

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Monod et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

V._____, à Villeneuve, recourante, représenté par Me Olivier Subilia,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée), née le [...], mariée et mère de quatre enfants, a déposé le 25 novembre 2004 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Elle a exercé la profession d' [...] de juin 1998 à janvier 2004 pour le compte de trois employeurs, puis a travaillé en tant qu'indépendante dans la même profession à partir d'avril 2004. Souffrant de cervicalgies, elle a dû arrêter son activité professionnelle le 18 mai 2004. Elle a touché les indemnités de l'assurance-chômage depuis début 2005, puis a travaillé à 60 % en tant qu'employée [...] et à 100 % dans un hôtel de 2006 à juin 2008.

Dans un rapport médical du 29 décembre 2004, les Drs M._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et F._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, ont indiqué que l'assurée avait été opérée le 9 août 2004 pour une discectomie et une spondylodèse cervicale C6-C7 par voie antérieure avec cage de carbone. Selon l'IRM cervicale du 14 juin 2004 effectuée à [...], l'intéressée présentait également une hernie discale paramédiane droite C5-C6 avec léger conflit médullaire. Les médecins estimaient que l'on pouvait exiger d'elle qu'elle travaille à 50 % dans son activité habituelle d' [...].

Un examen clinique orthopédique a été effectué le 30 janvier 2006 au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport d'examen du 28 mars suivant, ce spécialiste a posé les diagnostics suivants :

« - **avec répercussion sur la capacité de travail :**

- cervico-brachialgies irritatives bilatérales
- status après discectomie et spondylodèse C6-C7 pour hernie discale C6-C7 paramédiane G, Code M50.2
- hernie discale paramédiane D, C5-C6
- dorso-lombalgies chroniques

- **sans répercussion sur la capacité de travail :**
 - dysphonie sur parésie des nerfs récurrents ».

Il est arrivé à la conclusion que l'assurée pouvait travailler, depuis le 1^{er} mars 2005, à 50 % dans son activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée, soit sédentaire ou semi-sédentaire, évitant les travaux penchés ou en porte-à-faux, avec alternance des positions assise et debout et sans port de charges supérieures à cinq kilos.

Par décision du 13 juin 2006 fondée sur le rapport du SMR du 28 mars 2006, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente au motif qu'elle ne présentait qu'un degré d'invalidité de trois pour-cent.

L'assurée a formé opposition contre cette décision le 20 juin 2006 et sollicité plusieurs prolongations de délai pour pouvoir se déterminer. Le 21 mai 2007, elle a finalement produit plusieurs certificats médicaux, dont notamment :

- un rapport médical du Dr F. _____ du 24 janvier 2007 indiquant que l'IRM cervicale montrait un status post spondylodèse C6-C7 ainsi qu'une hernie discale C5-C6; en outre, l'EMG ne montrait pas de radiculopathie cervicale. Le médecin a estimé que l'intensité des douleurs réduisait de manière durable l'incapacité de travail de l'intéressée;
- un rapport médical du 1^{er} mai 2007 de la Dresse T. _____, médecin associé à l'Hôpital [...], indiquant que, pour des raisons de santé complexes (ostéo-articulaires et psychologiques), l'assurée était en incapacité de travail à 75 % depuis janvier 2007, pour une période indéterminée.

Le 9 mai 2007, le Dr C. _____, spécialiste FMH en radiologie, a relevé qu'il n'y avait pas de rétrécissement canalaire au niveau du segment opéré C6-C7; en revanche, il a constaté une petite hernie discale

médiane mais essentiellement paramédiane droite en C5-C6, responsable d'un certain rétrécissement canalaire dans le diamètre antéro-postérieur.

Dans un avis médical du 19 mars 2008, la Dresse S._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a déclaré qu'hormis la persistance des douleurs cervicales et de céphalées quotidiennes, sa patiente présentait un état dépressif réactionnel majeur, ce qui ne lui permettait pas de travailler.

Dans un avis médical SMR du 16 avril 2008, le Dr N._____ a estimé que les éléments apportés dans le cadre de l'opposition n'apportaient pas la preuve d'une pathologie ostéoarticulaire ou neurologique dont l'OAI n'aurait pas tenu compte et que le rapport de la Dresse S._____ ne contenait pas d'indication sur la durée de l'état dépressif réactionnel majeur ou sur une éventuelle prise en charge spécialisée.

Le 19 mai 2008, la Dresse Q._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré malgré les différents traitements médicamenteux et semi-invasifs avec infiltrations.

Par décision sur opposition du 22 mai 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 13 juin 2006.

Dans un avis médical du 6 juin 2008, la Dresse S._____ a fait état des mêmes atteintes à la santé que dans son avis médical du 19 mars 2008 et indiqué que l'assurée travaillait à 100 % mais était à bout de forces.

B. V._____ a recouru contre la décision sur opposition de l'OAI du 22 mai 2008 par acte du 10 juin 2008, en soutenant que celle-ci avait été prise sans tenir compte de l'évolution de sa maladie et des avis de ses médecins, notamment les Drs M._____, F._____ et Q._____. Elle a en

autre produit un rapport médical du 25 août 2008 de la Dresse S. _____ dont la teneur était la suivante :

« (...) En août 2006 (recte : 2004), elle a subi une discectomie C6-C7 à gauche pour hernie discale et cervicale qui a présenté une évolution défavorable avec maintien de douleurs chroniques, diffuses et très invalidantes. Il existe une douleur de la région cervicale irradiant jusqu'en bas du dos avec subjectivement mais aussi objectivement une perte de force du membre supérieur gauche plus qu'à droite. Actuellement la patiente n'arrive à rien en raison de ses douleurs diffuses. Une IRM lombaire a montré cette année des changements dégénératifs pluri-étagés surtout au niveau L5-S1 et l'IRM cervicale de 2007 montre bien une hernie discale nouvelle C5-C6 à droite qui avait aussi été visualisée en décembre 2005 mais nouvellement aggravée. Une prise en charge chirurgicale est contre-indiquée selon [...].

Cette patiente ne peut donc absolument pas travailler et ce pour une durée indéterminée. Elle doit donc être considérée à l'arrêt de travail à 100 %».

Dans sa réponse du 19 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le certificat médical de la Dresse S. _____ n'apportait aucun élément nouveau et que toutes les atteintes avaient été dûment prises en compte par le SMR dans le cadre de son appréciation de la capacité de travail de la recourante.

Dans sa réplique du 29 janvier 2009, la recourante, désormais représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne, a exposé que l'OAI ne pouvait s'estimer suffisamment renseigné sur son état psychologique, ce qui justifiait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail et les activités encore exigibles de sa part compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son manque de formation. Elle a également fait valoir des faits nouveaux tels qu'ils ressortaient du certificat médical du 25 août 2008 de la Dresse S. _____, ainsi que du rapport du 10 septembre 2008 des Drs X. _____ et I. _____, psychiatres et psychothérapeutes, lesquels, estimant que la capacité de travail de l'intéressée était nulle, relevaient notamment ce qui suit :

« Nous suivons Mme V. _____ depuis le 6 juin 2008.

Diagnostics : Trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel moyen.

(...)

Pronostic et répercussions sur la capacité de travail

Tenant compte de la gravité et de la chronicité des troubles, de la comorbidité physique et psychique et de la situation familiale difficile, le pronostic reste défavorable quant à la reprise d'une capacité de travail significative. Plusieurs limitations fonctionnelles sont constatées, particulièrement les douleurs permanentes, la perte d'élan vital avec asthénie, l'inquiétude persistante et une faible tolérance au stress avec un impact sur les capacités cognitives, la dévalorisation avec perte de confiance en elle ainsi que l'incapacité à prendre la moindre décision et à se projeter dans l'avenir ».

La recourante a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière ou d'un taux que justice dira, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision sur la base de l'expertise à intervenir.

Dans sa duplique du 23 février 2009, l'OAI a relevé, s'agissant de la problématique psychiatrique, que la recourante n'avait consulté un spécialiste qu'en juin 2008, soit le mois suivant la décision litigieuse, et que dans la mesure où aucun des médecins consultés jusqu'alors n'avait jugé nécessaire de l'adresser à un spécialiste, il y avait lieu d'admettre que les éventuelles atteintes psychiques n'étaient pas importantes au point de justifier une incapacité de travail. En outre, le revenu d'invalidité reposait sur le salaire mensuel brut réalisable dans des activités simples et répétitives qui ne requéraient pas de qualifications professionnelles particulières.

Le 5 mars 2009, la recourante a adressé au Tribunal une attestation du 14 novembre 2008 du Dr R._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, selon laquelle elle avait été suivie à sa consultation du 15 février au 22 mars 2007. Le 9 avril 2009, elle a envoyé un autre rapport médical du 6 avril 2009 du Dr R._____, lequel diagnostiquait, au terme de l'évaluation, le 22 mars 2007, un trouble somatoforme non spécifié (F45.9), un trouble dépressif récurrent, probable, en rémission (F33.4) et un trouble de la personnalité, probable, non spécifié (F60.9). Ce praticien ajoutait qu'il n'avait pas évalué les

répercussions de ces différents troubles sur la capacité de travail et qu'il n'avait pas été possible de motiver la patiente à une approche psychothérapeutique.

Le 29 juin 2009, l'OAI a transmis au Tribunal un rapport médical de la Dresse S._____, dont la teneur était la suivante :

« Je voudrais porter à votre connaissance que l'état de santé de Mme V._____ s'est considérablement aggravé depuis plus d'une année avec l'apparition de lombosciatiques récidivantes expliquées sur l'IRM par des discopathies sévères et surtout un rétrécissement du sac dural au niveau L5-S1, avec protrusion discale L2 à S1.

Il est également à relever que Mme V._____ est suivie depuis plus de 5 ans par des psychiatres et notamment récemment par le Dr X._____, qu'elle prend des antidépresseurs au long cours et que, encore, le 05.05.2009 elle a fait un tentamen médicamenteux. Cette patiente présente donc un état anxio-dépressif sévère qu'il faut bien sûr prendre en compte dans l'évaluation de l'invalidité.

Ceci vient s'ajouter au rapport précédent.

De plus, ma patiente présente une paralysie d'une corde vocale avec, depuis le mois de février, une aggravation de la dyspnée d'effort en relation avec cette paralysie, ce qui vient encore ajouter un handicap supplémentaire.

Il me paraît donc absolument impossible que ma patiente, Madame V._____, puisse travailler. Elle est donc incapable de travailler à 100 %».

C. Une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été ordonnée et confiée au L._____ (ci-après : L._____). Dans leur rapport du 10 juin 2010, les experts (la Dresse D._____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr P._____, spécialiste FMH en neurologie) ont résumé les documents médicaux au dossier (p. 5-18), ainsi que les documents administratifs et juridiques (p. 19-21) et les documents et renseignements recueillis par les experts (p. 22-24); ils ont décrit les données subjectives et l'anamnèse de l'expertisée sur le plan psychiatrique (p. 25-30), sur le plan somatique, soit rhumatologique et de médecine interne (p. 30-31), et sur le plan neurologique (p. 32-36); ils ont ensuite exposé les plaintes de l'assurée sur les plans psychique, rhumatologique et neurologique (p. 37-38), le status rhumatologique et de médecine interne (p. 39), le status ostéoarticulaire, y compris les critères

d'une fibromyalgie selon l'American College of Rheumatology et d'une amplification des symptômes selon Matheson (p. 40-42), le status neurologique (p. 43-44), le status psychiatrique (p. 45) et les résultats d'examens complémentaires radiologiques (p. 46). Le rapport des experts contenait enfin une discussion (p. 47-54) et les réponses aux questions (p. 55-59).

Leurs diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, étaient les suivants :

- « • Status après cure de hernie discale C6-C7 avec spondylodèse et mise en place d'une cage (M 50.2)
- Discopathies résiduelles (C5-C6 et lombaires) sans myélopathie ni radiculopathie (M 47.9)
- Spondylose hyperostosante (M 48.1)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10)
- Anxiété généralisée (F41.1)
- Troubles mixtes de la personnalité (F61.0) »

Il ressortait ce qui suit de la discussion :

« **A.4 DISCUSSION**

RESUME DE L'HISTOIRE MEDICALE

Mme V. _____ origine [...], âgée de [...], souffre de céphalées tensionnelles et de troubles musculo-squelettiques depuis de nombreuses années, exerçant l'activité répétitive de [...] dans un contexte de graves difficultés sociales et familiales.

Les douleurs étaient plus importantes du côté droit, côté dominant et elle a été opérée d'un syndrome du tunnel carpien à droite en 2001.

En 2002, ses troubles s'aggravent, justifiant de la part de son médecin traitant des IT totales temporaires entrecoupées de périodes à 50 % et de pleine capacité de travail, ces dernières ne pouvant être tenues que sur de courtes durées.

Au printemps 2004 alors qu'elle venait de se mettre à son compte en ayant ouvert [...], ses cervico-brachialgies s'accroissent à gauche, sans atteinte neurologique déficitaire. Son médecin traitant temporise avec le traitement conservateur. Mme n'y tenant plus consulte d'autres médecins de son propre chef et finit par être opérée au niveau C6-C7 d'une hernie discale paramédiane droite. L'intervention se complique d'une aphonie, puis d'une dysphonie et d'un stridor sur une paralysie de l'hémilarynx droit vraisemblablement iatrogène.

Les douleurs n'ont guère été influencées par l'intervention de spondylodèse cervicale avec mise en place d'une cage C6-C7. Elles se sont étendues en région dorsale où l'on met en évidence d'importantes lésions de spondylose dans le contexte d'une maladie hyperostotante.

L'état douloureux reste important, imprégné d'une résistance thérapeutique dans le contexte d'un trouble psychiatrique ayant nécessité un suivi spécialisé.

Mme dépose une demande à l'AI en fin d'année 2004. Les médecins du SMR admettent une IT durable de 50 % dans son ancienne activité professionnelle, lui reconnaissent des limitations fonctionnelles, mais admettent une pleine capacité dans une activité adaptée avec une aide pour une réadaptation. Elle n'a alors été examinée que sur le plan de l'appareil locomoteur en 2006. La longue maladie était admise à partir de mai 2004.

L'approche théorique de l'invalidité au plan économique n'atteint que 2.9 %. On lui signifie un refus de rente d'invalidité. Mme y fait opposition. Parmi ses médecins-traitants, le Dr F. _____ (anesthésiste - antalgiste) et la Dresse S. _____ (généraliste) qui la suivent estiment que la décision est erronée alors que la Dresse T. _____ (rhumatologue) et la Dresse [...] (anesthésiste et antalgiste) refusent de se prononcer.

Elle est entendue par le Tribunal qui suggère de compléter l'instruction par une expertise de l'appareil locomoteur, au plan pneumologique et psychiatrique. Le L. _____ est mandaté.

Sur le plan somatique, Mme V. _____ vient d'être opérée d'un cystadénolymphome de la parotide gauche (tumeur de Whartin) par parotidectomie superficielle. Elle n'annonce ni complication ni

symptôme résiduel après résection de cette tumeur bénigne. Il n'y a pas eu notamment d'atteinte du nerf facial.

Son ORL a voulu redonner du volume à sa corde vocale droite devenue atrophique, en injectant lors du même geste chirurgical un implant synthétique par micro-laryngoscopie. Cela s'est compliqué d'une aggravation momentanée de la dysphonie avec réaction inflammatoire locale. Lors du contrôle à quelques semaines postopératoire, son ORL admet que cela n'a nullement permis de réduire la dysphonie résiduelle.

Son anamnèse somatique est teintée de ses multiples souffrances d'ordre psychique. Elle présente un état douloureux étendu à presque toute la surface corporelle postérieure et à toute la ceinture scapulaire jusqu'aux bras, même antérieurement. Les douleurs sont permanentes et très intenses. Elles ne semblent pas influencées significativement par l'importante médication. Seules les infiltrations loco dolenti semblent l'améliorer très momentanément.

On se trouve face à une dame collaborante, sincère, déconditionnée, obèse. Les phénomènes allodymiques sont étendus. Mme adopte un comportement douloureux. Si l'on fait abstraction des discordances momentanées, inconstantes, on peut estimer que l'examen de l'appareil locomoteur ne montre aucune limitation significative. Son goitre est hypothyroïdien, il est substitué. Son médecin traitant contrôle régulièrement sa TSH qui est dans les normes.

L'analyse du dossier radiologique confirme le diagnostic de spondylodiscarthrose étagée, cervico-lombaire et de maladie de Forestier. La cage discale est en bonne position en C6-C7.

Il n'y a pas de glissement, de signe indirect d'instabilité ou de signe d'appel pour une discopathie inflammatoire, érosive.

Mme présente une voix bitonale, nous n'avons pas noté de stridor, de signe de dyspnée et le status respiratoire est calme. Mme ne formule aucune plainte respiratoire. S'il est indéniable qu'elle présente une paralysie de sa corde vocale droite identifiée par les ORL, elle compense bien. Sa voix est un peu faible et bitonale, mais ceci n'a pas de répercussion sur sa CT. Vu qu'elle est très régulièrement suivie au plan ORL nous n'avons pas jugé utile de nous joindre un expert ORL ou pneumologue.

En revanche, vu qu'il s'agit d'un rachis opéré au niveau cervical, qu'une indication chirurgicale se profile pour la région lombaire nous avons requis l'avis d'un expert neurologue qui atteste de l'absence de manifestation myélopathique et radiculopathique des problèmes discarthrosiques. Il ne trouve pas de récurrence de signe de neuropathie périphérique 9 ans après une cure de tunnel carpien. Les céphalées sont prises en compte dans le contexte douloureux global. Une atteinte symptomatique a également pu être écartée.

Sur le plan de la médecine interne et de l'appareil locomoteur, nous admettons une limitation de sa capacité de travail comme [...], à la hauteur de 50 % depuis mai 2004 et à 60 % à partir de mai 2007.

A partir de ce moment-là, elle a aggravé sa discopathie tant au niveau cervical (C5-C6) qu'au niveau lombaire (L4-L5) ce qui se fonde sur l'observation des examens neuroradiologiques à disposition, avec l'étude comparative des images. Elle devient symptomatique d'une rhizarthrose débutante. Elle s'approche de la soixantaine, il faut tenir compte des processus du vieillissement

musculaire (sarcopénie) qui diminuent sa résistance pour une activité physiquement pénible et répétitive.

En revanche, dans une activité adaptée, plus légère, en positions alternées, sa capacité de travail est entière selon notre examen clinique somatique qui a tenu compte des plaintes et des données objectives.

Au plan thérapeutique, il faut tenter de rassurer l'expertisée sur l'absence de grave pathologie, l'encourager à réduire son obésité, à marcher régulièrement, à effectuer de la gymnastique douce (aérobie) 3x/semaine pour améliorer ses dysbalances musculaires, réduire son obésité. Le mouvement régulier améliore sensiblement le seuil à la douleur.

Mme doit lutter contre la sédentarité et la dépendance de sa famille pour sa vie quotidienne et ses soins personnels. Il faut privilégier les antalgiques simples au dépend des antalgiques majeurs, éviter les infiltrations répétitives de corticostéroïdes vu sa tendance à prendre du poids et vu le contexte post-ménopausique. Son régime n'est pas carencé en produits calciques, mais elle n'est plus substituée. Nous suggérons à son médecin traitant ou à son gynécologue une densitométrie osseuse de dépistage de l'ostéoporose.

Sur le plan psychiatrique, l'histoire de l'expertisée est marquée par de probables carences affectives et même de la maltraitance pendant l'enfance en Sicile (père violent, possibles abus sexuels dans la famille) et aussi à l'adolescence (mariée contre son gré à 16 ans avec un homme plus âgé, violent lui, émigré en Suisse). Dans ce contexte, l'expertisée décrit avoir eu toujours une humeur fragilité et anxieuse. Cela n'est toutefois pas documenté, ni traité, jusqu'à récemment (première consultation psychiatrique sur la suggestion de son médecin traitant en 2007). Depuis 2001 environ, anamnestiquement la symptomatologie anxiodépressive fluctuante est intriquée avec un tableau douloureux (notamment cervicalgies) qui a motivé une intervention chirurgicale en 2004, sans véritable effet sur les douleurs mais qui a laissé comme séquelle un trouble vocal. Depuis 2005, aux atteintes psychiques et physiques se sont ajoutés des problèmes socio-financiers et familiaux. C'est ainsi que l'expertisée et son mari ont perdu de l'argent en achetant un pressing qui s'est avéré non rentable lorsque l'expertisée n'a plus pu l'exploiter elle-même du fait de ses problèmes physiques. Sur le plan familial, l'expertisée décrit une relation de couple distendue depuis des années avec un mari dépendant du tabac et de l'alcool, des enfants sources de soucis (toxicomanie et délinquance pour l'aîné; menaces suicidaires d'un autre fils lors d'une rupture sentimentale; enfin la fille cadette de 16 ans aurait subi un viol il y a deux ans, et attend maintenant un enfant d'un ami libanais de 18 ans sans revenu). Ces événements sont vécus comme des abandons, souvent de manière dramatique (cf. épisode du fils qui brandit un couteau et menace l'expertisée ou lui-même, ou celui où elle se serait assise sur la voie de chemin de fer). Dans ce contexte mouvementé émotionnellement, l'expertisée a commis plusieurs tentatives de suicide, une en 2004, les autres en 2009. Il s'est agi d'abus de médicaments, et une fois l'expertisée se serait assise sur une voie ferrée proche de son domicile jusqu'à ce que ses enfants la supplient de revenir. Depuis 2008 elle a été suivie psychiatriquement, au cabinet du Dr X. _____ d'abord puis, suite à ses tentamens répétés en 2009, dans le cadre des structures

intermédiaires du secteur psychiatrique public. Ce traitement est toujours en cours.

Diagnostic

La trajectoire biographique de l'expertisée est typique de celle d'un *trouble de la personnalité* débutant probablement dès l'enfance avec un terrain prédisposant (enfance carencée du point de vue affectif, mauvaise estime de soi) et une vie émotionnelle et relationnelle tumultueuse depuis l'adolescence. Il existe de toute évidence des éléments de personnalité de type *borderline* : épisodes d'angoisse d'abandon aigus aboutissant à des passages à l'acte auto-agressifs; fragilité de l'humeur, bouffées anxieuses; impulsivité, gestes auto-dommageables; dépendance et codépendance affective (relations avec des partenaires dépendants); dépendance par rapport à des substances (actuellement dépendance aux opiacés prescrits pour les douleurs, et aux benzodiazépines prescrits pour l'anxiété). La dramatisation de certains événements émotionnels suggère l'existence d'une composante *histrionique*. Le psychiatre traitant relève aussi des traits *évitants* et *dépendants*. Le diagnostic de *troubles mixtes de la personnalité (F61.0)* retenu par le psychiatre traitant est donc approprié.

L'anamnèse récente est marquée par la survenue d'épisodes dépressifs documentés depuis 2007 (Dr R. _____), avec des rechutes en 2008 et 2009. Le diagnostic de *trouble dépressif récurrent* s'applique à cette situation. Pendant l'été 2009, la dépression a été qualifiée de sévère. Lors du présent examen, il est mis en évidence un syndrome dépressif franc, à savoir la présence, durant deux semaines au moins, de la triade symptomatique incluant tristesse, anhédonie (manque de plaisir) et manque d'énergie, avec les corollaires dépressifs habituels : troubles du sommeil, de la mémoire, de l'appétit, vision pessimiste de soi, de l'environnement et du futur, idéation suicidaire, auto-reproches. Les signes objectifs sont peu présents (humeur fluctuante et pas constamment abaissée, pas de ralentissement, pas d'auto-négligence ni d'altération de l'état général). Il n'y a pas suffisamment d'élément du "syndrome somatique" au sens de la CIM-10 pour que ce dernier soit retenu. En conclusion il s'agit d'un *trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère* (initialement) *en rémission partielle*. Actuellement, le trouble dépressif peut être qualifié de *moyen sans syndrome somatique*.

La composante anxieuse paraît suffisamment prononcée pour justifier un diagnostic spécifique, indépendamment du trouble dépressif. Tantôt c'est l'angoisse aiguë qui est au premier plan (angoisse d'abandon), allant probablement parfois jusqu'à la panique. Actuellement c'est plutôt l'*anxiété généralisée* avec son cortège de ruminations soucieuses interminables et de scénarios catastrophes sur divers thèmes (enfants, mari, argent, santé, etc.).

En ce qui concerne les douleurs, elles ont un substrat somatique qui les explique en partie. La comorbidité psychiatrique (dépression, anxiété, personnalité pathologique) rend suffisamment compte de l'hyperexpressivité douloureuse et de l'appétence pour les médicaments addictifs voire les interventions agressives, sans qu'il y ait besoin de recourir au diagnostic additionnel de trouble douloureux somatoforme.

En résumé, Mme V. _____ souffre actuellement des affections psychiatriques suivantes au sens de la CIM-10 :

- *trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.0)*
- *anxiété généralisée (F41.1)*
- *troubles mixtes de la personnalité (F41.0), avec notamment traits borderline, dépendants et histrioniques.*

Répercussions sur la capacité de travail

Le trouble de la personnalité dont souffre Mme V. _____ ne peut pas être considéré comme intrinsèquement sévère puisqu'il ne s'est pas accompagné d'épisodes psychiatriques documentés jusqu'à l'âge de 56 ans. En soi, il ne peut donc pas être considéré comme invalidant. Ce qui est plus problématique, c'est la comorbidité qui accompagne généralement le trouble de la personnalité. En l'occurrence il s'agit du trouble dépressif récurrent et du trouble anxieux, qui se manifestent de manière récurrente et bruyante depuis quelques années, probablement en raison de facteurs de stress activant l'angoisse d'abandon, qui est au coeur de la problématique borderline.

Le trouble de la personnalité de type borderline est en effet caractérisé par sa propension à favoriser les situations de crise lorsque l'angoisse d'abandon, structurelle chez le sujet, est réactivée par des événements, généralement des conflits avec des personnes significatives de l'entourage (conjoint, enfant, employeur, etc.). Ces crises peuvent amener des épisodes dépressifs francs, comme ici, épisodes qui interfèrent temporairement (quelques semaines, au pire quelques mois) avec la capacité de travail lorsqu'ils sont sévères. Les épisodes dépressifs associés au trouble borderline ne sont généralement pas durables puisqu'ils sont réactionnels à des événements, et qu'ils s'amendent généralement spontanément lorsque survient un événement « favorable » qui atténue l'angoisse d'abandon (résolution du conflit, établissement d'une nouvelle relation, etc.).

Dans le cas de Mme V. _____, il y a eu plusieurs rechutes dépressives depuis 2007, sans qu'on en comprenne bien les facteurs déclenchants. Les épisodes dépressifs sont aigus et de courte durée, mais il persiste entre les crises une fragilité résiduelle de l'humeur. Celle-ci rend compte de la fatigabilité et des troubles cognitifs (en partie objectifs, cf. dispersion de l'attention constatés lors de l'examen). Si l'on tient compte de la fragilité structurelle (trouble de la personnalité) qui favorise la récurrence des épisodes anxieux et/ou dépressifs, mais aussi de l'anxiété généralisée, qui entraîne comme la dépression de la fatigabilité et des troubles cognitifs (cf. dispersion lors de l'examen), on peut estimer qu'actuellement les troubles psychiques déterminent une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 40 %. La baisse de la capacité de travail, du point de vue psychiatrique, n'est pas liée à une activité ou à un contexte professionnel particulier. Elle ne justifie donc pas de mesures de réadaptation.

Dans le dossier, la composante psychiatrique n'apparaît que tardivement. L'incapacité de travail pour motif psychiatrique est documentée depuis juin 2008 (rapport Dr X. _____ et coll.). Nous

proposons de dater de ce moment le début de l'incapacité de travail partielle constatée actuellement.

Perspectives thérapeutiques et pronostic

Le traitement psychiatrique en cours est adéquat et doit être poursuivi. Le pronostic concernant la capacité de travail est difficile à établir. Le fait que l'expertisée n'ait pas eu d'antécédents psychiatriques documentés jusqu'en 2007, à [...], est un facteur de bon pronostic et incite à penser qu'elle pourrait retrouver son niveau de fonctionnement mental habituel (antérieur), et par conséquent une pleine capacité de travail.

En revanche le fait que les crises se soient multipliées depuis quelques années, et surtout cette dernière année, sans qu'on comprenne pourquoi, incite à la prudence. Si les épisodes dépressifs devaient continuer à s'enchaîner sans période vraiment libre entre eux, la capacité de travail pourrait être plus sérieusement entamée. Une réévaluation de la situation devrait être faite dans un délai de deux ans afin d'apprécier si la série récente de crises était seulement un "accident de parcours" ou le début d'une évolution plus inquiétante.

CONCLUSION

Au terme de leur consensus les experts admettent une IT de 50 % dans l'ancienne activité de mai 2004 à mai 2007, puis une IT de 60 %, toujours en cours.

Dans une activité adaptée, pleinement exigible au plan somatique, il faut admettre une capacité de travail de 60 % depuis juin 2008, diminution due à l'atteinte psychiatrique.

Une réévaluation est proposée dans un délai de deux ans en raison du caractère évolutif des troubles psychiques ».

Le 8 juillet 2010, l'OAI a relevé que les conclusions de l'expertise judiciaire, particulièrement complète et motivée, rejoignaient son point de vue et celui du SMR. Il a ajouté que comme la survenance de l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (juin 2008) était postérieure à la date de la décision attaquée (22 mai 2008), il n'y avait pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de la présente procédure, et ce d'autant plus que les effets de cette atteinte à la santé sur le droit à une éventuelle rente d'invalidité étaient reportés à juin 2009. L'administration a dès lors confirmé sa décision et préavisé pour le rejet du recours.

La recourante s'est déterminée sur le rapport d'expertise le 26 août 2010. Elle a tout d'abord déclaré qu'elle n'entendait pas remettre en cause les différents diagnostics posés par les experts sur le plan physique. Elle regrettait toutefois que ceux-ci s'en fussent exclusivement tenus à un

plan purement « objectivable », sans prendre en compte les douleurs, dont seuls ses médecins traitants étaient en mesure de constater l'impact sur sa vie quotidienne et professionnelle. A cet égard, elle a produit un nouveau rapport médical de la Dresse S. _____ du 10 juin 2010, attestant qu'elle était « extrêmement handicapée par ses douleurs ainsi que par la paralysie de la corde vocale » et qu'elle présentait un « trouble dépressif majeur avec de multiples tentamens », de sorte qu'il était « absolument impossible pour Mme V. _____ de travailler, et ce à 100 % ». Elle a également relevé qu'elle voyait mal, vu son parcours professionnel et son absence de formation professionnelle, comment elle pourrait exercer l'activité adaptée telle que décrite.

Sur le plan psychique, la recourante a relevé que le L. _____ retenait une incapacité de travail de 40 % en raison d'un trouble dépressif récurrent, d'une anxiété généralisée et de troubles mixtes de la personnalité, en fixant toutefois le début de cette incapacité à juin 2008, soit la date à laquelle cette incapacité était documentée par le Dr X. _____. Or, les troubles psychiques dont elle souffrait avaient été pendant très longtemps ignorés et niés par elle-même, de sorte que ce n'est que suite à une tentative de suicide et à un état dépressif extrêmement préoccupant qu'elle s'était résolue, sur l'insistance de son médecin traitant, à aller consulter un psychiatre en la personne du Dr R. _____, dès le mois de février 2007. Elle estimait donc qu'une incapacité de travail sur le plan psychique était à tout le moins présente dès cette date, voire bien avant, puisque c'était en tout dernier recours qu'elle avait admis la nécessité de consulter un psychiatre.

En conséquence, la recourante a confirmé les conclusions prises dans sa réplique du 29 janvier 2009. Si, par impossible, une rente d'invalidité ne devait ne lui être accordée qu'après la date de la décision attaquée, elle a fait valoir qu'il convenait, par économie de procédure, de statuer également sur ce point.

Le 27 août 2010, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. 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 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).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, 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 (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable (art. 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

2. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Il n'appartient pas à l'administration ou au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical, d'autant moins lorsque celles-ci ne sont corroborées par aucune pièce médicale versée au dossier et qu'elles s'opposent à l'appréciation de son propre service médical. Si un doute subsiste quant au bien-fondé des conclusions d'une expertise médicale, il convient bien plutôt d'interpeller les experts afin qu'ils apportent les précisions requises ou de mettre en oeuvre une mesure d'instruction complémentaire (TF I_1080/06 du 13 avril 2007, consid. 4.2).

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; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). 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).

4. a) Sur le plan physique, il n'est pas contesté que la recourante souffre de troubles du rachis. Les experts judiciaires ont posé le diagnostic de discopathies résiduelles (C5-C6 et lombaires) sans myélopathie ni radiculopathie (M 47.9) et de spondylose hyperostosante (M 48.1). Ils relèvent qu'il n'y a pas de grave pathologie (cf. expertise, p. 49, 5^e par.) et que les douleurs sont traitées par infiltrations cervicales et lombaires – lesquelles, selon l'intéressée ont un effet positif « sur toutes les douleurs », cf. expertise, p. 34, dernier par.) –, injections de corticoïdes intramusculaires, séances de physiothérapie et traitement médicamenteux.

Se basant sur le certificat médical du 25 août 2008 de la Dresse S._____, médecin traitant, la recourante soutient, dans son mémoire de réplique du 29 janvier 2009, qu'elle a été opérée pour son hernie discale C6-C7 en août 2006, soit postérieurement à l'examen du SMR du 30 janvier 2006, que la hernie discale C5-C6 visualisée en décembre 2005 s'est aggravée en 2007 et que l'IRM de 2008 a montré des changements dégénératifs pluriétagés surtout au niveau de L5-S1. Dans son écriture du 26 août 2010, elle indique qu'elle ne remet pas en cause les différents diagnostics posés par les experts du point de vue somatique, mais regrette la non-prise en compte de ses douleurs. Il ressort des pièces du dossier que la recourante a subi une spondylodèse cervicale C6-C7 en août 2004, et non en août 2006, et que cette intervention a été prise en

compte par le Dr Z. _____ du SMR dans son rapport du 28 mars 2006. Le petit débordement herniaire essentiellement paramédian droite en C5-C6, responsable d'un rétrécissement canalaire dans le diamètre antéro-postérieur, observé par le Dr C. _____ le 9 mai 2007, a conduit les experts judiciaires à augmenter l'incapacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle de [...] de 50 % à 60 % à partir de mai 2007. Cela étant, on relèvera qu'après avoir touché des indemnités de l'assurance-chômage depuis début 2005 - se considérant par là-même apte au placement -, la recourante a travaillé à 60 % comme salariée [...], puis, de 2006 à juin 2008, comme employée à 100 % dans un hôtel (cf. expertise, p. 29 in fine). Grâce aux traitements en cours, elle était donc en mesure d'exercer une activité professionnelle à plein temps et, partant, de surmonter les douleurs allodyniques invoquées. S'agissant des changements dégénératifs pluriétagés démontrés par IRM du 3 juillet 2008, l'OAI explique avec pertinence qu'il ne s'agit pas nécessairement d'un nouvel état clinique et que l'examen du SMR du 30 janvier 2006 a déjà retenu une radiographie lombaire de 2003 montrant des anomalies disco-vertébrales pluriétagées. En outre, les experts judiciaires constatent que l'examen de l'appareil locomoteur ne montre aucune limitation significative (p. 48, 5^e par.) et que les problèmes discarthrosiques sont exempts de manifestation myélopathique et radiculopathique (p. 49, 1^{er} par.). Enfin, hormis la Dresse S. _____, aucun des médecins consultés n'a indiqué que la paralysie de la corde vocale droite avait une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Les experts judiciaires remarquent à ce sujet que sa voix, quoique un peu faible et bitonale, est bien compensée, et que le status respiratoire est calme, sans signe de dyspnée.

Vu ce qui précède, on ne saurait prendre en considération l'arrêt de travail de complet certifié par la Dresse S. _____ à partir d'août 2008; à cela s'ajoute qu'il faut retenir avec circonspection les avis des médecins traitants, lesquels ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Quant à l'incapacité de travail de 75 % attestée par la Dresse T. _____ depuis janvier 2007 « pour des raisons ostéo-articulaires et psychologiques », outre le fait que celle-ci n'est pas

psychologue, il s'agit d'une évaluation non motivée. Ce sont donc les conclusions des experts judiciaires qu'il convient de suivre, soit que la recourante peut travailler à 50 % de mai 2004 à mai 2007, puis à 60 % depuis lors dans son activité habituelle d' [...], et à 100 % dans un travail semi-sédentaire avec alternance régulière des positions assise et debout et périodes de repos, évitant le port de poids supérieurs à cinq kilos de manière régulière et à huit kilos de manière occasionnelle, ainsi que les activités répétitives avec les membres supérieurs et la ceinture scapulaire.

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante ne conteste pas l'incapacité de travail de 40 % retenue par les experts judiciaires en raison des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), anxiété généralisée (F41.1) et troubles mixtes de la personnalité (F61.0). Elle estime en revanche que le début de cette incapacité ne devrait pas être fixé à juin 2008, mais à tout le moins à février 2007 lorsqu'elle a consulté le Dr R._____, voire même précédemment dès lors que l'expertise a montré qu'elle souffrait de troubles mixtes de la personnalité depuis très longtemps. En l'occurrence, l'intéressée n'a été suivie par le Dr R._____ - premier psychiatre consulté - que du 15 février au 22 mars 2007. Celui-ci mentionne qu'il n'a pas été possible de la motiver à une approche psychothérapeutique et qu'il n'a pas évalué les répercussions des différents troubles constatés sur la capacité de travail. Jusqu'au 6 juin 2008, soit lorsque la recourante a consulté le Dr X._____ pour la première fois, on ne dispose donc d'aucune pièce médicale dont il ressortirait qu'elle aurait été incapable de travailler en raison de ses troubles psychiques. Or, de jurisprudence constante, il n'appartient pas à l'administration ou au juge de se substituer aux appréciations des médecins, soit d'admettre - comme le voudrait la recourante - une incapacité de travail sur la seule base du rapport du Dr R._____, ou de déterminer de leur propre chef le début d'une incapacité de travail, qui plus est sur la base de pièces médicales inexistantes. La décision litigieuse a été rendue le 22 mai 2008 et l'expertise fait effectivement état de nouveaux événements survenus après cette date (tentamen notamment) et de nouvelles approches thérapeutiques. En application du principe selon lequel les faits survenus

postérieurement et ayant modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. notamment ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366), le présent arrêt doit être rendu sur la base des éléments recueillis jusqu'à la date de la décision entreprise, ce qui conduit à retenir que la capacité de travail de l'intéressée était totale jusqu'alors du point de vue psychiatrique.

5. Reste à déterminer le degré d'invalidité sur cette base.

a) Aux termes de 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 utiles, sur un marché du travail équilibré

Selon les art. 28 et 29 LAI, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et donc applicables *ratione temporis* en l'espèce, 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 (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, 1^{re} phrase).

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qu'elle aurait pu effectivement réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant

l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4.3.3; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

En l'espèce, en tant que personne valide, la recourante exercerait la profession d' [...]. Selon son dernier employeur, son salaire mensuel de janvier 2004 s'élevait à 3'867 fr. 40. Elle aurait donc gagné en 2005, soit au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1) et avec indexation de 1 % de 2004 à 2005 (La Vie économique 3-2010, tableau B10.2, p. 95), un salaire annuel de 46'872 fr. 88 (3'867 fr. 40 x 1 % x 12).

c) S'agissant du gain d'invalidé, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant toujours sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2004, les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 3'893 fr. par mois (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 46'716 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004, soit 41,6 heures (La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2), puis indexé à l'évolution des salaires de 2004 à 2005 (1 %, cf. ci-dessus), ce qui représente 49'070 fr. 48 ($[46'716 : 40 \times 41,6] + 1 \%$).

La réduction du salaire statistique dans le cadre de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé prévue par la jurisprudence (ATF 126 V 75) a pour objectif de tenir compte du fait que pour un assuré devant se réadapter dans une activité qu'il est jugé apte à exercer malgré son handicap, les possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple,

limitations liées au handicap, âge, années de service), l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (9C_731/2007 du 20 août 2008, consid. 5.2; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 consid. 6).

Dans le cas particulier, compte tenu de l'âge de la recourante au moment de l'ouverture du droit éventuel à la rente et de ses handicaps liés au rachis, l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en fixant le taux d'abattement à 15 %. L'absence de formation professionnelle dont l'intéressée se prévaut n'est pas un critère susceptible d'augmenter l'étendue de l'invalidité au regard de la nature des activités encore exigibles de sa part, soit un éventail d'activités légères pour lesquelles on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle. En outre, on ne voit pas que le marché du travail serait inaccessible aux personnes sans formation professionnelle. Il en résulte ainsi un revenu d'invalidé de 41'709 fr. 91.

d) Le calcul de la perte économique de la recourante (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant :

$$(46'872 \text{ fr. } 88 - 41'709 \text{ fr. } 91) : 46'872 \text{ fr. } 88 \times 100 = 11,01 \%$$

Un tel degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à au moins un quart de rente d'invalidité (cf. supra, consid. 5a).

6. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

Les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et 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 (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, fixés à 500 fr. (cinq cents francs), sont à mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Subilia, avocat (pour V. _____)
- 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).

La greffière :