

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Zbinden et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Kathrin Gruber, avocate à Vevey,

et

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

Art. 8, 16 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2, 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. a) P._____ (ci-après: l'assurée), née le 2 septembre 1955, est mère de deux enfants majeurs. Elle a exercé diverses activités professionnelles salariées (caissière, contrôleuse de montres, téléphoniste, serveuse, concierge, livreuse de journaux, etc.) avant de devenir chauffeur de taxi indépendante, profession qu'elle a exercée à plein temps de l'année 2001 jusqu'au 5 août 2004, puis à 50% jusqu'au 4 octobre 2004, avant de se trouver en incapacité de travail complète dès cette date. Le 30 octobre 2006, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 2 janvier 2007 à l'OAI, le Dr R._____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de polyarthrite scapulo-humérale (tendinite calcifiante) droite opérée en 2004-2005, d'évolution vers une totalgie et de trouble de la personnalité à définir. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} août 2005, se référant pour le surplus à une incapacité de travail de 100 % attestée depuis le mois d'août 2004 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à [...]. Relevant qu'objectivement, il n'y avait pas ni limitation, ni déformations articulaires, ni de ténosynovite, que le status neurologique était normal et que l'assurée faisait preuve d'un comportement psychique déroutant, mêlant séduction, provocation, manipulation et manifestations théâtrales autour des douleurs, le Dr R._____ a recommandé d'effectuer un bilan à travers une expertise multidisciplinaire.

c) Dans un rapport médical du 13 février 2007 adressé à l'OAI, la Dresse L._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la

capacité de travail de trouble dépressif probable, ainsi que les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie, de syndrome du tunnel carpien irritatif droite et gauche (status après cure chirurgicale de tunnel carpien gauche, le 20 novembre 2006), de dorso-lombalgies mécaniques récurrentes et de status après arthroscopie de l'épaule droite pour PSH calcifiante, effectuée en 2004 par le Dr Z._____. La Dresse L._____ spécialiste a estimé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan rhumatologique, sous réserve des séquelles de la cure de tunnel carpien réalisée en novembre 2006 par le Dr G._____.

d) L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a confié une expertise multidisciplinaire à la Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne. Dans leur rapport d'expertise multidisciplinaire du 14 janvier 2008, les Drs N._____, spécialiste FMH en médecine interne, X._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à un résumé du dossier médical (p. 2) et à une anamnèse complète, comprenant la description des plaintes actuelles (p. 3-7). Les experts ont fait part de leurs constatations objectives, en particulier sur le plan ostéo-articulaire (p. 8-9), et des résultats des examens paracliniques, soit notamment radiologiques (p. 9-10). Le rapport d'expertise relate en outre la consultation spécialisée de psychiatrie, le 4 septembre 2007 (p. 11-12). Il en ressort en particulier ce qui suit :

"Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- *Lombalgies chroniques non spécifiques M54.5*
- *Gonalgies bilatérales chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs (status après 3 opérations anamnestiques de chaque coté)*
- *Tendinopathie chronique des épaules (status après résection d'une calcification par voie arthroscopique le 04.10.2004)*
- *Troubles de la personnalité de type borderline F60.3*
- *Trouble somatoforme douloureux F45.4*
- *Dépendance à l'alcool F10.25*

Diagnosics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- *Status après cure de tunnel carpien gauche et d'une ténosynovite du pouce gauche le 20.11.2006*
- *Status après opération du nez en 1994*
- *Status après hystérectomie en 1983*
- *Status après grossesse extra-utérine en 1983*
- *Status après stérilisation en 1983*

Appréciation du cas

Madame P. _____ est âgée de 52 ans, mariée pour la 4^{ème} fois et mère de deux enfants adultes, eux-mêmes à l'AI en raison de toxicomanie et de problèmes psychiatriques. Madame P. _____ a un diplôme cantonal de coiffeuse et de couturière mais n'a jamais exercé ces professions. Après divers emplois de 1973 à 1999, elle a fondé en 1999 avec son 3^{ème} mari une entreprise de taxis. Madame P. _____ signale présenter depuis l'enfance des dorsolombalgies, des gonalgies bilatérales et des douleurs des pieds. Début 2004, l'expertisée a développé des douleurs de l'épaule droite dans le cadre d'une tendinopathie calcifiante. Le 04.10.2004, elle a eu une résection de cette calcification par voie arthroscopique. Les douleurs ont toutefois récidivé quelques mois après.

Sur le plan professionnel, Madame P. _____ a été en arrêt de travail à 100 % d'août 2004 au 23.09.2006, en raison initialement des douleurs de l'épaule droite, puis d'une dépression. Depuis lors, elle n'a plus aucun revenu. Madame P. _____ a déposé une demande de prestations AI le 27.10.2006, sollicitant une rente. La présente expertise a pour but d'évaluer la capacité de travail résiduelle de l'expertisée.

Sur le plan somatique, du point de vue rhumatologique, Madame P. _____ présente de multiples douleurs, prédominant au niveau du rachis dorsolombaire, des épaules et des genoux. Les douleurs sont de caractère mécanique. A l'examen clinique, on relève de discrets troubles statiques, un léger syndrome lombo-vertébral et un déconditionnement musculaire. Il existe un abaissement du seuil de la douleur. Il n'y a pas d'élément évocateur d'un rhumatisme inflammatoire. Le bilan biologique démontre une légère augmentation des gamma-GT, compatible avec la consommation abusive d'alcool de l'expertisée. Il n'y a pas d'anomalie de la fonction rénale, des transaminases, du métabolisme phosphocalcique et de la fonction thyroïdienne. Le bilan radiologique a démontré une anomalie transitionnelle lombaire (6 vertèbres), une arthrose inter-facettaire postérieure lombaire et un pincement fémoro-tibial interne des deux côtés.

Sur le plan rhumatologique, nous retenons le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques dans le cadre de troubles statiques, dégénératifs et d'un déconditionnement

musculaire, de gonalgies bilatérales chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs débutants et d'un status après trois opérations anamnestiques de chaque côté, et de tendinopathie chronique des épaules dans le cadre d'un status après résection d'une calcification par voie arthroscopique le 04.10.2004. Par ailleurs, il existe une symptomatologie douloureuse plus diffuse, faisant évoquer le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le trouble douloureux généralisé est subjectivement important avec un retentissement fonctionnel paraissant modéré, l'expertisée ayant besoin d'aide dans une partie des activités de la vie quotidienne.

Dans le parcours de vie de l'expertisée, on relève une enfance chaotique, marquée par le divorce de ses parents et des placements dans différentes familles d'accueil puis dans un foyer, une instabilité sentimentale et professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, nous retenons le diagnostic de troubles de la personnalité de type borderline, se caractérisant par une perturbation du caractère ayant des répercussions sur les sphères relationnelles et professionnelles de l'expertisée de longue date. Chez Madame P._____, ils se caractérisent par une tendance à l'agir et à l'impulsivité, associée à une instabilité de l'humeur, des capacités d'anticipation réduites et des réponses de type tout ou rien. L'image d'elle-même est perturbée avec des sentiments de vide, une intolérance à la solitude qui l'entraîne à s'engager dans des relations intenses et instables. On note d'autre part une consommation quotidienne excessive d'alcool, conduisant Madame P._____ à dormir pour fuir la solitude; cette dépendance est minimisée, Madame P._____ disant pouvoir arrêter quand elle veut; à noter que les addictions accompagnent fréquemment les troubles de la personnalité et cette problématique a donc, ici, un caractère secondaire. Par ailleurs, comme mentionné ci-dessus, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle présente indéniablement cette pathologie de la personnalité de longue date et ceci ne l'a pas empêchée de travailler jusqu'à récemment. Toutefois, la survenue objective d'altérations et de limitations physiques a représenté un facteur de déstabilisation. Le trouble de la personnalité entraîne un certain degré d'instabilité; les capacités d'adaptation, d'anticipation de souplesse, de tolérance à la frustration sont fortement amoindries dans ce type de trouble; dès lors des problèmes somatiques sont plus facilement susceptibles de dépasser ces capacités adaptatives que chez quelqu'un d'autre.

En conclusion, l'appréciation globale permet de conclure à une diminution de la capacité de travail de Madame P._____. Vu les lombalgies chroniques et le trouble de la personnalité et la probable addiction à l'alcool, inhérente à ce trouble, la

capacité de travail comme chauffeur de taxis ou dans une activité lourde est fortement diminuée et un tel emploi n'est probablement plus adapté. Il persiste toutefois une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée légère qui est actuellement de l'ordre de 70 %. Une aide spécifique à la réinsertion ou au placement semble indiquée dans la mesure où le trouble de la personnalité de l'expertisée et une diminution importante de sa capacité d'adaptation rendent un reclassement professionnel difficile. Madame P. _____ ayant travaillé comme employée de bureau ou comme téléphoniste, elle pourrait a priori reprendre une activité de ce type."

Dans la consultation spécialisée de psychiatrie du 4 septembre 2007, qui a été reprise dans le rapport de synthèse ci-dessus, la Dresse F. _____ a indiqué ce qui suit:

"Discussion

J'ai retenu le diagnostic de troubles de la personnalité de type borderline; ce trouble se caractérise par une perturbation du caractère ayant des répercussions sur les sphères relationnelles et professionnelles de l'expertisée de longue date. Il débute dans l'enfance et persiste dans la vie adulte. Chez Mme P. _____, il se caractérise par une tendance à l'agir avec impulsivité associé avec une instabilité de l'humeur ainsi que des capacités d'anticipation réduites et des réponses en tout ou rien (trop gentille ou explosive). L'image de soi est perturbée avec des sentiments de vide, une intolérance à la solitude qui l'entraîne à s'engager dans des relations intenses et instables. On note, d'autre part, une consommation quotidienne excessive d'alcool (jusqu'à plus de 20 bières par jour), la conduisant à dormir lorsqu'elle est seule. La dépendance est minimisée, Mme P. _____ disant pouvoir arrêter quand elle veut; à noter que les addictions accompagnent fréquemment les troubles de la personnalité. J'ai retenu encore le trouble somatoforme, Mme Bally présentant des douleurs migrantes, variables, intenses, chroniques que n'expliquent pas complètement les examens somatiques.

Le trouble de personnalité n'a jamais empêché Mme P. _____ de travailler jusque là mais a certainement contribué à son instabilité; les capacités d'adaptation, d'anticipation, la souplesse et la tolérance à la frustration sont fortement amoindries dans ce type de trouble et une affection associée telle qu'un trouble somatoforme peut dépasser ces capacités réduites."

En ce qui concerne l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, les experts ont préconisé d'éviter les postures statiques en torsion, inclinaison, rotation ou flexion-extension du tronc, ainsi que les positions assises, debout ou en piétinement bipodal. Les mouvements en position statique en torsion, inclinaison, rotation ou flexion-extension du tronc étaient proscrits. L'activité devait permettre une alternance des positions debout et assise et ne devait pas comporter de port de charge de plus de dix kilos ou de charges plus légères de manière répétée. Enfin, les experts ont exclu les travaux lourds et la marche sur de longues distances.

e) Le 21 février 2008, les experts de la PMU ont répondu comme suit aux questions complémentaires que leur a posé le 22 janvier 2008 le Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie au Service médical régional AI (ci-après : SMR) :

"1) Quelles sont les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires objectives, à l'exclusion des troubles somatoformes douloureux?"

Sur le plan ostéo-articulaire, il existe uniquement un léger syndrome lombo-vertébral.

2) Quelle est la capacité de travail médico-théorique en % compte tenu des limitations fonctionnelles ci-dessus, à l'exclusion de toute autre pathologie?"

La capacité de travail comme chauffeur de taxi est de 50% au maximum, les vibrations de 5Hz d'un véhicule automobile, le port répété de valises et la position assise prolongée étant contre-indiquées (sic) lors de lombalgies chroniques. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est complète."

f) Dans un rapport d'examen SMR du 2 avril 2008, le Dr D. _____ a retenu ce qui suit:

"Cet assurée de 53 ans a travaillé comme chauffeur de taxi indépendant depuis 2000. Elle dépose une demande de rente en octobre 2006 sans indication de motif."

Le rapport de son médecin traitant fait état d'une PSH droite opérée en 2004-5, d'une évolution vers uneotalgie et d'un trouble de la personnalité à définir. Sur ces indications assez peu précises, ce praticien atteste une incapacité de travail totale depuis le 1.8.2005.

Un rapport de la Dresse Tauxe, rhumatologue, se réfère à un trouble dépressif probable. Elle précise qu'il n'y a pas d'incapacité de travail rhumatologique sous réserve des séquelles d'une cure de tunnel carpien en novembre 2006. Elle mentionne une fibromyalgie et des dorso-lombalgies mécaniques sans incidence sur la capacité de travail.

C'est dans ces conditions que nous avons demandé une expertise bidisciplinaire. L'examen psychiatrique conclut à un trouble de la personnalité de type borderline, à un trouble somatoforme douloureux et à une dépendance à l'alcool. Le psychiatre précise que le trouble de la personnalité n'a jamais empêché l'assurée de travailler, même s'il a contribué à son instabilité. Mis à part un certain retrait social, il n'y a pas de facteur aggravant au sens de la jurisprudence. Au plan somatique, l'expert retient des lombalgies chroniques non spécifiques, des gonalgies bilatérales dégénératives et une tendinopathie chronique des épaules. Interrogée par nos soins, la Dresse X. _____ indique que l'atteinte ostéo-articulaire justifie une incapacité de travail de 50 % comme chauffeur de taxi, alors qu'elle n'empêche pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps.

Considérant ce qui précède, on doit admettre que ni le trouble de la personnalité, ni le trouble somatoforme douloureux, ni la dépendance à l'alcool ne constituent des maladies invalidantes. Seules les limitations fonctionnelles strictement somatiques doivent être prises en considération."

B. a) Le 23 juillet 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Sur la base des éléments médicaux recueillis, en particulier de l'expertise pluridisciplinaire du 14 janvier 2006, le SMR avait retenu que l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible à 50 % dans son activité habituelle depuis le mois d'août 2004; toutefois, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière, également depuis le même moment. Pour déterminer le degré d'invalidité, l'OAI a comparé le revenu sans invalidité au revenu d'invalidité exigible compte tenu d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le revenu d'invalidité a été estimé en se référant aux données statistiques

résultant des enquêtes sur la structure des salaires. S'agissant de l'assurée, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit, en 2005, 3'936 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises en 2005 (41,6 heures, alors que les statistiques tiennent compte de 40 heures), ce montant a été porté à 4'093 fr. 44 (3'936 fr. x 41,6 : 40), soit un salaire annuel de 49'121 fr. 28. Compte tenu d'un abattement de 10%, justifié par l'âge et les limitations fonctionnelles de l'assurée, le revenu annuel d'invalide a ainsi été arrêté à 44'209 fr. 15. La comparaison de ce revenu avec celui auquel l'assurée pourrait prétendre sans problème de santé, à savoir 49'121 fr. 28 selon les données statistiques précitées, a laissé apparaître un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

b) L'assurée a fait part de ses objections à ce projet de décision par courriers des 13 et 20 août 2008 de son conseil.

Dans un avis médical SMR du 30 septembre 2008, le Dr D. _____ a exposé ce qui suit:

"Le courrier de Me Kathrin Gruber du 20.8.2008 s'ouvre avec le constat que le SMR n'a pas suivi les conclusions de l'expertise de la PMU, qui admet une exigibilité de 70%, alors que le SMR retient 100% dans une activité adaptée.

Cette différence d'appréciation vient de ce que les experts de la PMU fondent leur appréciation selon le modèle bio-psycho-social, alors que le SMR s'en tient à des considérants bio-médicaux. Ainsi, il est selon nous erroné et contradictoire de faire figurer le trouble de la personnalité de type borderline dans la rubrique des diagnostics avec influence sur la capacité de travail, alors que l'expert psychiatre affirme que «le trouble de la personnalité n'a jamais empêché Mme P. _____ de travailler jusque là». La même remarque vaut pour le trouble somatoforme douloureux, qui n'est considéré comme invalidant par la jurisprudence fédérale qu'en présence d'une comorbidité psychiatrique significative et/ou de facteurs de gravité dits de Meyer-Blaser. Dans le cas présent, force est de constater qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique

significative. L'assurée ne souffre pas d'affections corporelles chroniques. Bien que sortant peu, on ne peut pas parler de perte de l'intégration sociale : l'entente conjugale est bonne, l'assurée voit quelques amis, elle assure la curatelle de son fils cadet, etc. Il n'y a pas de cristallisation de l'état psychique, et on ne peut pas parler d'échec de traitements conformes aux règles de l'art, l'assurée n'ayant plus de suivi médical depuis janvier 2007.

Même si l'expert psychiatre ne se prononce pas de façon explicite sur la jurisprudence, il est aisé de collecter les éléments nécessaires dans l'anamnèse.

Considérant ce qui précède, le SMR n'a légitimement tenu compte que des limitations fonctionnelles somatiques objectives dans l'appréciation de l'exigibilité. L'atteinte somatique se limite à un léger syndrome lombo-vertébral qui autorise une activité de chauffeur de taxi à 50%, et une pleine exigibilité dans une activité adaptée (courrier de la Dresse X._____, rhumatologue, 21.2.2006)."

c) Dans un courrier du 1^{er} octobre 2008 adressé à l'avocate de l'assurée, le Prof. Q._____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué ce qui suit:

"Concernant le recours contre la décision de l'Office AI, il est évident que, suite à mon évaluation neurologique du 8 septembre 2008, cette patiente a représenté une rechute dans l'alcool, un état anxio-dépressif grave, une vestibulopathie avec une démarche ébrieuse, sans tenir compte de l'alcool, une dyssomnie sévère.

De ce fait, nous avons introduit des traitements anxiolytiques et antidépresseurs. Il est évident que cette patiente ne peut pas reprendre une quelconque activité professionnelle à long terme. La situation paraît complexe et nécessitera un traitement de longue durée.

Son incapacité de travail actuellement est totale".

d) Dans un rapport médical manuscrit du 18 décembre 2008 adressé à l'OAI, le Prof. Q._____ a posé les diagnostics, existant depuis 2007, de dyssomnie sévère, d'état dépressif, d'alcoolisme chronique et de polyneuropathie sévère. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité de chauffeur de taxi et dans toute activité depuis le 1^{er} octobre 2008. A ce rapport était joint notamment un rapport médical du 16

octobre 2008 du Prof. Q. _____ à la Dresse K. _____, spécialiste FMH en médecine générale, à [...], dont il ressort ce qui suit:

"J'ai revu la patiente susnommée qui va prochainement vous consulter (...).

Comme vous pourrez le constater, cette patiente est dans une détresse somatique et neurologique grave. Divorcée, anciennement chauffeuse de taxi, mais vu un état dépressif grave, une insomnie, des douleurs diffuses, surtout un alcoolisme gravissime, elle n'est pas capable de pouvoir conduire sa voiture. Elle est dans une détresse socio-économique, car elle dépend du Service social. Elle n'a toujours pas reçu de réponse de l'Al.

Lors de notre dernière évaluation pour sa dyssomnie et son état dépressif, nous avons proposé le Trittico 50 mg 1 cpr avant de se coucher et d'augmenter progressivement les doses. Cependant, probablement, dans ses périodes d'alcoolisme et de confusion, elle a mélangé tous les médicaments et n'a rien pris... Je lui ai à nouveau donné le schéma thérapeutique, à savoir pour la dépression, Trittico 50 mg 1 cpr une heure avant de se coucher, ensuite l'augmenter à 75 mg et 100 mg selon l'évolution clinique. La patiente par contre est moins angoissée pendant la journée et j'ai proposé d'arrêter le Xanax.

Concernant son alcoolisme, elle n'a pas pris la prescription de Campral. N'a pas voulu aller à la consultation d'alcoologie au CHUV, refuse toute hospitalisation pour un sevrage à Cery ou à la Fondation des Oliviers.

Actuellement, la situation s'est aggravée car les douleurs se sont accentuées, elles étaient bien connues, de type fibromyalgie, de douleurs lombaires, dont les radiographies avaient révélé une discopathie L5-S1, une arthrose étagée L3-S1. L'IRM cérébrale était encore dans les normes.

Elle se plaint actuellement de dysesthésies qui apparaissent au niveau des doigts des deux mains, ainsi qu'un sentiment de dysesthésies et de brûlures sur la face dorsale des pieds ou au niveau des deux tiers inférieurs des jambes, plus marquées à gauche.

En essayant de l'interroger sur son mode de vie, il est catastrophique dans le sens que souvent, pendant quatre à cinq jours, elle ne sort pas de son domicile, ne fait pas sa toilette, ne mange quasiment pas, par contre, elle avoue qu'elle continue malheureusement dans l'alcool et par exemple, dans la journée du 14 octobre, elle avoue avoir pris huit bières, 1½ litre de vin rouge et trois Ricard... Ce qui la

gêne, c'est qu'elle n'est pas saoule et que [le] lendemain matin, elle arrive parfaitement à se lever, sans avoir des problèmes vestibulaires. Elle est en manque déjà vers 11h00.

Nous avons donc longuement discuté de la problématique de son alcool et je l'ai encouragée à vous en parler et de voir dans quelles mesures elle ne pourrait pas tout de même prendre contact avec la consultation d'alcoologie du CHUV.

CONSTATATIONS OBJECTIVES

Examen neurologique partiel de contrôle

Mis à part toujours les mêmes plaintes somatoformes et l'état dépressif, j'observe cette fois-ci des dysesthésies au toucher au niveau des pulpes des deux mains, ainsi qu'une dysesthésie avec des sensations de brûlures sur la face dorsale des deux pieds, débutant déjà au tiers inférieur de la jambe gauche. Etonnamment, la pallesthésie est encore bien ressentie aux membres supérieurs, un peu plus faible à gauche. Les réflexes restent stables aux membres supérieurs, il y a une hyporéflexie rotulienne et une aréflexie achilléenne. Le testing musculaire contre-résistance est encore satisfaisant. Il n'y a pas de troubles importants aux épreuves de coordination.

APPRECIATION GENERALE

Nous sommes toujours dans une situation extrêmement délicate sur le plan psychologique, socio-économique et de son alcoolisme. Il y a certainement maintenant le développement d'une probable polyneuropathie sensitive alcoolique et certaines douleurs musculaires à la palpation qui ne permettraient pas d'exclure une myopathie alcoolique, surtout si elle abuse de Ricard. Nous avons convenu de ce fait de faire un examen électromyographique auprès de mon ami, spécialiste dans ce domaine, le Dr M. _____, qui aura lieu le 30 octobre 2008 à 10h00."

Dans un rapport médical du 31 octobre 2008 adressé au Prof. Q. _____, le Dr M. _____, spécialiste FMH en neurologie, a exposé les résultats du bilan électrophysiologique effectué le 30 octobre 2008, avec la conclusion suivante:

"Les vitesses de conduction motrices et sensibles mesurées aux membres supérieurs et inférieurs donnent un résultat tout à fait normal, à relever que les potentiels sensitifs sont bien préservés et de grande amplitude, y compris sur le sural. Quant aux tracés EMO, ils se situent encore dans les limites de la norme, on peut néanmoins se demander s'il n'y a pas une

très discrète augmentation de la polyphasie, ce qui pourrait traduire l'existence d'une très discrète myopathie éthylique débutante."

e) Dans un avis médical SMR du 25 février 2009, le Dr V. _____ a exposé ce qui suit :

"Dans le cadre de cette opposition, de nouveaux documents émanant du prof. Q. _____, neurologue, sont produits.

Ces documents sont contradictoires : Ce neurologue atteste le 01.10.2008 une incapacité de travail totale à cause d'une rechute alcoolique, d'un état anxio-dépressif grave, d'une vestibulopathie avec démarche ébrieuse, d'une dyssomnie et, plus tard, d'une polyneuropathie sévère (dans son rapport AI du 18.12.2008).

Ces atteintes organiques ne sont pas étayées : Aucun signe objectif d'une vestibulopathie n'a jamais pu être constaté, la polyneuropathie n'est pas démontrée, ce neurologue se dit surpris de la conservation de la pallesthésie, et en somme il n'a constaté qu'une dysesthésie aux mains et aux pieds, sans autre atteinte objective. Le bilan électrophysiologique du 30.10.2008 qu'il a demandé, fait par le Dr M. _____, ne montre aucune anomalie, hormis la possibilité éventuelle d'une très discrète myopathie éthylique débutante. La dyssomnie a été partiellement améliorée par le traitement. L'état anxio-dépressif est difficilement admissible lorsque ce même médecin décrit dans son rapport du 15.10.2008 au Dr K. _____ que la patiente est moins angoissée pendant la journée et qu'il propose d'arrêter le Xanax (un médicament contre l'angoisse).

Il paraît par contre certain que l'abus massif d'alcool se soit aggravé, ce qui plonge cette assurée encore davantage dans les difficultés. Elle ne semble pas pouvoir se décider à aborder ce problème, malgré les propositions faites par le prof. Q. _____. Or, cet alcoolisme n'est pas une conséquence du trouble de la personnalité, et à ce titre il n'est pas à prendre en compte comme atteinte invalidante par l'AI. Cet abus massif n'entraîne, pour l'instant, pas de séquelles organiques irréversibles et invalidantes.

En conclusion : Ces documents apportés dans le cadre de l'audition sont contradictoires, ils ne démontrent l'existence d'aucune nouvelle pathologie avérée et ne remettent pas en cause l'argumentation développée par le SMR (rapport d'examen SMR du 02.04.2005 et avis SMR du 30.09.2008)."

f) Le 19 mai 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 23 juillet 2008. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a répondu aux objections qui avaient été émises par l'assurée dans le cadre de la procédure d'audition, en s'appuyant sur les avis médicaux SMR du 30 septembre 2008 (cf. supra, let. B.b) et du 25 février 2009 (cf. supra, let. B.e).

C. a) P._____ a recouru contre cette décision par acte du 25 juin 2009, concluant, avec suite de dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} août 2005.

Se référant aux avis médicaux du Prof. Q._____, la recourante soutient en bref que l'incapacité de travail de 100 % retenue par ce praticien est justifiée aussi bien par l'état dépressif grave relevé par celui-ci que par le trouble de la personnalité de type borderline, qui peut être invalidant et constitue sans aucun doute une comorbidité psychiatrique significative. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant justifierait également à lui seul de retenir une invalidité totale. A cet égard, la recourante soutient qu'il est faux d'affirmer qu'elle est intégrée socialement en raison du fait que l'entente conjugale est bonne; elle est en effet séparée de son mari et doit quitter l'appartement conjugal au 31 décembre 2010, ensuite de la résiliation du bail et d'une prolongation qu'elle a pu négocier devant l'autorité de conciliation. Par ailleurs, ses médecins traitants auraient relevé une nette péjoration, notamment en rapport avec ses récents problèmes conjugaux.

La recourante fait encore valoir que les troubles somatoformes douloureux, le trouble de la personnalité borderline et la dépendance à l'alcool qui s'en est suivie sont des maladies invalidantes à certaines conditions, selon la jurisprudence, lesquelles sont remplies, d'après elle. Elle soutient que le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la PMU mentionne clairement que les lombalgies chroniques, le trouble de la personnalité et la probable addiction à l'alcool - qui est selon les experts inhérente au trouble de la personnalité - diminuent sa capacité de travail à raison de 30%, taux qui s'est encore aggravé depuis lors pour atteindre

100% selon les médecins traitants. La recourante estime ainsi remplir les conditions d'octroi d'une rente de l'AI en raison de ses troubles anxio-dépressifs, de ses troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, et de sa dépendance à l'alcool, qui est une conséquence du trouble de la personnalité. Selon la recourante, le SMR s'est écarté des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire sans raison objective - n'expliquant en particulier nullement pourquoi il ne faudrait pas suivre le modèle bio-psycho-social - et sans avoir examiné l'expertisée, alors qu'il a lui-même admis qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sans expertise pluridisciplinaire.

A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique neutre, à confier au Prof. C._____, voire d'un complément d'expertise à la Dresse F._____. Elle relève que, selon les constatations de ses médecins, son état de santé s'est aggravé depuis l'expertise de la PMU.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

b) Dans sa réponse du 18 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

S'agissant d'abord des raisons justifiant la divergence entre les premières conclusions des médecins de la PMU, à savoir une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée, et l'avis du SMR retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'OAI estime nécessaire de rappeler qu'ensuite de la reddition de l'expertise de la PMU, les médecins du SMR ont requis des explications complémentaires aux médecins-experts, par courrier du 22 janvier 2008. Par lettre du 21 février 2008, les experts ont répondu que *«sur le plan ostéo-articulaire, il existe uniquement un léger syndrome lombo-vertébral, et que la capacité de travail comme chauffeur de taxi est de 50% au maximum, les vibrations de 5Hz d'un véhicule automobile, le port répété de valises et la position assise prolongée étant contre-indiquées (sic) lors de lombalgies chroniques, et que dans une activité adaptée, la capacité de travail est*

complète». Dès lors, selon l'OAI, force est de constater que cette différence d'appréciation entre les conclusions initiales et complémentaires des médecins de la PMU résulte de ce que les premières se fondent sur le modèle bio-psycho-social, alors que les secondes s'en tiennent à des considérants bio-médicaux, qui s'imposent en matière d'AI.

S'agissant du reproche que lui fait la recourante d'avoir méconnu les conclusions de l'expertise de la PMU du 14 janvier 2008, en ce sens que les troubles somatoformes douloureux, le trouble de la personnalité borderline et la dépendance à l'alcool seraient à considérer comme des maladies invalidantes au sens de la jurisprudence, l'OAI fait valoir que, contrairement à ce qu'affirme l'intéressée, il ressort clairement de l'expertise bidisciplinaire que les addictions dont elle souffre accompagnent fréquemment les troubles de la personnalité et que cette problématique a dans ce cas un caractère secondaire; quant à la nature invalidante des troubles somatoformes douloureux et des troubles de la personnalité de type borderline, l'intimé relève que ceux-ci persistent depuis longtemps et qu'ils n'ont pas empêché la recourante de travailler jusqu'à récemment, ayant tout au plus pu représenter un facteur de déstabilisation.

Enfin, selon l'OAI, les pièces médicales récentes produites par la recourante ne permettent pas d'attester d'une aggravation de son état de santé; bien plus, elles se contredisent puisque, par son rapport du 1^{er} octobre 2008, le Prof. Q._____ a attesté d'une incapacité de travail totale à cause d'une rechute alcoolique, d'un état anxio-dépressif grave, d'une vestibulopathie avec démarche ébrieuse et d'une dyssomnie alors que, dans son rapport ultérieur du 18 décembre 2008, il a fait état d'une polyneuropathie sévère.

c) Invitée à fournir le cas échéant ses explications complémentaires, à produire toutes pièces éventuelles et à présenter d'éventuelles réquisitions de mesures d'instruction, la recourante se réfère entièrement à son mémoire de recours et à sa requête d'expertise psychiatrique, qui, selon elle, s'impose absolument en raison des

divergences de vues entre l'expertise de la PMU et les médecins du SMR. En cas de rejet de cette requête, elle requiert un délai pour produire un rapport de la Dresse B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui la suit actuellement.

d) Le 22 septembre 2009, le juge instructeur a informé la recourante qu'après examen du dossier, l'instruction apparaissait suffisante sur le plan médical et qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer étant réservé. Conformément à la requête de la recourante, un délai lui a été imparti pour produire un rapport de son médecin psychiatre traitant.

e) Le 26 octobre 2009, la recourante a produit une attestation de la Dresse W._____, contresignée par la Dresse B._____, dont la teneur est la suivante:

"Le médecin soussigné certifie avoir rencontré Madame P._____ pour une unique consultation le 4 septembre 2009. Elle présentait un état de mal-être psychique général, probablement dans le cadre d'un épisode anxio-dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Elle était, ce jour-là, incapable de travailler dans la mesure du 100%. Par la suite, elle a préféré ne pas revenir au rendez-vous fixé et il n'a plus été possible de la recontacter.

Nous ne pouvons donc que livrer cette première impression diagnostic et ne sommes pas en mesure de fournir un rapport plus détaillé la concernant."

La recourante a estimé que cette attestation confortait le besoin d'ordonner une expertise judiciaire et que le fait qu'elle n'était toujours pas en état de travailler à ce jour démontrait bien que ses problèmes psychiques rendaient impossible une reprise du travail.

f) Le 28 octobre 2009, le juge instructeur a indiqué s'en tenir à son appréciation selon laquelle le dossier apparaissait suffisamment instruit sur le plan médical, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer étant toutefois réservé. Il a informé les parties que la

cause était gardée à juger et qu'un jugement serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

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'AI, à moins que la LAI (loi fédérale 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA; 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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) 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) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par Georgette Bally contre la décision rendue le 19 mai 2009 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de

trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi 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. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante qui lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). 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.

Selon 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

4. a) En l'espèce, l'OAI, afin de pouvoir statuer en pleine connaissance de cause sur les diverses atteintes à la santé présentées par la recourante, a mandaté la PMU de Lausanne pour une expertise multidisciplinaire indépendante. Le rapport d'expertise multidisciplinaire du 14 janvier 2008 (cf. supra, En fait, let. A.d) répond en tous points aux exigences posées par la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante d'un tel document (cf. supra, c. 3b). Ce rapport se fonde sur une anamnèse et des examens complets, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, il prend dûment en considération les plaintes de

l'expertisée, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts, qui ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, sont claires et bien motivées. Il en va de même des réponses données le 21 février 2008 par les experts de la PMU au médecin du SMR (cf. supra, En fait, let. A.e).

b) Par ailleurs, les documents médicaux émanant du Prof. Q._____, spécialiste FMH en neurologie, produits par la recourante (cf. supra, En fait, let. B.c et B.d) ne font pas état d'éléments objectifs qui permettraient de remettre en cause les constatations des experts de la PMU ou d'admettre l'existence de pathologies qui n'auraient pas été prises en compte par ces derniers. En effet, comme le souligne le Dr V._____ dans son avis médical SMR du 25 février 2009 (cf. supra, En fait, let. B.e), les atteintes organiques évoquées par le Prof. Q._____, qui existeraient selon ce dernier depuis 2007 (cf. supra, En fait, let. B.d), ne sont pas étayées : aucun signe objectif d'une vestibulopathie n'a jamais pu être constaté, la polyneuropathie sévère évoquée n'est nullement démontrée et seule une dysesthésie aux mains et aux pieds a fait l'objet de constatations objectives; le bilan électrophysiologique du 30 octobre 2008, effectué par le Dr M._____ à la demande du Prof. Q._____, ne montre aucune anomalie, hormis la possibilité d'une très discrète myopathie éthylique débutante. Quant à la dyssomnie et à l'état dépressif évoqués par le Prof. Q._____ - qui existeraient également depuis 2007 et font l'objet de simples affirmations non étayées de la part d'un neurologue n'ayant pas autorité pour poser des diagnostics psychiatriques -, la dyssomnie a été partiellement améliorée par le traitement, en dépit du manque de compliance de la recourante, et l'état anxio-dépressif ne saurait être retenu au vu des indications données par le Prof. Q._____ lui-même dans son rapport du 15 octobre 2008 au Dr K._____ (cf. lettre B.d supra).

c) Il sied au surplus d'observer que l'attestation de la Dresse W._____, contresignée par la Dresse B._____, produite par la recourante cinq mois après la décision attaquée et faisant état d'une

unique consultation psychiatrique le 4 septembre 2009, laquelle n'a permis qu'une impression diagnostique dans le sens d'un "*état de mal-être psychique général, probablement dans le cadre d'un épisode anxio-dépressif sévère, sans symptômes psychotiques*", ne permet nullement de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise multidisciplinaire du 14 janvier 2008. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 c. 1b; ATF 116 V 246 c. 1a et les réf. citées; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 c. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 c. 2.1).

d) S'agissant de l'alcoolisme constaté par le Prof. Q._____, qui justifie selon celui-ci une incapacité de travail totale, il a été dûment pris en compte dans l'expertise de la PMU, qui évoque une abus massif et quotidien d'alcool et pose sur le plan psychiatrique le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de dépendance à l'alcool (F10.25). La question de savoir s'il s'agit d'une maladie invalidante au sens de l'AI doit être examinée à la lumière des principes développés sur ce point par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. infra, c. 7).

e) Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise multidisciplinaire de la PMU du 14 janvier 2008, qui prend en compte l'ensemble des pathologies somatiques et psychiatriques avérées de la recourante existant au moment où la décision attaquée a été rendue, constitue une base fiable de décision. En l'absence de rapports médicaux faisant état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci, il n'y a pas lieu procéder à de nouvelles investigations et la requête de complément d'expertise ou de nouvelle expertise psychiatrique présentée par la recourante doit être rejetée (cf. supra, c. 3b).

5. a) Il ressort du complément du 21 février 2008 au rapport d'expertise multidisciplinaire de la PMU du 14 janvier 2008 (cf. supra, En

fait, let. A.e) que compte tenu des seules limitations fonctionnelles ostéo-articulaires objectives, à l'exclusion des troubles somatoformes douloureux, la capacité de travail médico-théorique de la recourante comme chauffeur de taxi est de 50% au maximum, les vibrations de 5Hz d'un véhicule automobile, le port répété de valises et la position assise prolongée étant contre-indiqués lors de lombalgies chroniques; en revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail est complète.

b) Cette précision par rapport à la capacité de travail de 70 % évoquée dans un premier temps dans l'expertise multidisciplinaire du 14 janvier 2008 tient au fait que les experts avaient fondé leur première appréciation sur le modèle bio-psycho-social, alors que l'appréciation du 21 février 2008 s'en tient à la conception biomédicale qui fait foi en droit des assurances sociales, comme l'a exposé le Dr D. _____ dans son avis médical SMR du 30 septembre 2008 (cf. supra, En fait, let. B.b). Il n'y donc pas de motif, contrairement à ce que soutient la recourante, de s'écarter de l'appréciation d'une capacité de travail entière, sur le plan somatique, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires.

En effet, si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 c. 5a p. 299; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 c. 4.1 et les réf. citées).

c) Dans ces conditions, il reste à examiner s'il y a lieu de reconnaître un caractère invalidant, au sens de l'assurance-invalidité, aux troubles somatoformes douloureux (cf. infra, c. 6) et/ou à la dépendance à l'alcool (cf. infra, c. 7) présentés par la recourante.

6. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 c. 4c in fine; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 c. 2b et les réf. citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 c. 4.2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 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, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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 c. 4.2.; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2).

b) En l'espèce, le trouble de la personnalité de type borderline (F60.3) diagnostiqué par la Dresse F._____ peut être considéré comme une comorbidité psychiatrique au syndrome somatoforme douloureux persistant présenté par la recourante. En effet, selon les constatations de la Dresse F._____ (cf. supra, En fait, let. A.d), les capacités d'adaptation, d'anticipation, la souplesse et la tolérance à la frustration sont fortement amoindries dans ce type de trouble et une affection associée telle qu'un trouble somatoforme peut dépasser ces capacités réduites. Toutefois, il ne s'agit pas en l'espèce d'une comorbidité psychiatrique suffisamment importante par sa gravité, son acuité et sa durée pour que l'on puisse considérer qu'elle prive la recourante des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. En effet, quand bien même cette pathologie a débuté dans l'enfance, elle n'a selon les constatations de la Dresse F._____ jamais empêché la recourante de travailler mais a contribué à son instabilité. Par ailleurs, l'état dépressif ou anxio-dépressif évoqué par le Prof. Q._____, lequel n'était nullement un tel diagnostic psychiatrique – existant selon lui depuis 2007 au moins – qu'il n'a pas autorité pour poser, ne résulte pas de l'examen psychiatrique effectué par la Dresse F._____ dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire confiée à la PMU et ne saurait donc être retenu, comme on l'a déjà vu (cf. supra, c. 4b).

Quant aux autres critères, il ne résulte pas du dossier que la recourante présente une perte d'intégration sociale dans toutes les

manifestations de la vie. Il ressort en effet du rapport d'expertise multidisciplinaire du 14 janvier 2008 que si la recourante sort peu, l'entente conjugale avec son quatrième mari est bonne, qu'elle voit quelques amis et qu'elle assure notamment la curatelle de son fils cadet. Les éléments avancés par la recourante pour infirmer cette intégration sociale - à savoir qu'elle est séparée de son mari et doit quitter l'appartement conjugal au 31 décembre 2010, et le fait que ses médecins traitants auraient relevé une nette péjoration, notamment suite à ses récents problèmes conjugaux (cf. lettre C.a supra) - sont postérieurs à la décision attaquée, de sorte qu'il ne peut en être tenu compte, conformément à la jurisprudence constante (cf. supra, c. 4c). Par ailleurs, s'agissant des affections corporelles chroniques, les experts de la PMU ont retenu au plan somatique des lombalgies chroniques non spécifiques, des gonalgies bilatérales dégénératives et une tendinopathie chronique des épaules, dont il a été constaté qu'elles n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Enfin, on ne saurait parler d'échec de traitements conformes aux règles de l'art, la recourante n'ayant notamment pas de suivi médical sur le plan psychiatrique.

c) Force est ainsi de constater que l'on ne se trouve pas ici en présence de circonstances exceptionnelles qui permettraient d'admettre le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail, au sens de la jurisprudence (cf. supra, c. 6a).

7. a) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'AI lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 c. 3c p. 268; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 c. 2.2; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2).

Toujours selon la jurisprudence, la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 c. 2.2; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2; TFA I 169/06 du 8 août 2006 c. 2.2 et les réf. citées).

En d'autres termes, l'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance; il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.4). Ainsi, lorsqu'il appert qu'une abstinence prolongée est de nature à permettre à l'assuré de recouvrer une capacité de travail complète, sans que le trouble de la personnalité n'influe négativement sur celle-ci, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 4.2).

Lorsqu'une alcoolodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection "*primaire*", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée (cf. TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008 c. 2).

b) En l'espèce, il convient tout d'abord de relever que l'abus d'alcool massif par la recourante n'entraîne pour l'instant pas de séquelles organiques irréversibles et invalidantes, les examens effectués ayant uniquement permis de constater une probable très discrète myopathie éthylique débutante (cf. supra, En fait, let. B.d). Il n'apparaît ainsi pas que la dépendance à l'alcool (F10.25) diagnostiquée par la Dresse F. _____ ait à ce jour entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain.

La recourante soutient toutefois que cette dépendance à l'alcool résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou - en l'occurrence - psychique qui a valeur de maladie, et se réfère à cet égard au passage du rapport d'expertise multidisciplinaire du 14 janvier 2008 selon lequel "*les addictions accompagnent fréquemment les troubles de la personnalité et cette problématique a donc, ici, un caractère secondaire*" (cf. supra, En fait, let. A.d). Cette seule affirmation prise isolément ne constitue cependant pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance à l'alcool. En effet, la jurisprudence a bien précisé que pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle y contribue pour le moins dans des proportions considérables (cf. supra, c. 7a). Or rien de tel n'a été constaté en l'espèce. Il résulte au contraire du rapport d'expertise multidisciplinaire du 14 janvier 2008 que ni le trouble de la personnalité borderline, ni la dépendance à l'alcool n'empêchent la recourante de mettre à profit une pleine capacité de gain dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles somatiques. Par ailleurs, il ressort du rapport du Prof. Q. _____ du 16 octobre 2008 (cf. supra, En fait, let. B.d) que la recourante n'a pas pris la prescription de Campral, qu'elle n'a pas voulu aller à la consultation d'alcoologie au CHUV et qu'elle refuse toute hospitalisation pour un sevrage à Cery ou à la Fondation des Oliviers. Dans ces conditions, on ne saurait tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la dépendance à l'alcool présentée par la recourante soit la conséquence d'une atteinte à la santé psychique qui justifierait de lui reconnaître un caractère invalidant.

8. En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. La comparaison des revenus avec et sans invalidité, évalués en conformité avec la jurisprudence sur la base des données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires, aboutissant à un degré d'invalidité de 10 % (cf. supra, En fait, let. B.a), la recourante n'a donc pas droit à une rente (cf. supra, c. 3a). Le recours se révèle ainsi mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

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. 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; art. 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; cf. art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Kathrin Gruber (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :