

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Jomini et Neu
Greffière : Mme Trachsel

Cause pendante entre :

M._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Lorraine Ruf,
avocate, audit lieu,

et

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON
DE VAUD** (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. M._____, d'origine portugaise, née le 18 août 1967, est mariée et mère de deux enfants, respectivement nés en 1995 et 2003. Sans formation, elle a, depuis le 1^{er} mai 2001, travaillé à un taux de 100 % comme vendeuse [...] chez [...]. Depuis le 1^{er} mars 2005, elle a réduit son taux d'activité à 50 % et a fonctionné sur demande de son médecin comme caissière. Le 17 janvier 2005, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sollicitant l'octroi d'une rente et indiquant souffrir d'un état dépressif permanent existant depuis le mois de novembre 2003.

Dans un rapport médical établi le 21 février 2005, le Dr H._____, médecine interne FMH au Centre [...] SA et médecin traitant, a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, d'un trouble de l'humeur persistant : dysthymie ?, et d'un trouble somatoforme. Il a ainsi instauré un traitement anxiolytique et antidépresseur qui, mal supporté, a dû être rapidement interrompu. Depuis le mois de décembre 2002, se sont installées des incapacités de travail, dont le taux a oscillé entre 100 et 40 %, ce jusqu'au mois de février 2005. Ce médecin décrit une patiente au faciès et à l'humeur triste, au langage monotone, sans ralentissements psychomoteur ou psychique évidents, à l'attitude résignée et démoralisée. Le médecin relève que le pronostic est du ressort des psychiatres, sa patiente ne présentant pas d'atteintes physiques particulières.

Dans un rapport médical du 21 mars 2005, les Drs K._____, chef de clinique adjoint, et B._____, médecin assistant à l'Hôpital L._____, ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique et de trouble panique existant depuis fin 2003. Selon ces spécialistes, le tableau psychiatrique actuel est incompatible avec une activité professionnelle à 100 %. Cependant, et malgré les difficultés rencontrées avec un taux d'activité de 50 %, il semble envisageable que l'assurée puisse poursuivre son activité professionnelle à ce taux

d'activité. Sur le plan thérapeutique, ils estiment qu'il est difficile d'envisager ou même d'espérer une amélioration de la symptomatologie actuelle. Ces médecins rapportent encore que, durant l'entretien, l'assurée ne présente pas de ralentissement psychomoteur, ni de troubles de la lignée psychotique, et que son discours est clair et cohérent.

Un avis médical du SMR (Service médical régional AI) du 27 juillet 2005, établi par le Dr W._____, a mis en évidence la nécessité de la mise en œuvre d'un examen rhumato-psychiatrique.

Un courrier du Département universitaire N._____, signé par les Drs B._____ et R._____, chef de clinique adjoint, a été adressé le 22 août 2005 au Dr H._____, dans le but, d'une part, de préciser à ce dernier, que l'assurée ne serait plus suivie par le service ambulatoire dudit département mais uniquement à la consultation du médecin traitant, d'autre part, pour rappeler les diagnostics, savoir l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission partielle et le trouble panique. Ils précisent que l'évolution de l'état de santé de l'intéressée a été lentement favorable avec l'augmentation de la médication et grâce au maintien d'une capacité de travail à 50 %.

Un examen bidisciplinaire a été mis en place par le SMR le 6 septembre 2006 et a fait l'objet d'un rapport du 7 septembre suivant, établi par les Drs X._____, psychiatre FMH et Q._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation. Ces experts n'ont observé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mis en évidence des troubles statiques et dégénératifs à minima en adéquation avec l'âge de l'assurée, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) et un trouble panique (F41.0). Ils estiment que l'assurée ne présente aucune atteinte d'ordre somatique, que les plaintes algiques formulées sont en relation directe avec sa souffrance d'ordre psychique (attaque de panique, crises d'angoisse). Sur le plan psychiatrique, ils expliquent se trouver face à une personne portugaise dont le développement psycho-

affectif a été marqué par un père tyrannique, irrespectueux, maltraitant et absent. Elle a dû assumer des responsabilités d'adulte dès l'âge de douze ans puisqu'elle s'est occupée de sa mère mourante. Les experts considèrent qu'elle ne présente pas de personnalité pathologique au sens de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), dans la mesure où elle a pu bénéficier d'une stabilité sur le plan professionnel et affectif et, dans la mesure où elle a pu assumer une vie de couple et de famille. En revanche, elle présente une fragilité psychique. Aucun antécédent psychiatrique n'est relevé avant le mois d'octobre 2003. Ils mentionnent qu'à cette époque, l'assurée a présenté une attaque de panique inaugurale accompagnée de l'apparition d'éléments dépressifs (tristesse, anhédonie, irritabilité, troubles du sommeil, troubles de la concentration et retrait social). Le médecin traitant avait alors mis en place un traitement antidépresseur et devant l'absence d'amélioration, avait adressé sa patiente à l'Hôpital L._____ (secteur ambulatoire) à partir du 16 février 2004. Les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble panique ont été posés. Depuis la prise en charge ambulatoire, l'assurée décrit une amélioration au mois de février 2004 avec stabilisation de son état jusqu'au jour de l'examen. Ainsi, les spécialistes ont admis qu'actuellement, elle présentait une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif léger (diminution de l'intérêt pour le monde environnant, réduction de l'énergie et fatigabilité, diminution de l'estime de soi, des troubles du sommeil et de l'appétit). Ils ne retiennent pas l'humeur dépressive au vu de son inconstance. De même, ils considèrent que les troubles de la concentration et de la mémoire, n'ayant pas été objectivés au moment de l'examen, ne doivent pas être pris en compte. Finalement, les spécialistes ont estimé que tous les éléments précités étaient soit absents, soit trop peu marqués pour justifier une diminution de la capacité de travail. Ils ont expliqué que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique posé par le psychiatre B._____, ne permettait pas de conclure à un épisode dépressif allant au-delà du degré léger selon les critères de la CIM-10 : tristesse, troubles cognitifs, troubles du sommeil et fatigue. En effet, ces

éléments n'étant pas quantifiés, ils se sont donc écartés de son appréciation de l'estimation de la capacité de travail (50 %). Ils soulignent encore que dans le rapport médical du psychiatre B._____, la tenue de l'assurée est qualifiée de soignée ; de plus, il y est mentionné qu'il n'y a pas de ralentissement psychomoteur et que son discours est clair et cohérent. Finalement, ils concluent l'examen en retenant que sur le plan psychiatrique, l'examen au SMR n'a pas montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail durable. Une incapacité brève a possiblement eu lieu entre le mois d'octobre 2003 et le mois de février 2004.

Les conclusions de cet examen seront confirmées par le rapport d'examen du SMR, établi le 26 septembre 2006 par le Dr W._____.

Par projet de décision du 2 avril 2007, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, se fondant sur l'examen bidisciplinaire du SMR et estimant que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail.

Dans un courrier du 29 mai 2007, l'assurée s'est, par l'intermédiaire de Winterthur-Arag, protection juridique, opposée à ce projet, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et faisant valoir que les constatations du SMR, retenues par l'OAI, ne correspondaient pas à la réalité des faits et qu'il fallait, bien plutôt, se rapporter aux conclusions de l'Hôpital L._____, lesquelles relèvent une incapacité de travail de l'ordre de 50 %.

Dans un avis médical du 28 juin 2007, les Drs W._____ et F._____ du SMR ont relevé que, dans son opposition, l'assurée n'avait mis en évidence aucun fait nouveau et que, partant, les conclusions du projet de décision de l'OAI pouvaient être confirmées.

Par décision du 22 janvier 2008, l'OAI, reprenant les termes de son projet de décision du 2 avril 2007, a rejeté la demande de rente.

Dans un courrier du 5 février 2008 au Tribunal des assurances, le Dr H._____ a rendu compte d'un trouble anxieux généralisé, expliquant en outre, que tous les critères le définissant étaient remplis (anxiété incontrôlable et chronique, symptômes physiques : fatigue, tension musculaire, difficulté de concentration, troubles du sommeil, irritabilité). Le médecin traitant soutient qu'une reprise du travail au-delà de 50 % est illusoire, l'assurée étant déjà à la limite de ses capacités.

B. M._____ a recouru contre cette dernière décision par acte de son conseil, le 22 février 2008, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente, dont la quotité sera fixée à dire de justice, lui est octroyée, subsidiairement, à l'annulation de ladite décision et au renvoi du dossier à l'OAI en vue d'une instruction complémentaire. Elle indique souffrir d'un syndrome somatoforme accompagné d'un état psychique cristallisé, sans évolution favorable à prévoir à court ou même à moyen terme (diagnostic constaté par le Département universitaire N._____) et d'une anxiété généralisée. Elle fait valoir par ailleurs que la décision litigieuse est incomplète dans la mesure où l'office intimé n'explique pas de quelle manière il a procédé à l'évaluation de son invalidité. Elle requiert préalablement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire visant à déterminer sa capacité de travail résiduelle.

Par avis médical du 31 mars 2008, les Drs T._____ et C._____ du SMR se sont déterminés sur le courrier du 5 février 2008 du Dr H._____ et ont exposé notamment pour quelles raisons, les conclusions du Dr X._____ doivent être préférées à celles des médecins de l'Hôpital L._____. En effet, le premier a énuméré soigneusement les critères de la nomenclature internationale qui lui ont permis de conclure au diagnostic d'épisode dépressif léger et a expliqué clairement pour quelles raisons ils ne retenaient pas d'anxiété généralisée. Les médecins

du SMR ont donc suggéré à l'OAI de se fonder sur ces dernières conclusions.

Dans son courrier du 8 avril 2008, l'OAI, se référant à ce dernier avis médical, a maintenu ses conclusions. La recourante a confirmé sa demande par courrier du 25 août suivant, en réitérant sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable à la présente cause (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté le 22 février 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée du 22 janvier précédent, le recours est déposé en temps utile (art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

c) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 466 consid. 1; 126 V 134 consid. 4b et les références). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (cf. Kieser, ATSG - Kommentar, Zurich, 2^{ème} éd. 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre, le Tribunal fédéral des assurances 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 consid. 1b).

2. Est litigieuse la question du taux d'incapacité de travail, partant, du degré d'invalidité retenu par l'OAI. Il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'office intimé a refusé l'octroi de toutes prestations.

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. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, 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.

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 (art. 16 LPGA).

b) Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis

décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a p. 352, TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

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 ; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007, consid. 5.2).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n°

15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

3. Dans un premier moyen, la recourante conteste la décision de l'OAI, invoquant souffrir d'un syndrome somatoforme, accompagné d'un état psychique cristallisé et d'une anxiété généralisée. Elle se réfère aux conclusions de son médecin traitant ainsi qu'à celles des médecins de l'Hôpital L._____ et du Département universitaire N._____, rejetant ainsi celles du SMR.

a) Les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

On reconnaît qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. De même, il y a des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 49 précités). 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 (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 précité, consid. 3.3.1 et la référence). 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; critères dits de Mosimann). 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).

b) En l'espèce, il résulte des différents rapports médicaux versés au dossier que la recourante ne présente aucune atteinte d'ordre somatique, les plaintes algiques étant en relation directe avec la souffrance d'ordre psychique. Ainsi, seules les affections d'origine psychique sont litigieuses. Aucun des médecins consultés par l'assurée ne relève d'antécédents psychiatriques avant le mois d'octobre 2003. A cette époque, il est admis que la recourante a présenté une attaque de panique inaugurale accompagnée de l'apparition d'éléments dépressifs (tristesse, anhédonie, irritabilité, troubles du sommeil, troubles de la concentration et retrait social).

Le Dr H._____, médecin traitant de la recourante, met en évidence une anxiété généralisée, un trouble de l'humeur persistant : dysthymie, et un trouble somatoforme. Il constate que sa patiente est d'humeur triste, a un langage monotone, sans ralentissements

psychomoteur ou psychique évidents et une attitude résignée et démoralisée. Il met en place un traitement anxiolytique et antidépresseur et devant l'absence d'évolution, il l'adresse au Département universitaire N. _____ pour une évaluation qui sera suivie d'un traitement ambulatoire au sein de l'Hôpital L. _____, à partir du 16 février 2004. Les médecins de l'Hôpital L. _____ ont alors posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble panique et ont reconnu un taux d'activité de l'ordre de 50 %. Les médecins du Département universitaire N. _____ ont ajouté que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et le trouble panique était en rémission partielle. Ils soutiennent également que l'évolution a été lentement favorable, grâce au maintien d'une activité professionnelle à 50 %.

Les spécialistes du SMR, qui n'attestent aucune incapacité de travail, sont d'avis que la recourante présente une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) et un trouble panique (F41.0). Ils constatent que les éléments potentiellement incapacitants pour l'exercice de l'activité professionnelle dont souffre cette dernière, soit une diminution de l'intérêt pour le monde environnant, une réduction de l'énergie et fatigabilité, une diminution de l'estime de soi, des troubles du sommeil et de l'appétit, sont soit absents, soit trop peu marqués pour justifier une diminution de la capacité de travail. Par ailleurs, l'humeur dépressive dont elle est affectée, n'est pas retenue en raison de son inconstance. Les troubles de la concentration et de la mémoire ne sont pas non plus pris en compte car ils n'ont pas été objectivés au moment de l'examen. La fatigue et la diminution de l'énergie sont existantes mais ne sauraient toutefois être incapacitantes, ce dans la mesure où elles n'ont pas été constatées durant l'entretien (le discours a été fluide, précis et informatif).

Comme le relèvent les spécialistes du SMR, ni le médecin traitant de la recourante, ni le psychiatre B. _____, n'ont donné de précision quant au degré de gravité de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ce dernier n'a en outre pas quantifié les critères de

la CIM-10 si bien qu'il ne lui était pas possible de conclure valablement à un épisode dépressif allant au-delà du degré léger. Le Dr B._____ ne rapporte en outre pas de ralentissement psychomoteur et constate que le discours de l'assurée est clair et cohérent. En ce qui concerne l'anxiété généralisée mise en évidence par le médecin traitant, celle-ci ne peut être retenue, dans la mesure où elle n'est pas accompagnée par une symptomatologie typique la plupart du temps (difficultés de concentration, tremblements, agitation fébrile et troubles neurovégétatifs).

c) Les spécialistes du SMR expliquent donc clairement pour quelles raisons ils s'écartent des conclusions des médecins consultés par l'assurée. Les Drs T._____ et C._____, dans un avis médical du 31 mars 2008, précisent encore que si l'épisode dépressif moyen diagnostiqué en 2004 lorsque la recourante a consulté le Département universitaire N._____, doit bel et bien être confirmé pour cette période-là, il ne peut en être de même pour la suite, l'état de santé de l'assurée s'étant amélioré, à tel point qu'il doit dès lors être qualifié de léger.

En définitive, il sied de relever que les diagnostics et les constatations des médecins consultés par la recourante ne contredisent pas sérieusement les conclusions des praticiens du SMR, qui sont en outre plus proches dans le temps de la décision entreprise que les autres examens dont se prévaut l'assurée. Ainsi, si la recourante présente bien une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif léger, il n'en demeure pas moins que les éléments le caractérisant sont soit absents soit peu marqués. Dès lors, les conclusions du SMR, solidement étayées, exemptes de contradictions et suffisantes pour permettre à l'autorité de céans de statuer, sans instruction complémentaire (art. 61 let. c LPGA), peuvent être suivies, en ce sens que les atteintes dont souffre l'assurée, ne sont pas invalidantes au sens de l'art. 4 LAI et qu'une pleine capacité de travail dans n'importe quelle activité doit lui être reconnue. Le trouble somatoforme dont se prévaut la recourante doit être écarté, dans la mesure où aucun des critères requis par la jurisprudence sur cette question n'est rempli. En effet, il n'existe pas de perte d'intégration

sociale, le traitement subi est adéquat et les douleurs dorsales ne constituent pas en permanence la préoccupation essentielle de la recourante. D'autre part, le trouble somatoforme n'a été diagnostiqué que par le médecin traitant et pas par un psychiatre.

4. La recourante invoque, dans un second moyen, que la décision de l'OAI est litigieuse également dans la mesure où cet office n'explique pas de quelle manière il a procédé à l'évaluation de l'invalidité. Toutefois, étant désormais établi que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans toute activité, cette question peut dès lors être écartée.

5. Au vu de ces éléments, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise du 22 janvier 2008 confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI et art. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est en outre pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision prise par l'OAI le 22 janvier 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Lorraine Ruf (pour M._____)
- Office cantonal 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 :