

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

M._____, à Concise, recourante, représentée par Intégration Handicap,
service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 19 février 2003, M. _____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1962, divorcée et mère d'un enfant adulte, employée de commerce de formation, sans CFC, a déposé une demande de prestations AI, invoquant une hernie discale et une arthrose L5/L4 et S1.

a) Dans un rapport médical du 11 avril 2003, le Dr Q. _____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

"Lombalgies sur troubles dégénératifs et probablement irritatifs de L5 gauche depuis novembre 2002.

Status après cure d'hernie discale médiane para-médiane droite L5-S1 luxée par hémilaminectomie L5-S1 droite, le 25.6.2001.

Douleurs depuis 1996."

Il a indiqué que l'assurée avait présenté les incapacités de travail suivantes: 100% dès le 8 mars 2001, 50% dès le 2 mai 2001, 100% dès le 3 juin 2001, 50% dès le 29 octobre 2001, 0% dès le 1^{er} janvier 2002, 100% dès le 11 novembre 2002, 50% dès le 18 novembre 2002 et 100% dès le 27 novembre 2002. Il a également déclaré que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que sa capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. On extrait en outre ce qui suit du rapport:

"D. Données médicales:

1. A mon cabinet du 3.11.1993 à ce jour.

2. Dernier examen le 11.4.2003.

[...]

4. Plaintes:

Depuis fin février 2001, Mme souffre de douleurs lombo-fessières. Elle a présenté une exacerbation aiguë avec irradiation dans le MID nécessitant une hospitalisation à [...] du 14.3. au 5.4.2001. Son travail de secrétariat essentiellement assis induit des réactivations après 4 heures de travail. La cure d'hernie discale du 21.6.2001 a bien amélioré la situation qui est revenue à la quasi normalité au début 2002.

Novembre 2002, apparition subite de douleurs intenses basiloombaires, irradiant en ceinture, s'accompagnant de blocage transitoire en antéflexion et torsion du tronc. Depuis elle présente des douleurs fessières bilatérales à bascule prédominant à gauche. Elle ne peut rester longtemps en position statique et notamment assise. Paresthésies du pied droit qui sont connues de longue date.

5. Constatations:

Hyperlordose lombo-sacrée basse avec légère scoliose en S sus-jacente. Contracture modérée para-lombaire gauche. Latéroflexion sensible à gauche. DDS 14 cm, Schober lombaire 10-13,5. Valleix légèrement sensibles ddc. Légères hypo-dyesthésies L5 gauche. Hyporéflexie achilléenne droite.

6. Autres examens médicaux

IRM lombaire du 17.12.2002: pas de récurrence d'hernie. Légère protrusion paramédiane gauche L4-5 avec remodelé ostéophyttaire du plateau vertébral de L5 pouvant engendrer une irritation au passage de la racine de L5 gauche.

7. Thérapie:

Physiothérapie, AINS, myorelaxants.

8. Pronostic: réservé. Il semble difficile d'envisager une reprise de travail au-delà de la demi-journée à long terme. Le neurochirurgien exclut une indication opératoire."

De l'annexe à ce rapport, on extrait notamment ce qui suit:

"Indications concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle ou de la demande de rente

1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici.

11. Quelle est la répercussion de l'atteinte de la santé sur l'activité professionnelle/sur l'activité exercée jusqu'ici? Grave, la patiente ne peut rester assise plus de 15-20', sans devoir se lever.

12. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? oui de façon aménagée.

13. Y a-t-il une diminution du rendement ? oui

si oui dans quelle mesure ? Elle doit prendre plus de temps (jusqu'à 20-25%) pour faire le travail habituel (déjà réduit à 50%).

2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle.

21. Peut-on améliorer la capacité de travail respectivement au poste occupé jusqu'à présent et dans le domaine d'activité exercée jusqu'ici? non

22. Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité ? oui

221. Si oui,

quel genre d'activité est envisageable? plus aménageable.

à quoi faudrait-il être particulièrement attentif? siège adapté, activité diversifiée.

dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée (heures par jour) ? 4 h. /j.

222. Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution de rendement? oui

Si oui, dans quelle mesure? 20-25%."

b) Dans un rapport médical du 25 avril 2003, le Dr Y._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, auquel l'assurée a été adressée par son médecin traitant, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

"Status après cure de hernie discale médiane para-médiane droite L5-S1 luxée (25.06.01).

Dégénérescence importante de l'espace L5-S1 avec modifications ostéophytaires à prédominance L5-S1 gauche.

Syndrome lombo-vertébral résiduel."

S'agissant de l'incapacité de travail, il a retenu un degré de 50% de façon durable, précisant qu'elle avait été fixée par le médecin traitant. A son sens, l'état de santé de l'assurée était stationnaire et aucune mesure médicale n'était à même d'améliorer la capacité de travail. Il ressort en outre ce qui suit de ce rapport:

"Rappel anamnestique

Lombalgies basses connues depuis 1996 et s'aggravant dès le début de 2001 avec apparition de lombo-sciatalgies bilatérales se péjorant du côté droit avec signes radiculaires irritatifs et déficitaires à prédominance S1. Traitement conservateur hospitalier initial ([...]) puis transfert à l'Hôpital [...] pour intervention neurochirurgicale décompressive d'une hernie discale L5-S1 droite luxée le 25.06.01. Suites progressivement favorables avec physiothérapie ambulatoire secondaire, ceci notamment sur le plan radiculaire, mais syndrome lombaire partie séquellaire avec douleurs fluctuantes et souvent positionnelles. M._____ avait alors bénéficié de ma part d'une incapacité totale de travail du 25.06.01 au 28.10.01 puis de 50% du 29.10.01 au 2.01.02 avec reprise de l'activité à plein temps dès le 3.01.02. Réaggravation de l'état au début novembre 03 [recte: 02] avec blocage basi-lombaire pyalgies bilatérales et surtout apparition de sciatalgies gauches, traitées conservativement et nécessitant un arrêt professionnel puis une activité uniquement à 50% fixée par le Dr Q._____. Pas de nouvelle indication neurochirurgicale au vu de mon contrôlé ambulatoire du 4.02.03, mais restrictions durables nécessaires (mesures habituelles d'épargne lombo-vertébrale et d'hygiène posturale) avec limitations durables de l'ordre de 50% en tant que secrétaire (activité essentiellement assise!)."

Dans une annexe à ce rapport, le Dr Y._____ a notamment indiqué que l'exercice de l'activité habituelle était exigible, sous réserve des restrictions mentionnées, que le rendement était de l'ordre de 50% de façon durable et que la capacité de travail ne pouvait être améliorée dans l'activité habituelle. Il a estimé que l'exercice d'une activité adaptée, qui devait permettre à l'assurée de pouvoir régulièrement bouger et s'abstenir de tout effort, était exigible.

c) Dans un questionnaire du 2 juillet 2003, l'assurée a répondu qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100%.

Du 27 octobre 2003 au 19 mars 2004, l'assurée a travaillé à 50% dans le secteur commercial d'une entreprise privée. Elle a exercé une nouvelle activité à hauteur de 50% depuis le 21 mars 2005 pour un revenu annuel de 13 x 2'450 fr. (cave à vins).

d) Le 25 juillet 2005, un examen rhumatologique a été réalisé par le Dr Z._____, médecin au SMR, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Du rapport d'examen du 26 juillet 2005 - lequel comprend notamment une anamnèse, un status, des diagnostics et une appréciation du cas -, on extrait ce qui suit:

"DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- LOMBALGIES CHRONIQUES PERSISTANTES (M 51.3):
 - o STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE L5-S1 EN JUIN 2001
 - o DISCOPATHIE L4-L5

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- EXCÈS PONDÉRAL.

APPRECIATION DU CAS

M._____ dont l'anamnèse médico-chirurgicale est surtout chargée au plan gynéco-obstétrique s'était mise à présenter dès 1994-1995, des lombalgies devenues toujours plus importantes depuis le début de l'année 2001, accompagnées dès lors de sciatalgies D réfractaires au traitement conservateur de telle sorte qu'elle bénéficiera, le 22.06.2001, d'une cure de hernie discale L5-S1 D. Les suites opératoires sont favorables, avec disparition des sciatalgies et

diminution des lombalgies. Depuis lors, il persiste des douleurs lombaires d'intensité variable.

D'après le dossier, on apprend que dans le courant de l'année 2002, elle a présenté des sciatalgies G importantes, dont elle ne fait aucunement mention lors du présent examen.

Actuellement, elle annonce des douleurs lombaires accompagnées parfois d'une vague irradiation vers la fesse ddc, accompagnées de fréquentes crampes dans les MI et, parfois, de sensations désagréables au niveau des orteils 3-4-5 à D lors de la marche en terrain irrégulier. Elle travaille depuis le printemps 2005 à 50% comme représentante d'une cave; elle réalise aisément cette activité, pour autant qu'elle puisse se reposer longuement tous les après-midi.

Cliniquement, on est en présence d'une assurée au comportement tout à fait adéquat, présentant ses plaintes de manière sobre. L'examen général est sp, hormis un excès pondéral.

L'examen neurologique est normal, sans déficit sensitivo-moteur aux MI, marqué uniquement par des douleurs lombaires survenant à l'épreuve de Lasègue dès 90° à D uniquement.

L'examen ostéoarticulaire périphérique est normal.

Au plan rachidien, l'examen met en évidence de discrets troubles de la statique vertébrale. La mobilité du rachis est normale. A la palpation, l'assurée annonce que de vagues douleurs au niveau de la charnière lombosacrée, sur la ligne médiane et dans la région du quadrant supéro-interne de la fesse D.

Les RX à disposition, datant de 2002, mettent en évidence une discopathie L4-L5 nette et une discopathie L5-S1 sévère; on distingue également sur quelques coupes une réaction inflammatoire au niveau du plateau inférieur de L5 et du plateau supérieur de S1; le commentaire radiologique fait état d'une discrète protrusion discale médiane-para-médiane G que nous retrouvons. En revanche, à notre avis, il existe également une image de tonalité dans la région du trou de conjugaison L5-S1 D, que l'on retrouve tant sur les coupes transverses que sur les coupes sagittales. A relever encore une nette hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc.

Cette assurée présente donc des lombalgies persistantes après cure de hernie discale L5-S1. Le status clinique le 25.07.2005, soit un jour où l'assurée se disait particulièrement inconfortable, est dans les limites de la norme, sans altération significative du mouvement au niveau rachidien, sans tendomyose para-rachidienne significative et sans anomalie neurologique.

Les RX confirment des lésions dégénératives à deux étages, soit en L4-L5 et, surtout, en L5-S1.

Objectivement, l'atteinte biomécanique résiduelle au niveau lombaire est évidente et représente une importante fragilisation du carrefour lombosacré. Ceci impose à l'évidence des limitations fonctionnelles rigoureuses et une diminution de l'endurance, en raison de la mauvaise qualité de la musculature érectrice du tronc, dont l'efficacité limitée est aggravée par la compétence altérée de la sangle musculaire lombo-abdominale en relation avec l'obésité essentiellement abdominale.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: nécessité de pouvoir alterner, au moins deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, aucun travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? 08.03.2001, selon le rapport médical du Dr Q. _____ du 11.04.2003.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Comme cela ressort du rapport du Dr Q. _____ du 11.04.2003, la capacité de travail a été variable dans les mois qui ont suivi. On peut toutefois admettre que, dès la fin de l'année 2001, soit six mois après l'intervention neurochirurgicale, dans une activité absolument adaptée, la capacité de travail de l'assurée aurait pu être telle que nous l'estimons au terme de la présente évaluation, c'est-à-dire de 80% dans une activité adaptée.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est tributaire des atteintes incontestées à la santé décrites ci-dessus. L'atteinte du carrefour lombosacré entraîne une incompétence fonctionnelle significative de cette région qui impose des limitations fonctionnelles strictes. Le Dr Q. _____, dans son rapport du 11.04.2003, estime que l'assurée doit avoir une activité permettant l'alternance régulière de la position assise à la position debout, et que cette activité est possible à 50%, 4 heures par jour, avec un rendement diminué de 20-25%. Quant au Dr Y. _____, neurochirurgien, il concluait à une incapacité résiduelle de 50%, et il affirme, dans son rapport au Dr Q. _____ du 10.02.2003: "il est probable que cette patiente ne pourra par ailleurs pas reprendre d'activité professionnelle supérieure à 50% (au vu des positions statiques essentiellement dans ses activités)". A notre avis, le taux d'incapacité de travail retenu par ces deux médecins est excessif; comme déjà mentionné, l'atteinte biomécanique séquellaire au niveau lombaire est significative; il faut toutefois relever que le status médical est normal, précisément un jour où l'assurée nous dit qu'elle se sent particulièrement peu bien; par ailleurs sa consommation médicamenteuse en terme d'antalgiques et d'anti-inflammatoires est modeste. Il est donc médicalement approprié d'admettre une exigibilité de 80% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles tout à fait rigoureuses. L'exigibilité est limitée à 20% en raison d'un état douloureux persistant lié aux anomalies morphologiques résiduelles dans la région du carrefour lombosacré.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle de secrétaire, par exemple: 80%

Dans une activité adaptée: 80%

Depuis: Fin de l'année 2001-
début de l'année 2002."

B. Par décision du 14 décembre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a retenu, se basant sur le rapport d'examen du SMR, une incapacité de travail de 80%. Il a dès

lors imputé à l'assurée un statut d'active à 80% ou 100%, soit un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir un droit à la rente.

Par courrier du 31 janvier 2006, l'assurée, représentée par Intégration Handicap, s'est opposée à ce prononcé, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente depuis le 1^{er} novembre 2003.

Il ressort d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 23 novembre 2007, que l'assurée doit se voir reconnaître un statut d'active à 100%. Par ailleurs, elle avait cessé de travailler pour son précédent employeur (cave à vin) fin août 2007 et travaillait à 50% depuis septembre 2007 pour R._____.

Par décision sur opposition du 20 mars 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 14 décembre 2005. Elle a retenu une capacité de travail de 80% et a considéré que, compte tenu du fait que l'activité habituelle était adaptée, il n'y avait pas lieu d'opérer de comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, de sorte que le degré d'invalidité devait être arrêté à 20%.

C. Par acte du 28 avril 2008, M._____ a recouru contre cette décision sur opposition. Elle conteste l'appréciation du Dr Z._____, notamment en qualifiant d'irréaliste et d'inadmissible l'avis de ce médecin selon lequel la prise d'antalgiques plus élevée permettrait d'améliorer sa capacité de travail. Elle soutient que l'appréciation des médecins traitants est plus réaliste, retenant une capacité de travail de 50%. Elle conclut à ce que la décision entreprise soit réformée en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente depuis le 1^{er} novembre 2003.

La recourante précise avoir cessé de travailler pour R._____, car, bien que son taux était de 50%, il n'avait pu l'être de manière continue en raison d'horaires irréguliers, de sorte qu'elle avait dû consentir à des efforts au-delà de ses forces, situation qui engendra une incapacité de travail de longue durée depuis novembre 2007.

Par réponse du 1^{er} décembre 2008, l'OAI a déclaré n'avoir rien à ajouter à la décision entreprise et a préavisé pour le rejet du recours.

Par courrier du 10 février 2009, le Dr Y. _____ a notamment fait part au Tribunal de céans des considérations suivantes:

"1. La profession exercée d'esthéticienne est, sur le plan médicothéorique, compatible avec l'état de santé de M. _____, ceci pour autant qu'elle ait toujours la possibilité de maintenir les mesures habituelles d'épargne lombovertébrale et d'hygiène posturale. La patiente devrait ainsi pouvoir se lever et bouger régulièrement tout en s'abstenant du port de charges itératives ou d'efforts éventuels en porte à faux (le métier concerné peut probablement éviter de telles contraintes). En cas d'évolution favorable, et donc plus probablement de stabilisation de la situation (je n'ai pas revu personnellement la patiente depuis février 2003), une capacité de 60% pourrait être à mon avis retenue.

2. L'examen rhumatologique mentionné par le Dr Z. _____ en date du 25.7.05 a certainement bien été conduit et effectué.

2.1 En tant que neurochirurgien, et en tenant compte de mon expérience de 34 ans avec des patients atteints d'affections de la colonne vertébrale, opérés ou non, je pense que l'incapacité de travail retenue par le Dr Z. _____ est sous-estimée et qu'il existe tout au mieux une capacité résiduelle de 40%.

2.2 Je pense personnellement, tout en prenant compte du status objectif clinique de juillet 2005, que mon confrère n'a pas tenu suffisamment compte des plaintes subjectives de la patiente et des limitations vertébrales par rapport à une situation dégénérative de la colonne, tant dans son évolution post opératoire que de l'atteinte de l'étage sus-jacent L4-L5 pouvant secondairement se décompenser (situation déjà en partie présente tant sur le plan clinique que radiologique, comme mentionné dans mon rapport de février 2003).

3. Je tiens encore une fois à préciser que je n'ai pas revu M. _____ depuis 6 ans et ne suis donc pas au courant de l'anamnèse intérimaire ni de son état objectif actuel; dans cette optique, il serait peut-être bon de contacter également son médecin de famille, le Dr Q. _____."

Par courrier du 12 février 2009, le Dr Q. _____ a répondu comme suit aux questions du Tribunal de céans:

"1. Dans le rapport médical adressé à l'OAI en date du 11.4.2003, l'incapacité de travail indiquée dès la date du 27.11.2002 est de 100%. Comme mentionné dans son annexe, une place de travail dans un cadre approprié pourrait être occupée à raison de 4h/jour avec un rendement diminué de 20-25%. Dans mon certificat du 16.2.2004, j'admets une capacité de travail à 50% pratiquement

effectuée dès le 27.10.2003, en notant que cette capacité ne pourrait probablement pas être augmentée, et cela de façon définitive. La profession d'esthéticienne, qui a commencé depuis début 2008, a été heureusement lente à se mettre en place. Dès lors, l'adaptation a pu se faire au mieux. Le fait d'être indépendante lui permet d'organiser son temps de travail de façon suffisamment aérée pour récupérer entre les rendez-vous. Avec un temps de travail à 6 heures de présence et un rendement d'environ 75-80%, cette profession pourrait se poursuivre à plus long terme.

2. L'examen effectué le 25.7.2005 par le rhumatologue paraît bien mené.

- Toutefois, il note la médication de la patiente sans l'analyser in extenso: le traitement par Madopar et Sinemet, correspondant à un syndrome de jambes sans repos, n'a semble-t-il pas été questionné, celui-ci perturbant le repos du soir et de la nuit. Le traitement par Cipralex, correspondant à un traitement antidépresseur, n'a également pas été questionné. A tout le moins, ces deux diagnostics ne paraissent pas dans la liste des diagnostics. Dès lors, il y a lieu de relever que la patiente s'est présentée aussi bien que possible sous l'effet des médicaments.

- Par ailleurs, l'efficacité de l'opération de 2001 a été reconnue, mais la protrusion d'hernie discale L5-S1 paramédiane du côté gauche et entrant en conflit avec la racine de S1 me paraît minimisée.

2.1. Connaissant M. _____ depuis 1993, je peux attester des diverses activités professionnelles qu'elle a eues. A l'évidence, toutes n'ont pas convenu. En particulier, n'ont pas convenu les activités où la station prolongée debout ou assise est obligatoire et prolongée, celles où le port de charge est moyen à lourd, celles où l'horaire de travail ne permet pas de faire des pauses pour permettre un repos. Quant à la capacité de travail à 80% elle me paraît trop importante.

2.2. L'anamnèse me paraît sous-estimée dans l'évaluation des rendements professionnels effectués, si tant qu'elle ait été faite.

3. L'incapacité de travail de fin 2007 en raison des douleurs lombaires qui ont été la suite du port de charge de son outil de travail, dont le poids et le maniement difficile (pose et dépose dans le coffre de son véhicule) étaient inappropriés, ainsi que du temps de déplacement qui doublait le temps de travail. Les lombalgies étaient accompagnées d'irradiations douloureuses dans la cuisse postérieure gauche et perturbaient le sommeil. J'ai signé le 12.12.2007 un arrêt de travail dès le 13.12.2007.

4. Comme suggéré plus haut, la capacité totale de travail me paraît limitée à 50%. Peut-être qu'actuellement on pourrait admettre une capacité légèrement augmentée (75-80% de rendement pour une durée de 6h) à condition que le temps de travail puisse continuer de s'organiser au mieux."

Dans des déterminations du 13 mars 2009, la recourante souligne que, selon le Dr Q. _____, le Dr Z. _____ n'a pas suffisamment tenu compte de son syndrome de jambe sans repos, de ses différents traitements, notamment antidépresseur, et de la protrusion d'hernie

discale L5-S1 entrant en conflit avec la racine de S1. Elle relève également que, selon le Dr Y._____, l'incapacité retenue par le Dr Z._____ s'agissant des affections de la colonne vertébrale est sous-estimée et que le rapport de celui-ci ne tient pas suffisamment compte des douleurs et des limitations vertébrales. Selon la recourante, l'avis du Dr Z._____ doit dès lors être relativisé et apprécié au regard des précisions apportées par ses médecins traitants. Se fondant sur l'appréciation du Dr Q._____, elle soutient présenter une capacité de travail de 56,25% et maintient ses conclusions.

Par acte du 16 mars 2009, l'OAI a confirmé ses conclusions, se ralliant à l'avis du SMR du 9 mars 2009, dont on extrait notamment ce qui suit:

"1. Courrier du Dr Y._____, 10.2.2009: ce confrère admet que l'activité d'esthéticienne est adaptée aux limitations de l'assurée, et estime qu'elle pourrait être exercée à un taux de 60%. Il souligne que l'examen au SMR a été conduit dans les règles de l'art, mais se distance des conclusions du Dr Z._____ qui n'aurait pas assez tenu compte des plaintes subjectives de la patiente et de l'atteinte dégénérative de sa colonne. Sachant que les limitations fonctionnelles doivent se fonder sur l'observation objective de l'assuré, et non pas sur ses plaintes subjectives, on peut comprendre que l'appréciation de la CT du Dr Y._____ est plus basse que celle du Dr Z._____, mais c'est en définitive à ce dernier que l'on doit donner raison.

2. Courrier du Dr Q._____, 12.2.2009: ce confrère rappelle les incapacités de travail attestées précédemment par lui. Il ajoute que l'activité d'esthéticienne est adaptée, et qu'elle pourrait être exercée à raison de 6 heures/jour, avec un rendement de 75-80%, soit à un taux effectif de 54,8-58,5%. Il admet que l'examen clinique du Dr Z._____ a été bien conduit. S'il n'a pas mentionné un syndrome des jambes sans repos et un état dépressif, c'est bien parce que l'assurée n'en a pas parlé, et ce n'est pas faute de l'avoir interrogée. Au contraire, le Dr Z._____ note des nuits avec peu de douleurs si l'assurée prend la précaution de mettre un coussin entre ses jambes en décubitus latéral. Aucun symptôme dépressif n'a été relevé lors de l'examen. On peut ajouter que le diagnostic de dépression n'est pas mentionné par le Dr Q._____ lui-même dans son rapport du 11.4.2003, tant dans les diagnostics avec que sans répercussion sur la capacité de travail. Il conclut en exprimant encore une fois que la capacité de travail est de 50% ou légèrement plus sans pour autant fonder cette estimation sur des observations objectives.

[...]

En conclusion, rien dans ces documents ne nous permet de modifier notre position."

E n d r o i t :

1. 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'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). La cause doit 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]).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable en la forme.

2. Est litigieuse la question du degré d'invalidité de la recourante, les parties ne s'entendant pas sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée.

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. 28 al. 1 aLAI – teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004 [RO 1987 447] –, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 $\frac{2}{3}$ % au moins. Le droit à la rente naît lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40% a persisté pendant une année au minimum sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b aLAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 1ter aLAI). A partir du 1^{er} janvier 2004, 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. L'assuré a droit à une rente s'il a notamment présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Conformément à l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) 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 261, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Le juge des assurances sociales 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids

aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; PratiqueVSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant 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 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

3. En l'espèce, fort des avis du SMR et du Dr Z._____, l'OAI estime la capacité de travail de la recourante à 80% dès fin 2001. Le Dr Z._____ considère que le taux d'incapacité de travail retenu par les médecins traitants est excessif, compte tenu d'un status médical, à son sens, normal et pour autant qu'une médication plus adaptée ait été ou soit prescrite, cela en termes de quantité. Néanmoins, il convient d'atteintes biomécaniques séquellaires significatives ainsi que de limitations fonctionnelles qualifiées de rigoureuses. Quant à la recourante, se fondant sur les avis de ses médecins traitants, elle soutient que sa capacité de travail résiduelle est de 50%.

Les médecins traitants ne disconviennent pas de la qualité de l'examen médical du Dr Z._____ - qu'ils considèrent complet et motivé - , mais en contestent les conclusions s'agissant de la capacité de travail résiduelle. Sur ce point, la recourante qualifie d'irréaliste et d'inadmissible l'avis du Dr Z._____ selon lequel la prise d'antalgiques plus élevée permettrait d'améliorer sa capacité de travail. Cependant, le Dr Z._____ a uniquement souligné que "la consommation médicamenteuse en terme d'antalgiques et d'anti-inflammatoires [était] modeste". Son appréciation de la capacité de travail n'était en aucun cas liée à une augmentation du dosage des médicaments prescrits, mais repose sur le status objectif de la recourante, tenant particulièrement compte de l'état douloureux persistant lié aux anomalies morphologiques résiduelles dans la région du carrefour lombosacré.

Dans un courrier du 10 février 2009, le Dr Y._____ estime qu'une activité d'esthéticienne est adaptée et qu'elle pourrait être exercée à 60%. Il indique qu'à son sens, l'incapacité de travail retenue par le Dr Z._____ est sous-évaluée et que celui-ci n'a notamment pas suffisamment tenu compte des plaintes subjectives de la recourante. Il conclut son courrier en précisant qu'il n'a pas revu la recourante depuis février 2003, soit depuis six ans, et qu'il n'est pas au courant d'une anamnèse intermédiaire ni de l'état objectif de la recourante. Il convient également de souligner que, dans son rapport du 25 avril 2003, le Dr Y._____ a indiqué que l'incapacité de travail qu'il a mentionnée avait été fixée par le médecin traitant, soit le Dr Q._____. Ainsi, de l'aveu même de ce médecin, son avis ne se basait pas sur des constatations objectives personnelles à jour. Or, selon la jurisprudence, la capacité de travail de l'assuré doit notamment se fonder sur des éléments objectifs. Dans ces circonstances, on ne peut considérer que l'incapacité de travail retenue par ce médecin satisfait aux requisits jurisprudentiels. Au demeurant, le Dr Y._____ a uniquement déclaré que le Dr Z._____ ne tenait pas suffisamment compte, outre les plaintes subjectives, des limitations vertébrales par rapport à la situation dégénérative de la colonne, tant dans son évolution post opératoire que de l'atteinte de l'étage sus-jacent L4-L5 pouvant secondairement se décompenser, sans pour autant expliquer en quoi ces atteintes - qui ont été prises en compte par l'expert - justifieraient une capacité de travail à 60%. Par ailleurs, en ce qui concerne l'éventualité d'une décompensation, celle-ci reste hypothétique de sorte qu'elle ne peut être qualifiée d'élément objectif et ne peut donc pas être prise en considération. Il en va de même des plaintes subjectives de la recourante, lesquelles ne relèvent pas de facteurs objectifs.

Pour sa part, le Dr Q._____, dans un courrier du 12 février 2009, considère que le Dr Z._____ aurait dû investiguer davantage le syndrome des jambes sans repos et l'état dépressif présentés par la recourante. Toutefois, de tels diagnostics ne figurent dans aucun des précédents rapports. Par ailleurs, la recourante n'a pas fait mention de ces atteintes au Dr Z._____, alors même que le jour de l'examen, elle se sentait "particulièrement peu bien" et lorsqu'elle fut interrogée sur son

état de santé. S'agissant en particulier de l'état dépressif, il n'a pas été objectivement observé lors de l'examen, lequel a été, de l'aveu même des médecins traitants, réalisé dans les règles de l'art. En tout état de cause, le Dr Q. _____ n'explique pas de quelle manière et dans quelle mesure ces atteintes, compte tenu de la médication prescrite, seraient invalidantes au sens de la LAI et justifieraient une capacité de travail inférieure à 80%. Dans ce sens, il ne motive pas non plus pour quelle raison la protrusion d'hernie discale L5-S1 paramédiane du côté gauche entrant en conflit avec la racine S1 serait minimisée par le Dr Z. _____ ni dans quelle mesure cette atteinte serait invalidante au sens de la LAI. Il en va de même de l'anamnèse qu'il considère, sans autre précision ni développement, sous-estimée dans l'évaluation des rendements professionnels effectuée par le Dr Z. _____. Cela étant, il convient de relever que l'exercice du métier d'esthéticienne, métier que le Dr Q. _____ considère comme adapté et exigible à un peu plus de 50%, a conduit à une incapacité de travail en fin d'année 2007, alors que la recourante travaillait pour R. _____.

L'examen du Dr Z. _____ est quant à lui fouillé, complet et détaillé. Il en va de même de son rapport, qui, satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt force probante. Les médecins traitants, qui ne contestent ni l'examen ni le rapport du Dr Z. _____, sous réserve de son appréciation de la capacité de travail, n'ont pas su opposer d'éléments objectifs justifiant que l'on s'écarte de l'appréciation du Dr Z. _____. Ce médecin a discuté l'appréciation de la capacité de travail retenue par les médecins traitants et motivé son avis divergent, considérant que le taux d'incapacité de travail retenu par ceux-ci était excessif et que "bien que l'atteinte biomécanique séquellaire au niveau lombaire [fût] excessive, le status médical [était] normal, précisément un jour où l'assurée [...] dit qu'elle se sent[ait] particulièrement peu bien". De surcroît, aucune altération significative du mouvement au niveau rachidien, ni tendomyose para-rachidienne significative, ni anomalie neurologique n'ont été objectivement constatées lors d'un examen clinique complet. Dans ces circonstances et également compte tenu du fait que l'avis des médecins traitants doit, selon la jurisprudence, être en

principe admis avec réserve, l'appréciation du Dr Z._____ l'emporte sur celle des médecins traitants, la recourante n'ayant su fonder de doute sérieux à ce sujet. Il convient ainsi, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr Z._____ - lesquelles n'ont pas été contestées -, de retenir à l'instar de ce médecin que le métier de secrétaire est réputé adapté. Au surplus, on observe que les deux médecins traitants conviennent d'une capacité de travail possiblement supérieure à 50%.

Cela étant, la détermination par l'OAI du degré d'invalidité de la recourante ne prête pas le flanc à la critique. C'est donc à bon droit que l'OAI a retenu un degré de 20%, insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente, et, partant, a rejeté la demande de rente AI.

4. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 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 (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 20 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante M._____.
- 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:

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

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: