2006 (décision du 13 octobre 2006) n'ont permis de constater aucun changement dans le degré d'invalidité de l'assurée.

Dès 1996, l'assurée a travaillé comme auxiliaire de santé à l'I. _____ à 50 %, mais a été licenciée au mois de novembre 2006, suite à une liaison qu'elle aurait entretenue avec un patient.

b) En date du 27 novembre 2006, l'assurée a fait parvenir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de révision de sa rente d'invalidité, au motif que son état de santé s'était récemment péjoré.

B. a) Dans un rapport médical adressé à l'OAI en date du 18 décembre 2006, le Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a retenu que celle-ci souffrait d'un état anxio-dépressif et de fibromyalgie. Il a déclaré qu'un soutien psychiatrique était nécessaire une fois toutes les deux semaines par lui-même, sa patiente refusant d'être vue par un psychiatre. Ce médecin a également relevé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé suite à son licenciement, qu'elle avait pris comme une punition. Il lui a reconnu une capacité de travail de 30 à 50 % et l'a qualifiée de personnalité psychotique, à l'intelligence limitée.

b) Dans un rapport médical ultérieur, daté du 9 mai 2008, le Dr T. _____ a confirmé les diagnostics mentionnés précédemment mais a

relevé que les plaintes et les douleurs étaient devenues plus abondantes. Ce médecin considérait désormais que l'assurée était inapte au travail normal, et que sa capacité de travail exigible était donc nulle.

c) En date du 8 septembre 2008, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport médical du 7 octobre 2008, les Drs K._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et H._____, psychiatre FMH, ont notamment retenu ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION AVEC QUELQUES SYMPTÔMES RÉSIDUELS (F33.4)

- sans répercussion sur la capacité de travail

- FIBROMYALGIE (M 79.0)

APPRÉCIATION DU CAS

Au plan somatique, Mme X._____ présente une anamnèse de multiples opérations digestives, énumérées ci-dessus sur la base d'une lettre de sortie du Service de chirurgie viscérale du CHUV datée du 26.05.2004. Malgré la multitude des gestes chirurgicaux qui avaient été nécessaires, l'assurée signale que la situation est favorable à ce propos. Elle annonce uniquement une constipation qui est probablement favorisée par sa médication de Tramadol® et de Sarotène® ainsi que des douleurs abdominales épisodiques avec impression d'une boule qui se forme dans l'intestin ou avec des épisodes d'importants ballonnements; ces phénomènes entrent dans le cadre de la problématique fonctionnelle liée à la fibromyalgie qui va être discutée ci-dessous. Néanmoins, il apparaît dans la lettre de sortie du CHUV du 26.05.2004 la notion d'une hypoparathyroïdie soi-disant traitée; néanmoins dans le traitement à la sortie mentionnée dans la dite lettre de sortie, il n'y a aucun médicament allant dans le sens du traitement d'une hypoparathyroïdie. En revanche, on trouve une prescription d'Eltroxine®. Actuellement, l'assurée ne reçoit aucune médication centrée sur la thyroïde ou les parathyroïdes. Cliniquement, ceci ne semble d'ailleurs pas nécessaire.

La problématique qui empêche Mme X._____ et qui la fait souffrir est représentée par un syndrome douloureux ostéoarticulaire diffuse, axial et périphérique. En novembre 2006, Mme X._____ avait été investiguée en détail, tant au plan clinique qu'au plan électro-neurophysiologique par le Dr B._____, neurologue à Lausanne, qui avait pu exclure une maladie neurologique ou neuromusculaire et qui avait conclu à une fibromyalgie.

Le tableau symptomatologique actuel présenté par Mme X. _____ correspond à celui d'une fibromyalgie. En effet, l'examen objectif est normal, tant au plan général, neurologique qu'ostéoarticulaire. Mme X. _____ insiste beaucoup pour son manque de force dans les MS et les MI, avec d'importants troubles de la marche. Ceux-ci n'ont pas pu être objectivés, notamment lorsque, fortuitement, l'assurée a pu être observée marchant dans la rue.

La longueur de l'évolution sans que soient apparues entretemps des synovites ou des déformations articulaires permet d'exclure un rhumatisme inflammatoire quelconque comme étant responsable des plaintes douloureuses de l'assurée. Il n'y a non plus aucun argument en faveur d'une collagénose quelconque comme une sclérodermie par exemple, que les troubles de la déglutition allégués auraient peut-être pu faire suspecter, et il n'y a non plus pas d'argument, d'autant plus que l'examen neurologique spécialisé était normal, pour une myopathie quelconque.

En conclusion, l'examen clinique actuel confirme le diagnostic de fibromyalgie qui avait été posé par le Dr B. _____ et confirmé par le médecin traitant, le Dr T. _____ Celle problématique, exclusivement subjective, sans substrat anatomo-pathologique précis, n'entraîne, en accord avec les dispositions jurisprudentielles actuellement en vigueur, **pas la reconnaissance de limitations fonctionnelles** ni d'une quelconque incapacité de travail.

Au plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée d'origine suisse, âgée de 49 ans, sans formation professionnelle à proprement parler. Après avoir terminé une scolarité obligatoire, l'assurée travaille comme fille au pair pendant une année, suit des cours d'aide infirmière et travaille comme vendeuse en alimentation, dans une blanchisserie et comme ouvrière avant de trouver un travail dans les soins à domicile, en 1992, d'abord avec un taux d'activité 100% puis depuis 1996 avec un taux d'activité à 50% en plus d'une rente AI à 50% également depuis 1996. Elle poursuit celle activité jusqu'à son licenciement, en novembre 2006. Depuis, l'assurée n'a plus repris une activité professionnelle.

Dans son rapport médical du 07.09.1998, le psychiatre, le Dr V. _____ constate que « *bien que stabilisé et ne nécessitant pas un soutien psychothérapeutique, Mme X. _____ continue à souffrir de crises d'angoisses et suit un traitement de Melleril® prescrit.* ». Il retient le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents chez une personne fragile et immature, avec des traits phobiques et anxieux.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure actuelle, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble panique, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables. L'assurée ne présente pas non plus de trouble de la personnalité décompensé.

En l'absence d'un abaissement de l'humeur, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir (sorties avec son compagnon, aime bien faire la cuisine, s'intéresse aux documentaires, etc), d'une réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante (observations cliniques, vie quotidienne), d'une diminution de la concentration et de l'attention, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir

(se réjouit de partager son avenir avec son compagnon actuel), des idées ou actes autoagressifs ou suicidaires, ainsi que d'une diminution de l'appétit, nous n'avons pas retenu le diagnostic d'un épisode dépressif actuel. Pourtant, dans le passé, l'assurée décrit deux épisodes marqués par un important abaissement de l'humeur avec diminution de l'intérêt et du plaisir et réduction de l'énergie entraînant une apathie d'une durée d'environ 6 mois, voire une année, à l'âge de 18 ans, et en 1996, nécessitant un traitement avec du Valium® voire un traitement psychiatrique pendant deux ans environ. Depuis, l'assurée dit souffrir d'une fluctuation de l'humeur, marquée par des périodes de quelques jours pendant lesquels l'assurée dit souffrir d'une aggravation de ses douleurs corporelles entraînant une fatigue et un manque de motivation où tout lui coûte et peu ne lui est agréable. Malgré ses symptômes, l'assurée reste toujours capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et d'assurer par exemple, les tâches ménagères pour elle et son compagnon, et de maintenir une vie sociale active avec des rencontres régulières avec des anciens amis.

En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, avec quelques symptômes résiduels.

Ce trouble dépressif récurrent, s'inscrit dans une personnalité avec des traits immatures conduisant l'assurée à s'engager à plusieurs reprises dans des relations instables, avec des hommes abusifs maltraitant l'assurée. Malgré cette immaturité, l'assurée arrive à maintenir une stabilité au plan professionnel, avec plusieurs engagements d'une durée de plusieurs années. Depuis juillet 2005, l'assurée s'engage également dans une relation sentimentale stable et harmonieuse avec son compagnon actuel. L'assurée ne présente ainsi pas de déviation extrême de perception, de pensée, de sensation et particulièrement de relation avec autrui, comme demandé par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble spécifique de la personnalité, raison pour laquelle nous n'avons pas retenu un tel diagnostic.

Au vu d'une certaine fragilité s'expliquant par son immaturité, avec deux décompensations de l'assurée sur un mode dépressif dans le passé, la décision d'accorder à l'assurée une demi-rente en 1996 n'apparaît pas comme manifestement erronée. Pourtant, cette situation a permis à l'assurée de poursuivre d'une manière stable son activité d'aide soignante à 50% et de s'engager dans une relation sentimentale qui lui donne beaucoup de soutien et de satisfaction, selon ses propres dires. Concernant sa demande d'une rente entière, nous constatons cependant que l'assurée ne présente ni une aggravation de son état psychique ni la survenue d'une comorbidité invalidante, justifiant une telle demande.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, s'inscrivant dans une personnalité marquée par une importante immaturité, l'assurée présente une réduction de ses ressources d'adaptation avec un risque élevé d'une décompensation sur un mode dépressif, et une tolérance au stress réduite.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? L'assurée est au bénéfice d'une demi-rente AI depuis 1997.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Depuis lors, l'assurée a continué à travailler à 50% jusqu'à ce qu'elle soit licenciée de son travail. Certes, depuis lors, les plaintes à expression somatique se sont aggravées mais les dites plaintes ne sont pas en relation avec une pathologie organique considérée comme étant en soi incapacitante. L'atteinte psychiatrique ne s'est pas aggravée.

Concernant la capacité de travail exigible, elle reste de 50% pour des raisons psychiques. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une réelle aggravation de la situation, puisque d'une part la situation psychique est stationnaire et que, d'autre part, les plaintes à expression somatique relèvent d'une problématique qui n'est pas considérée comme incapacitante par la jurisprudence.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE (AIDE SOIGNANTE) : 50%.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50%. DEPUIS : 1997. »

C. a) Le 5 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dans le sens d'un refus d'augmentation de sa rente d'invalidité, au motif qu'il ressortait du rapport d'examen du SMR que son état de santé, sur le plan psychique, ne s'était pas aggravé, mais restait stationnaire. Depuis l'octroi de sa demi-rente d'invalidité en 1996 et jusqu'à son licenciement en 2006, l'assurée avait toujours travaillé à mi-temps, et sa capacité de travail comme aide-soignante restait de 50 %. Sur le plan somatique, l'OAI a relevé qu'il existait effectivement désormais une fibromyalgie, mais que cette affection ne pouvait pas être considérée comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, selon les critères posés par la jurisprudence.

b) En date du 11 février 2009, l'assurée a fait parvenir à l'OAI sa prise de position sur le projet précité. Se prévalant de l'appréciation faite par son médecin traitant, l'assurée a maintenu en substance que son état de santé s'était bien péjoré depuis son licenciement en 2006. Elle a demandé de se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité complète, et a requis qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, au motif que les médecins du SMR ne l'auraient pas véritablement prise au sérieux ni entendue, malgré un entretien qui se serait déroulé de manière courtoise.

c) Par décision du 23 mars 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision, au motif que le courrier de l'assurée du 11 février 2009 n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier son point de vue.

D. a) Par acte du 8 mai 2009, X._____ a recouru contre la décision précitée, concluant à l'acceptation de sa demande d'augmentation de rente, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision, et plus subsidiairement à ce qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. La recourante nie la valeur probante de l'examen clinique effectué par les médecins du SMR, dont elle conteste l'objectivité, au motif qu'ils n'auraient pas fidèlement retranscrit ses déclarations, qu'ils auraient embellies et déformées. Elle fait également valoir le fait que ces médecins n'auraient pas tenu compte du fait qu'elle avait pris des médicaments pour se sentir mieux lors de cet examen. Par ailleurs, la recourante affirme être très entravée dans sa vie quotidienne par les pathologies dont elle souffre (douleurs, pertes d'équilibre, tremblements, spasmes, problèmes d'élocution, de vocabulaire, de concentration et de mémoire), les médicaments ne lui faisant que peu d'effet.

Le 7 juillet 2009, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de 400 francs.

b) En date du 7 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que le rapport d'examen du SMR du 7 octobre 2008, qui retient une incapacité de travail inchangée de 50 %, détiendrait une pleine valeur probante.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile - compte tenu des fériés judiciaires de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

d) S'agissant d'une contestation relative à une demande de révision tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en lieu et place d'une demi-rente, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Le litige porte sur la détermination du taux d'invalidité de X. _____, dans le cadre de sa demande de révision de sa demi-rente

d'invalidité. La recourante affirme être totalement incapable de travailler depuis novembre 2006 et donc avoir droit désormais à une rente entière d'invalidité. L'office intimé soutient quant à lui que le taux d'invalidité de 50 % présenté par la recourante depuis 1996 est toujours resté constant.

b) Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels ont applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329, consid. 2.2 et 2.3 ; 130 V 445 ; 127 V 466, consid. 1 ; TF 9C_852/2009 du 28 juin 2010, consid. 5).

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard notamment des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 (anciennement art. 28 al. 1 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, 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.

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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, sur un marché du travail équilibré.

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations, dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves, une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5 ; 130 V 343, consid. 3.5.2 ; 125 V 368, consid. 2).

c) En l'espèce, il n'est pas contesté par l'office intimé que l'état de santé de la recourante a évolué depuis le 13 octobre 2006, date

de la dernière décision entrée en force confirmant son droit à une demi-rente d'invalidité, dans la mesure où une fibromyalgie a été diagnostiquée pour la première fois par son médecin traitant en décembre 2006. Cette affection serait en effet apparue, selon ce praticien, après le licenciement de l'assurée, en novembre 2006. Cela étant, il convient de déterminer si ce nouveau diagnostic influe d'une quelconque manière sur la capacité de travail de la recourante et partant sur son degré d'invalidité.

4. a) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur lors de l'état de fait qui doit être apprécié dans le cas d'espèce, 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 une atteinte à sa 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).

b) 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_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). 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, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 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_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé,

l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

5. a) Pour pouvoir se prononcer sur l'éventuelle existence et le degré d'une invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

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). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI 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). 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 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

b) En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au SMR en date du 8 septembre 2008. Le rapport d'examen du 7 octobre 2008 (cf. supra, let. B.c) contient une anamnèse qui apparaît complète et détaillée, tout comme les examens pratiqués sur la recourante, dont les plaintes (notamment les douleurs, spasmes et tremblements, ainsi que les problèmes de mémoire, de concentration et d'élocution) sont par ailleurs dûment rapportées et investiguées. Certes, la recourante fait valoir que les médecins du SMR n'auraient pas tenu compte du fait qu'elle avait pris des médicaments pour se sentir mieux lors de cet examen, raison pour laquelle son état à ce moment-là n'aurait pas été aussi mauvais que d'habitude. Ce grief ne doit toutefois pas être retenu. En effet, les médecins du SMR ont bien établi, dans leur rapport, la liste des médicaments pris régulièrement par la recourante. Par ailleurs, on relèvera à ce propos le raisonnement contradictoire de cette dernière, qui allègue elle-même dans son mémoire de recours du 8 mai 2009 (cf. supra, let. D.a) que les médicaments pris "ne lui apportent que très peu de réconfort", et qu'elle "s'est sentie très mal durant l'entrevue".

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à un rapport médical (cf. supra, consid. 5.a) sont remplis dans le cas du rapport du SMR du 7 octobre 2008, dont les conclusions sont claires et longuement motivées. Or il résulte du volet psychiatrique de cet examen que l'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique suffisante au sens de la jurisprudence. On ne retrouve en effet chez la recourante aucune perte d'intégration sociale : cette dernière part en vacances, vit avec un ami et a des contacts réguliers avec sa fille et des amis. Aucun état psychique cristallisé ne découle de l'expertise, le diagnostic de fibromyalgie n'étant que relativement récent. Quant aux autres critères posés par la jurisprudence pour pouvoir considérer la fibromyalgie d'un assuré comme une affection invalidante (cf. supra, consid. 4.b), ils ne sont pas non plus réunis, ou à tout le moins pas avec une intensité suffisante. Par ailleurs, les médecins du SMR ont parfois remarqué une discordance entre les plaintes décrites par la recourante et son comportement (par exemple : « Mme X. _____ insiste beaucoup pour son manque de force dans les MS et les MI, avec d'importants troubles de la marche. Ceux-ci n'ont pas pu être objectivés, notamment lorsque, fortuitement, l'assurée a pu être observée marchant dans la rue. »). De plus, il convient de souligner que la recourante, qui se plaint d'affections de nature psychiatrique, n'a pourtant jamais débuté de suivi auprès d'un psychiatre.

D'autre part, il est à relever, au vu de la jurisprudence précitée concernant les médecins traitants (cf. supra, consid. 5.a in fine), que l'appréciation des médecins du SMR ne saurait être remise en cause par les rapports établis par le Dr T. _____, médecin traitant de la recourante (cf. supra, let. B.a et B.b), qui ne détiennent pas la même valeur probante, dès lors que ce médecin n'est ni psychiatre ni rhumatologue et qu'il n'a motivé ses rapports que de façon sommaire.

6. a) Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a estimé que la fibromyalgie dont souffre la recourante depuis 2006 ne

possède pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence. En définitive, le recours se révèle entièrement mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 8 mai 2009 par X. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme Nadine Frossard (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 :