

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 octobre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Dind et M. Jomini
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à Aigle, recourante, assistée de Me Joël Crettaz, avocat à
Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; 4 al. 1 in fine, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** N._____, née le 1^{er} septembre 1962, a déposé, le 13 juin 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), indiquant que l'atteinte à la santé dont elle se prévalait résultait d'une hernie discale en L5-S1. Elle y précisait également n'avoir suivi que son école primaire, au Portugal.

b) De 1990 à 2005, la prénommée a travaillé comme nettoyeuse professionnelle pour le compte de l'entreprise Z._____ à [...]. A compter du 4 août 2005, elle s'est trouvée en arrêt de travail à 100%.

c) Dans un rapport médical du 21 juillet 2006, le Dr X._____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants :

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

 Lombalgies depuis 1995 d'apparition spontanée en aggravation constante.
 Lombalgies persistantes post-hémilaminectomie et discectomie pour une hernie discale L5-S1 droite le 07.08.2005.
 Syndrome radiculaire sensitivo-moteur déficitaire L5-S1 droit.

 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

 Status après traumatisme du coccyx en 1998.
 Suspicion non confirmée d'une TVP [ndr.: thrombose veineuse profonde] post-opératoire du MID [ndr.: membre inférieur droit] en 2005."

Ce praticien relevait en outre que l'état de santé était stationnaire, l'incapacité de travail étant de 100% dès le 4 août 2005 dans l'activité de nettoyeuse professionnelle. Une activité adaptée, savoir avec positions variables sans port de charges et où il n'y aurait pas de mouvements rotatoires pouvait être effectuée à raison de quatre heures par jour avec une diminution de rendement estimée à 30%.

d) Le Dr C._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a été mandaté par l'assureur-accidents perte de gain pour effectuer une expertise médicale. Il a déposé son rapport le 7 avril 2006.

Dans ce document, il rappelle tout d'abord que l'activité de l'expertisée consiste à effectuer des mandats de nettoyages dans des maisons en fin de chantier ou lors de déménagements. Le travail consiste à passer l'aspirateur, balayer, récurer les sols, shampooiner les moquettes avec des machines et parfois nettoyer des vitres, occasionnellement sur un échafaudage ou une échelle. Ce travail s'effectue en équipe de 2 à 4 personnes. Le Dr C._____ indique ensuite que l'intéressée est en arrêt de travail depuis le 04 août 2005 à 100%. Elle a subi, le 16 août 2005, une hémilaminectomie et une discectomie. Les chutes opératoires sont simples. Du 23 au 31 août 2005, elle a été prise en charge au Centre de Traitements et de Réadaptation P._____ à [...]. L'expert signale encore que l'assurée bénéficie d'un traitement de Prednisone à dose dégressive ainsi que d'une prise en charge physiothérapeutique (30 séances sous forme de massages, fango et mobilisation) ; l'évolution est caractérisée par la disparition des douleurs dans le membre inférieur droit mais par la persistance de douleurs lombaires basses en barre.

L'expert pose les diagnostics suivants :

"4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

Syndrome lombo-vertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
- troubles dégénératifs multi-étagés L5-S1
- status post hémilaminectomie L5-S1 pour cure d'HD en 2005.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Nihil."

Il relève ensuite que l'examen de l'assurée met en évidence un syndrome lombo-vertébral qui à son avis ne présente pas de signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen clinique frappe par une

hypoesthésie ne respectant pas de dermatome spécifique le long de la cuisse, de la jambe et du pied droit. Il frappe également par une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec présence des signes de non-organicité selon Waddell. Il n'y a pas de points de fibromyalgie. Finalement, l'expert met en évidence une hypoextensibilité de toute la musculature paravertébrale rendant l'examen segmentaire impossible. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit en avant-plan d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur, l'ensemble des éléments objectifs ne permettant pas à eux seuls d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie dont se plaint l'assurée. Selon le Dr C._____, cette dernière présente un syndrome lombo-vertébral modéré sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ceci dans un contexte de troubles dégénératifs minimes avec discopathie L5- S1, arthrose facettaire postérieure et canal lombaire étroit acquis à la limite du significatif en L2- L3 et L3-L4, ainsi que d'un status post hémilaminectomie intervenue huit mois auparavant. Il n'y a pas de signe ou de symptôme évoquant une symptomatologie de canal lombaire étroit. Il s'y associe plusieurs zones dysfonctionnelles probablement reflet d'une tentative de compensation et qui est probablement responsable de la symptomatologie douloureuse. L'expert de répéter ensuite qu'en effet, l'ensemble des éléments cliniques et paracliniques ne permettent pas à eux seuls d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle dont se plaint l'assurée, relevant la discordance entre les plaintes subjectives dont se plaint l'assurée et l'examen clinique qui, somme toute, est rassurant. Il n'existe pas à son avis d'affection psychiatrique sous-jacente majeure. L'hyposensibilité de la face latérale du membre inférieur droit ne lui semble pas être corrélée à un substrat anatomique, cette diminution de la sensibilité ne respectant pas un dermatome précis et ne parle donc pas en faveur d'une atteinte radiculaire.

Le Dr C._____ poursuit son expertise en relevant que du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec avec mobilisation douce, progressive de la région lombaire en thérapie manuelle avec des exercices de proprioception. Une prise en charge sous forme de massages

subaquatiques et mobilisation en piscine pourrait également lui être bénéfique. Elle devrait bénéficier également d'une médication antidépressive à visée antalgique dans le but de rehausser le seuil de tolérance à la douleur. Selon l'expert, du point de vue rhumatologique, l'assurée dispose d'une capacité de travail actuelle dans son ancienne activité de technicienne de sol s'élevant à 60%. Ensuite de la prise en charge thérapeutique susmentionnée, soit après un délai que l'expert estime à 4 mois, cette activité pourrait être augmentée à 100%. Dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations fonctionnelles (résidant selon lui dans la contre-indication d'une station debout prolongée, des mouvements en porte à faux avec long bras de levier, du port de charges supérieures à 5 kg ainsi que de déplacements de plus d'une demi-heure en voiture), sa capacité de travail est estimée à 100%. Selon l'expert, les limitations sont essentiellement imputables au vécu douloureux chronique et aux minimes troubles dégénératifs rachidiens.

Le Dr C. _____ signale que cette appréciation se distancie de celle de la Dresse Q. _____, spécialiste en neurochirurgie (dont différents rapports médicaux lui ont été soumis). Il justifie toutefois son point de vue en évoquant le fait que dans aucun des rapports de cette dernière, il n'a été fait mention d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec présence de signe de non-organicité selon Waddell, problématique qui, de son avis, a été sous-estimée jusqu'alors. Il expose également qu'après huit mois post-opératoires, l'évolution du point de vue des douleurs du membre inférieur droit de l'assurée est décrite par cette dernière elle-même comme favorable. Enfin, il relève que l'assurée n'a pas bénéficié de la poursuite de la prise en charge physiothérapeutique, qu'elle décrivait elle-même comme bénéfique, ce tant dans les années précédant l'opération que dans la période post-opératoire.

e) Dans une lettre du 23 novembre 2006 adressée au conseil de l'assurée, le Dr T. _____, médecin-chef au Centre médical K. _____ où cette dernière a séjourné, écrit notamment ce qui suit :

"[...] Les constatations objectives de cette prise en charge sont que sur le plan ergonomique, la patiente a un bon contrôle des mouvements, qu'elle

n'utilise toutefois pas, qui permettrait d'augmenter ses performances. Il y a, comme vous avez pu le constater sur l'évolution ergothérapeutique, de fortes discordances entre les différents ports de charges et l'auto-évaluation effectuée par la patiente, ce qui montre de nouveau une forte appréhension dans ce contexte.

Sur le plan subjectif, il y a certainement peu de changement des douleurs. Sur le plan objectif, il y a des améliorations. Il y a de fortes inconstances entre des moments d'importante boiterie où la patiente montre une forte gêne, mais qui, durant des moments d'inattention, disparaît, surtout lors des traitements.

Ainsi, la capacité de travail dans cette situation est à 50% dans une activité adaptée avec un port de charges ne dépassant pas 5 kg avec des changements posturaux.

Concernant l'expertise du Dr C. _____, qui a été faite au mois d'avril et le moment où je vois Mme N. _____ en septembre, il s'est donc écoulé 5 mois. Dans ce contexte, je ne peux pas aller dans le sens de mon Confrère qui trouve de nombreux signes de non organicité, qui ne sont pas présents lors de mes différents examens. Une IRM a été effectuée depuis l'expertise qui montre un remaniement fibreux entourant la racine S1 (c.f. photocopie de l'IRM du 26.07.06). Ce remaniement fibreux peut expliquer cette sciatalgie irritative, mais non déficitaire.

C'est clair que ce document n'était pas à la disposition du Dr C. _____ lors de son expertise, mais l'ayant actuellement en main, ceci peut bien expliquer les douleurs dont souffre la patiente. [...]"

Dans des rapports médicaux des 7 et 24 avril 2007, ce même médecin diagnostique des lombosciatalgies droites chroniques dans le contexte d'un status après cure de hernie discale L5-S1 droite (16.08.2005) ainsi qu'un déconditionnement musculaire et psychique. Selon lui, une activité est envisageable pour autant qu'elle n'implique pas de port de charges dépassant 5 kg et qu'elle permette d'éviter la posture en flexion, de changer de postures et de faire des pauses, le rendement ne dépassant alors pas les 50%.

Dans un nouveau rapport du 31 mai 2007, le Dr T. _____ a confirmé cette exigibilité. Il a joint à son envoi un rapport du 3 avril 2007 du Dr V. _____, médecin adjoint au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier R. _____, dans lequel ce dernier dit en particulier avoir constaté à l'examen la présence de deux, sinon trois signes de Waddell positifs et que, dans ce contexte, un traitement par spondylodèse peut échouer dans une proportion de 40 à 50%.

f) Il a été prévu que l'assurée accomplisse un stage d'évaluation et d'observation au Centre de formation M. _____ à [...] du 23 mai au 22 septembre 2007.

Il ressort notamment ce qui suit d'un rapport établi par cette institution le 3 juillet 2007 :

"[...] Suite à une opération en raison d'une hernie discale, elle est en arrêt de travail depuis 2005, car elle ressent encore de fortes douleurs.

De ce fait, elle a débuté son stage à 50%. Le choix libre d'activités lui a été difficile, mais elle a finalement réalisé des travaux adaptés. Minutieuse, elle a ainsi démontré de l'habileté manuelle. Autonome, elle est capable de réaliser des tâches après démonstrations. Son niveau scolaire et de connaissance général est insuffisant notamment de par sa courte scolarité.

Rapidement, elle a besoin d'alterner les positions, privilégiant celle debout. Malgré les adaptations (horaires, activités, positions de travail), Mme N. _____ a eu de la peine à s'investir dans son stage et à être régulière. Elle a été absente à de nombreuses reprises venant au centre environ un jour sur deux. Elle est fatiguée et fatigable, notamment en raison de sa médication (morphine). De plus, les trajets lui sont également très pénibles.

En conclusion, Mme N. _____ possède un potentiel de travail de type pratique et manuel. Toutefois, elle ne réussit pas à tenir un 50%. De plus, par défense et par protection de son état de santé, elle se sent très démunie. Elle n'a ni la force, ni les ressources nécessaires pour entreprendre une réinsertion. [...]"

Les mesures d'évaluation ont été interrompues le 13 juillet 2007.

g) Il ressort d'une attestation établie le 19 mars 2007 par l'employeur de l'assurée qu'en 2006, cette dernière aurait théoriquement travaillé 42,5 heures par semaine et aurait perçu un salaire horaire brut de 24 fr. 30, treize fois l'an.

h) Le Dr B. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a procédé à un examen rhumatologique le 23 octobre 2007. Dans son rapport du 8 novembre 2007, ce médecin pose les diagnostics suivants :

"- avec répercussion sur la capacité de travail :

- lombosciatalgies séquellaires (syndrome irritatif S1 et troubles de désafférentation S1 D sur status après cure de hernie discale L5-S1 D
- sans répercussion sur la capacité de travail :
- omalgies D anamnestiques dans un contexte de syndrome de la coiffe des rotateurs de type irritatif (m 75.1)
 - amplification des plaintes à but asséculoologique."

Selon le Dr B. _____, l'assurée présente un status après cure de hernie discale L5-S1 avec la mise en évidence d'une fibrose post opératoire engainant la racine L5. Sur le plan symptomatologique, il constate la présence de douleurs lombaires en barre, associées à des sciatalgies de type irritatif et de désafférentation dans le territoire S1. Relevant que les constatations mises en évidence lors de l'examen clinique sont en adéquation avec les trouvailles radiologiques, ce praticien signale toutefois la mise en évidence de phénomènes d'exagération verbale (signes de non organicité selon Waddell : 3 sur 5) rentrant dans le cadre d'une amplification des plaintes, à but le plus probablement asséculoologique.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, il relève ce qui suit :

"[...] Au vu des atteintes à la santé présentées par l'assurée, des limitations fonctionnelles claires sont établies. Ces limitations fonctionnelles induisent une incapacité de travail dans son activité antérieure de femme de ménage. Pour autant que ces limitations puissent être respectées, une capacité de travail résiduelle dans son activité antérieure de l'ordre de 50% peut être retenue.

Une activité adaptée, respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%. Vu les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée et la symptomatologie algique d'origine neurogène, une diminution de rendement de 20 à 25% peut être retenue.

Les limitations fonctionnelles : pas de port de charges > à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise et debout, minimum 2 x à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc contre résistance, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur. Pas de position en genuflexion ou accroupie, pas d'activité nécessitant des élévations des MS [ndr.: membres supérieurs] au-delà de 90° de façon

répétitive et contre résistance. Possibilité de réaliser une pause toutes les deux heures pendant laquelle l'assurée puisse s'allonger pendant 5 à 10 minutes. [...]"

Sur la base des documents mis à sa disposition, le Dr B. _____ retient que l'assurée est en incapacité de travail à 100% depuis le 04 août 2005. Au vu des atteintes à la santé présentées par celle-ci, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle est retenue pour une période maximale de 6 mois à la suite de l'intervention chirurgicale subie le 16 août 2005, une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle pouvant être évoquée depuis mars 2006. Concernant la capacité de travail exigible, au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, l'activité antérieure de femme de ménage ne peut selon ce médecin être effectuée à un taux supérieur à 50% même si les limitations fonctionnelles sont respectées. Une activité adaptée, qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles est en revanche théoriquement possible à un taux de 100%. Enfin, le Dr B. _____ conclut qu'au vu de ces limitations fonctionnelles, une diminution de rendement de 25% doit être retenue et que de ce fait, la capacité de travail globale dans une activité adaptée est de 75% depuis mars 2006.

i) Le 19 mai 2008, l'OAI a rendu un projet de décision dans lequel il refuse à N. _____ le droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles.

L'assurée a contesté ce projet, alléguant que compte tenu de l'étendue de ses limitations, il était exclu d'admettre qu'une activité professionnelle autorisant de telles limitation existait effectivement sur le marché du travail et qu'il appartenait à l'OAI d'indiquer des exemples d'activités adaptées se trouvant réellement sur le marché.

Le 8 septembre 2008, l'OAI a rendu une décision reprenant les termes de son projet, se fondant sur l'examen clinique du SMR et retenant dès lors une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 25 % dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus, il a considéré que le taux d'invalidité s'élevait à 36% et que le

droit à la rente d'invalidité n'était pas ouvert, le minimum légal de 40% n'étant pas atteint. S'agissant des mesures professionnelles, l'OAI relève que le droit à une mesure de réadaptation déterminée supposait qu'elle fût appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré, lequel devait avoir la volonté nécessaire de se réadapter. Il considérait, au vu de la position de l'assurée quant à l'exigibilité médicale retenue, que les chances de succès d'un reclassement apparaissaient vouées à l'échec et que de ce fait, des mesures d'ordre professionnel n'avaient pas lieu d'être.

Dans une lettre accompagnant cette décision, censée faire partie intégrante de celle-ci, l'OAI a précisé en substance que des activités industrielles légères, telles des activités de petit montage-assemblage, de surveillance d'un processus de production ou encore de conditionnement léger, seraient parfaitement adaptées à la problématique de santé de l'assurée. Il rappelait en outre que l'évaluation de l'invalidité se fondait sur la notion théorique de marché du travail équilibré. Enfin, il ajoutait que les signes de non organicité selon Waddell étaient fréquemment utilisés et très utiles pour confirmer un comportement douloureux que soupçonnait le praticien quand le patient exprimait des symptômes allant au-delà de ce qui était constaté à l'examen ; dans le cas d'espèce, les signes de non organicité selon Waddell retenus plaidaient simplement en faveur d'une amplification des symptômes.

B. N. _____ a recouru contre cette décision par acte du 10 octobre 2008, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

A l'appui de son recours, la prénommée soutient en substance qu'elle ne peut exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès lors qu'une telle activité n'existe pas sur le marché du travail. Elle relève également que c'est probablement pour cette raison que l'OAI n'a pas été en mesure de proposer des exemples d'activités adaptées alors qu'il était pourtant tenu de le faire dans la décision

entreprise. Enfin, elle allègue que compte tenu de ses limitations fonctionnelles, elle n'est plus capable d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

L'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI) (art. 1 al. 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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, déposé en temps utile, est en outre recevable en la forme.

b) 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). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois juges (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr., s'agissant de l'octroi d'une rente.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur

les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c ; ATF 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, consid. 3b).

Est litigieuse en l'espèce la question de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée et en conséquence du taux d'invalidité de celle-ci. Ne l'est en revanche pas celle des mesures professionnelles, qui ont été refusées par l'OAI par la décision querellée, la recourante n'ayant formulé aucune conclusion ni aucun grief à cet égard.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). 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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF, 10 mars 2009, 9C_519/2008, 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 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2, 114 V 310, consid. 3c, 105 V 156, consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; VSI 2002 p.64, consid. 4b/cc ; TFA, 21 mars 2006, I 274/05, consid. 1.2).

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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références citées).

Le juge peut en particulier accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). La jurisprudence reconnaît ainsi qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF, 10 novembre 2005, I 573/04, consid. 5.2 ; 28 octobre 2002, I 523/02, consid. 3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent pour leur part 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 donc 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 ; 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).

Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve,

le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193 ; ATF 119 V 9 et les arrêts cités ; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., Berne 2003, n° 30 p. 331 ; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 422-423).

4. En l'espèce, s'agissant de déterminer la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 8 novembre 2007 du Dr B._____, du SMR.

Sur le plan médical, ce rapport procède d'une étude fouillée du cas de la recourante. Il prend en compte l'ensemble du dossier de celle-ci. Il comporte une anamnèse et fait état des plaintes de la recourante. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Certes, il s'écarte de l'appréciation du Dr C._____ qui retenait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Toutefois, lors de son expertise, ce dernier praticien n'avait pas connaissance de la problématique du remaniement fibreux entourant la racine S1. Il n'en a dès lors pas tenu compte, contrairement au Dr B._____. L'appréciation de ce dernier s'écarte également de celle du Dr T._____, qui retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Ce médecin indique ne pas trouver de nombreux signes de non organicité lors de ses différents examens et expose que le remaniement fibreux entourant la racine S1 peut expliquer les douleurs dont souffre la patiente. Toutefois, tous les autres médecins qui ont examiné la recourante ont observé des signes de non organicité selon Waddell. Compte tenu de ce qui précède, il s'impose de considérer que les rapports médicaux des Drs C._____ et T._____ (qui doivent être, conformément à la jurisprudence précitée, pris en compte avec retenue dès lors où ils émanent de médecins traitants de l'assurée) ne sont pas de nature mettre en doute les conclusions du Dr B._____, lesquelles peuvent ainsi être suivies.

Cela étant, il y a lieu de retenir, conformément à l'appréciation de ce dernier médecin, une capacité de travail dès août 2005 de 100%

avec une diminution de rendement de 25% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

- absence de port de charges supérieur à 5 kg de façon répétitive ;
- absence de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise et debout, minimum 2 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée ;
- absence de position en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc contre résistance ;
- absence de montée ou descente d'escaliers à répétition ;
- absence d'activité sur terrain instable ou en hauteur ;
- absence de position en genuflexion ou accroupie ;
- absence d'activité nécessitant des élévations des MS au-delà de 90° de façon répétitive et contre résistance ;
- possibilité de réaliser une pause toutes les deux heures pendant laquelle l'assurée puisse s'allonger pendant 5 à 10 minutes.

5. La recourante soutient qu'il n'existe pas d'activité professionnelle compatible avec ses limitations fonctionnelles et reproche à l'OAI de n'avoir pas été en mesure de proposer des exemples d'activités adaptées.

Ces deux griefs ne sont manifestement pas fondés.

D'une part, l'OAI mentionne expressément, dans la lettre d'accompagnement de sa décision du 8 septembre 2008, qui en fait partie intégrante, au titre d'activités adaptées à l'état de santé de la recourante, des tâches industrielles légères, telles du petit montage-assemblage, la surveillance d'un processus de production ou encore du conditionnement léger.

D'autre part, si, selon la jurisprudence (ATF 110 V 273), le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré, la notion du marché équilibré du travail demeure une notion théorique et

abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente. En d'autres termes, le marché équilibré du travail étant une notion théorique, il suffit d'examiner quelle est (ou quelle serait) sur un marché du travail supposé équilibré l'activité raisonnablement exigible dans laquelle l'invalide peut (ou pourrait) mettre à profit sa capacité résiduelle de gain.

Le Tribunal fédéral (arrêt du 9 février 2009, 9C_361/2008) a ainsi jugé raisonnablement exigible de la part d'un assuré de 47 ans qu'il travaille à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui étaient les suivantes : "en lien avec l'atteinte au poignet droit : sans port de charges supérieures à 1 kg, ni mouvements nécessitant une flexion ou une extension marquée de l'articulation, travaux répétitifs ou contre résistance du bras, ni travaux d'écriture de longue durée ; en lien avec les lombalgies chroniques : permettant l'alternance des positions assis/debout toutes les 2 heures, sans port de charges supérieures à 15 kg, ni positions tenues en porte-à-faux du tronc ; impossibilité de lever des objets lourds, de se pencher en avant, de se trouver sur une machine avec vibration, de rester longtemps assis, de réaliser un travail de bureau."

En l'espèce, compte tenu de l'appréciation du Dr B. _____ quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante, de la situation personnelle de cette dernière, qui était âgée de 46 ans au moment de la décision attaquée, ainsi que du large éventail d'activités simples et répétitives, n'impliquant pas de formation autre qu'une mise au courant initiale, offert par les secteurs de la production et des services, il n'est de loin pas illusoire ou irréaliste d'admettre qu'il existe un nombre significatif de métiers qui peuvent être exercés par la recourante en dépit de ses limitations fonctionnelles.

6. Cela étant posé, il reste à examiner la question de la capacité de gain de la recourante, à calculer, sur cette base, son taux d'invalidité et ainsi déterminer son droit éventuel à une rente.

Il convient de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assurée était susceptible de réaliser en 2006, année de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222). L'incapacité de travail a en effet débuté en août 2005.

Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait vraisemblablement s'il était en bonne santé.

En l'espèce, l'OAI a retenu un salaire sans invalidité en 2006 de 58'133 francs. Pour évaluer ce salaire, il s'est fondé sur l'attestation établie par l'employeur de la recourante le 19 mars 2007, dont il résulte que son horaire hebdomadaire de travail était de 42.5 heures par semaines, que la recourante recevait un treizième salaire et qu'en 2006 le salaire horaire se serait élevé à 24 fr. 30. Le salaire annuel en 2006 aurait ainsi été de 58'176 fr. 46 ($\{42.5 \text{ heures} \times 24 \text{ fr. } 30 = 1032 \text{ fr. } 75\} \times 52 \text{ semaines} = 53'703 \text{ fr.}\} + [53'703 \text{ fr.} \times 8.33 \% (13\text{ème salaire})] = 4'473 \text{ fr. } 46$).

Ce calcul ne prête pas le flanc à la critique.

Quant au revenu d'invalidité, il convient de l'évaluer, conformément à la jurisprudence, sur la base de statistiques salariales, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé (cf. ATF 126 V 75). L'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (édition 2006) indique une valeur centrale de 4'019 fr. pour un niveau de qualification 4, qui correspond aux activités simples et répétitives, retenues à juste titre, on l'a vu, comme type d'activité adapté. En réajustant cette valeur en fonction de l'horaire hebdomadaire moyen, qui est de 41.7 heures (cf. ATF 126 V 75 précité ; TFA, 26 juin 2003, 616/02 ; La Vie économique, n° 10/2006, p. 90), l'on

obtient un revenu théorique pour l'année 2006 de 50'277 fr. 69 à 100%. Au taux de 75%, ce revenu s'élève à 37'708 francs.

Selon la jurisprudence, le montant statistique ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, au nombre d'années de service, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou encore au taux d'occupation. Cet abattement permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 précité, consid. 5b s.).

L'OAI n'a procédé à aucune déduction à ce titre et ce sans motiver sa décision sur ce point.

Certes, le Dr B._____ a tenu compte, dans son appréciation de la capacité résiduelle de travail, des limitations fonctionnelles de la recourante, notamment de la nécessité de faire des pauses de 5 à 10 minutes toutes les deux heures, puisque le rendement exigible a en définitive été réduit de 25%.

Toutefois, la prise en compte des limitations fonctionnelles de l'assurée dans la détermination de la capacité résiduelle de travail est sans conséquence sur l'abattement qu'autorise la jurisprudence sur les salaires théoriques résultant des statistiques. Le Tribunal fédéral considère en effet, dans une jurisprudence constante, que la nature des limitations fonctionnelles présentées par un assuré peut constituer, outre une limitation du rendement, également un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (cf. ATF 126 V 75 précité, consid. 5a/bb p. 78 et les références citées ; voir également arrêt I 848/05 du 29 novembre

2006, consid. 5.3.3). En d'autres termes, il s'agit d'apprécier la situation non pas sous l'angle de la capacité de travail en tant que telle (rendement), mais plutôt sous l'angle des possibilités de mise en valeur de cette capacité de travail (fût-elle réduite ou non) sur le marché du travail. Ainsi dans un arrêt du 28 mars 2008 (9C_532/2007), le TF a-t-il jugé que c'était à tort que l'OAI contestait le principe de la prise en compte des limitations fonctionnelles lorsqu'il s'agit d'apprécier la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits.

En l'espèce, la recourante, âgée de 46 ans au moment de la décision litigieuse, n'a suivi que l'école primaire. Elle a travaillé 15 ans chez le même employeur. Ses limitations fonctionnelles sont multiples et sans conteste de nature à limiter la mise en valeur de sa capacité de travail.

Dans ces circonstances, une réduction de 15% des revenus statistiques apparaît équitable. Il s'ensuit que le revenu d'invalidé à prendre en compte s'élève à 32'052 francs.

Le taux d'incapacité de gain résultant de la comparaison des revenus est ainsi de 44.91% ($[(58'176 \text{ fr.} - 32'052 \text{ fr.}) \times 100] / 58'176 \text{ fr.}$).

En conséquence, la recourante a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI) dès le 1^{er} août 2006.

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision querellée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2006.

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. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat,

auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. En l'occurrence, il ne sera pas perçu de frais judiciaires.

c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA ; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens.

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

- I.** Le recours est partiellement admis

- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1er août 2006.

- III.** L'OAI versera à N._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Joël Crettaz, avocat (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :