

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 décembre 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Pasche et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

V._____, à Vevey, recourante, représentée par Me Henriette Dénéreaz Luisier, avocate à Vevey,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après: l'assurée), née le 2 juillet 1967, travaillait depuis février 2005 comme ouvrière dans une usine de cosmétiques pour l'agence de travail temporaire A. _____ SA. Le 7 novembre 2005, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a requis le dossier de l'assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). Il en ressort que, le 14 février 2005, l'assurée a glissé sur la neige en allant prendre sa voiture, est tombée en arrière et a ressenti des douleurs dans le dos; le cas a été pris en charge par la CNA. Le Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu une contusion lombo-sacrée, respectivement des lombo-sciatalgies droites post-traumatiques, et une incapacité de travail totale, dès la date de l'accident.

Dans un rapport du 2 mai 2005, le Dr L. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a signalé des douleurs à la cuisse et à la fesse droites, n'a constaté aucune limitation fonctionnelle notable à l'examen clinique, n'a retenu ni syndrome lombo-vertébral ni signe d'atteinte radiculaire et en a déduit que l'intéressée pouvait reprendre le travail dès le 3 mai 2005. A deux mois et demi d'une contusion banale du rachis n'ayant entraîné aucune lésion objectivable, il a estimé que le statu quo sine était atteint.

Par décision sur opposition du 1^{er} juillet 2005, confirmant une décision du 11 mai 2005, la CNA a mis un terme à l'octroi de prestations d'assurance au 3 mai 2005, se référant à l'appréciation médicale du Dr L. _____.

Dans un formulaire 531bis daté du 29 novembre 2005, l'assurée a déclaré que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait comme ouvrière à 100%, en raison de nécessité financière.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur du 28 décembre 2005, A. _____ SA a indiqué que l'assurée, dont le contrat avait débuté le 7 février 2005, ne travaillait plus depuis le 11 février 2005 et que son salaire était de 18 fr. de l'heure, pour un horaire de 40 heures par semaine. Un extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, daté du 2 décembre 2005, a mis en évidence des revenus de 8'792 fr. en 1996, de 27'986 fr. en 1997, de 19'221 fr. et de 768 fr. en 1998, de 8'160 fr. en 1999, de 8'812 fr, de 1'713 fr. et de 960 fr. en 2000 et de 18'115 fr. en 2004.

L'OAI s'est adressé au Dr I. _____ qui, le 4 janvier 2006, a retenu le diagnostic de lombo-sciatalgie droite chronique sur troubles dégénératifs et une incapacité de travail de 100% depuis le 14 février 2005. Il a relevé que l'assurée ressentait des douleurs dorso-lombaires de plus en plus fortes à la suite de sa chute survenue le 14 février 2005 et que des traitements antalgiques, de physiothérapie ainsi que des injections périurales n'avaient apporté aucun soulagement net. Il a joint à son rapport des protocoles opératoires des Drs X. _____, anesthésiologue FMH, et C. _____, neurochirurgien FMH, du [...], faisant état de discographie et thermocoagulation discale L3-L4 sous guidage radioscopique et de deux injections périurales antalgiques L4-L5 sous guidage radioscopique, intervenues respectivement le 1^{er} décembre 2005 et les 26 août et 10 novembre 2005.

L'OAI s'est également adressé au Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. En date du 9 février 2006, ce médecin a retenu les diagnostics de rachialgies et lombo-sciatalgies droites et a fait état d'une incapacité de travail totale depuis une année. Il a notamment signalé que l'assurée avait fait l'objet d'un CT scanner et d'un RX de la

colonne lombaire, qui n'avaient rien montré d'anormal, et n'a pas proposé de traitement spécifique sur le plan orthopédique.

Dans un rapport du 14 mars 2006, la Dresse B._____, neurochirurgienne FMH au [...], a attesté quatre opérations d'août 2005 à février 2006 (deux injections péri-durales les 26 août et 10 novembre 2005 et deux discographies et thermocoagulations les 1^{er} décembre 2005 et 9 février 2006). Dans son appréciation du cas, elle a retenu une capacité de travail de 25% dans l'activité habituelle de l'assurée, ajoutant qu'une capacité de travail supérieure semblait possible dans un travail adapté.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise le 19 avril 2007 à un examen rhumatologique et psychiatrique par les Drs K._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et O._____, spécialisée en psychiatrie. Le 15 mai 2007, ces médecins, ainsi que la Dresse U._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgie droite sur trouble statique dégénératif du rachis lombaire. Ils ont retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle (sous respect des limitations fonctionnelles) et dans une activité adaptée depuis mai 2005. Dans l'anamnèse, ils ont signalé que l'assurée mentionnait des céphalées quasi quotidiennes avec nausées et vertiges (au plan neurologique) et ont relevé que l'intéressée n'avait jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière, mais qu'elle bénéficiait d'un traitement antidépresseur prescrit par son médecin traitant en 2005 pour les douleurs chroniques. Ils ont encore noté que l'assurée se plaignait de douleurs au dos ainsi qu'aux jambes mais n'avait aucune plainte sur le plan psychiatrique (au plan psychosocial). Ils ont relevé notamment ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Actuellement, l'assurée déclare une symptomatologie constante en ce qui concerne le membre inférieur droit, avec une intensité douloureuse à 10/10, associée à des lombalgies droites par intermittence, en relation avec les positions statiques prolongées ou l'activité physique.

L'examen clinique de ce jour est tout à fait rassurant, avec une parfaite mobilité au niveau du rachis lombaire, la distance doigts-sol est mesurée à 0 cm, le Schober est à 10/15 cm au niveau lombaire. Toutes les autres articulations sont parfaitement libres, sans aucune entrave. Sur le plan neurologique: les réflexes ostéotendineux sont symétriques, pas de mise en évidence de trouble moteur, avec une trophicité musculaire conservée. Sur le plan sensitif, nous avons objectivé une hypo-hyperesthésie dans le territoire du nerf saphène droit (status après stripping, cure de varices).

Le reste de l'examen de médecine générale est sp. A signaler l'absence de mise en évidence de tachycardie ou d'HTA lors du status, malgré les descriptions hyperalgiques de l'assurée. Mise en évidence d'une obésité de classe 1 avec un BMI à 32.3. Le reste de l'examen met en évidence tous les signes de non-organicité selon Waddell en faveur d'un processus non-organique (5/5), avec absence de signe selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie.

Les examens complémentaires mis à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs du rachis lombaire, avec discopathie débutante L3-L4, L4-L5, associées à des troubles dégénératifs postérieurs interfaccettaires minimes. Aucune image en faveur d'un processus compressif sur le plan médullaire ou radiculaire n'a été objectivée.

En conclusion: cette assurée présente une symptomatologie algique touchant le rachis lombaire et irradiant dans le membre inférieur droit, évoluant à la suite d'un traumatisme banal. Les examens complémentaires mis à disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs et statiques du rachis, en adéquation avec l'âge de l'assurée et son surpoids. L'examen clinique du jour est tout à fait rassurant, avec absence de mise en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires ou de trouble neurologique, hormis une hypo/hyperesthésie dans le territoire du nerf saphène (status après stripping de la veine saphène en 2004).

La globalité des plaintes de l'assurée n'est pas explicable par les trouvailles cliniques ou les examens complémentaires mis à disposition. Le status clinique met clairement en évidence des signes de non-organicité (5/5 selon Waddell) en faveur d'un processus non-organique allant dans le sens d'une amplification verbale des plaintes.

[...]

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

[...]

Notre assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, et elle ne bénéficie d'aucune prise en charge sur le plan rhumatologique. Il existe une importante divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé: une allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues.

Compte tenu des difficultés à établir des preuves de l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assurée ne suffisent pas pour justifier une invalidité.

Sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante, et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charge supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis à répétition, pas de position statique debout au-delà de 15 à 20 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 1 heure.

[...]

Une pleine capacité de travail est attestée [par le Dr L. _____] à partir du 03.05.05, au vu de l'examen clinique pratiqué à l'époque et de l'absence de mise en évidence de lésion significative sur les clichés radiologiques. Notre examen clinique de ce jour confirme l'absence d'atteinte ostéoarticulaire à caractère invalidant à long terme. Certes l'assurée présente des troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaire, ceux-ci sont aggravés par une surcharge pondérale et entraînent des limitations fonctionnelles qui sont facilement respectables dans la plupart des activités professionnelles. L'activité effectuée par l'assurée auparavant (ouvrière d'usine à l'emballage de cosmétiques) peut parfaitement être adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. De ce fait, nous estimons que cette assurée présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis le 03.05.05".

Dans un rapport d'examen du SMR du 13 juin 2007, se référant au rapport précité, le Dr K. _____ a retenu l'atteinte principale de lombosciatalgies droites sur trouble statique et dégénératif du rachis lombaire, puis une capacité de travail entière dans l'activité habituelle (sous respect des limitations fonctionnelles) et dans une activité adaptée.

Dans un préavis du 19 novembre 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a retenu que

l'intéressée présentait une incapacité de travail de 100% dès le 14 février 2005 et, dès le 3 mai 2005, une pleine capacité de travail. Avec un revenu d'invalidé de 44'693 fr. 40 - sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour les femmes en 2006, en tenant compte d'un abattement de 10% - et un revenu sans invalidité de 49'659 fr. 33 - selon l'ESS 2006 - l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 10%.

Le 18 décembre 2007, par son mandataire, l'assurée a produit les documents suivants:

- Un rapport radiologique du 10 décembre 2007 du Dr N._____, radiologue FMH à la clinique La Prairie, retenant ce qui suit après une IRM de la colonne lombaire:

"Discopathies dégénératives étagées depuis L2 jusqu'à L5 avec protrusion médiane et paramédiane des disques concernés. Les protrusions prédominent au niveau L4-L5. Les diamètres du canal sont dans les limites de la norme. Arthrose postérieure L3-L4, L4-L5, sans hypertrophie des ligaments jaunes. Petite hernie intra-spongieuse sur le plateau vertébral supérieur de L4".

- Un rapport du 11 décembre 2007 de la Dresse B._____ attestant une évolution lentement mais progressivement défavorable avec sciatalgie droite récidivante et réfractaire au traitement conservateur. En comparant l'IRM précitée, du 10 décembre 2007, avec l'examen lombaire de 2005, elle a relevé une progression des troubles dégénératifs, surtout de la protrusion L4-L5 et de changement des plateaux L3-L4 avec signes de Modic II et suspicion d'une ancienne fracture L1, et a évoqué de futurs traitements semi-invasifs, le pronostic à long terme étant très réservé.

Dans un avis médical du 10 janvier 2008, sous la plume du Dr K._____, le SMR a indiqué que ces rapports (produits par l'assurée) n'apportaient aucun élément médical nouveau permettant de modifier sa position. Le radiologue retenant une légère péjoration des protrusions discales L4-L5 sans mise en évidence de phénomène compressif sur le plan radiculaire ou au niveau du cône médullaire, le SMR a indiqué, sur le

plan radiologique, que les atteintes relevées en 2007 étaient quasiment superposables à celles décrites en 2005, avec une technique différente de sorte que les examens ne pouvaient être comparés à 100%. La symptomatologie algique chronique de l'assurée s'intégrait essentiellement dans un contexte de non-organicité, qui ne relevait pas de l'AI, et celle-ci conservait une pleine capacité de travail dans toute activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 19 janvier 2009, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente, en se référant aux mêmes motifs que ceux de son préavis du 19 novembre 2007. Dans un courrier du même jour, l'OAI a notamment expliqué que les rapports médicaux produits par l'assurée ne permettaient pas de modifier sa position, qui se basait sur celle du SMR, et qu'il avait été tenu compte des limitations fonctionnelles sur le plan somatique dans le calcul du degré d'invalidité.

B. Par acte du 23 février 2009 de son mandataire, l'assurée a fait recours contre cette décision et a conclu, avec suite de dépens, à l'octroi de prestations d'invalidité, notamment au versement d'une rente.

Elle se prévaut de l'importance de ses douleurs, qui ont selon elle été minimisées par les médecins du SMR, et soutient que ces derniers ont relevé sans fondement une capacité de travail à 100% et l'absence de perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie sociale. Elle allègue souffrir de problèmes lombaires et de céphalées très importantes avec nausées et vertiges, puis retient que, compte tenu de son niveau de formation ainsi que de son état de santé, elle ne peut pas travailler à plein temps comme ouvrière d'usine. Sur le plan psychique, elle relève l'existence de troubles dépressifs nécessitant la prise d'antidépresseurs depuis 2005, se prévaut d'un trouble somatoforme douloureux et met en cause la valeur probante de l'avis de la Dresse O._____. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Par décision du 3 avril 2009, l'assistance judiciaire a été accordée à l'assurée.

Dans sa réponse du 20 mai 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Se référant à l'avis du Dr L._____ et à celui du SMR, il relève notamment qu'aucune radiographie ne démontre un processus compressif sur le plan médullaire ou radiculaire, que le trouble somatoforme douloureux - en l'absence de comorbidité psychiatrique et de perte d'intégration sociale - n'est pas invalidant, qu'il existe une importante divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, et que les plaintes subjectives ne permettent pas de justifier une quelconque incapacité de travail. L'OAI ajoute que la Dresse O._____ est en possession d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant depuis novembre 2006.

Par réplique du 18 juin 2009, la recourante réitère sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Dans sa duplique du 5 août 2009, l'OAI fait valoir que le dossier ne comporte pas de lacunes sur le plan médical, de sorte qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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 a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'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). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

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 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

c) Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

4. a) Sur le plan somatique, dans leur rapport d'examen rhumatologique, les médecins du SMR ont relevé que l'assurée présentait des douleurs constantes au membre inférieur droit, avec une intensité douloureuse à 10/10. De façon convaincante, ils ont pourtant expliqué que la globalité des plaintes n'était pas explicable par les investigations cliniques et les examens complémentaires. Leur avis confirme celui du Dr L._____, qui, malgré les plaintes importantes de la recourante, n'a constaté dans son rapport du 2 mai 2005 aucune limitation fonctionnelle notable, aucun syndrome lombo-vertébral ni atteinte radiculaire. Force est

ainsi de constater qu'il ressort des documents précités une discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, fondées sur les examens cliniques et radiologiques effectués.

D'autre part, il convient de relever que les médecins du SMR ont tenu compte de l'ensemble de la symptomatologie douloureuse de l'assurée, d'investigations radiologiques et neurologiques ainsi que des autres rapports médicaux figurant au dossier, de sorte que leur appréciation, qui ressort d'un rapport médical complet et bien motivé, dispose d'une pleine valeur probante. Dès lors, l'évaluation qu'ils font de la capacité de travail de 100% dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles - au demeurant peu importantes - ne prête pas flanc à la critique. Les avis contraires des médecins traitants - à savoir le Dr I. _____ et les médecins du [...] -, qui ne ressortent que de documents médicaux très succinctement motivés et devant de surcroît être appréciés avec les réserves d'usage compte tenu de leur relation de confiance privilégiée avec le patient, ne sauraient emporter la conviction contraire.

Certes, la Dresse B. _____ - qui a fait état d'une évolution lentement mais progressivement défavorable - a relevé, dans son rapport médical du 11 décembre 2007, sur la base d'une IRM en décembre 2007, une progression des troubles dégénératifs et noté une aggravation de l'état de santé du recourant, mais le Dr K. _____ du SMR, indiquant qu'il n'y avait pas de phénomène compressif sur le plan radiculaire ou au niveau du cône médullaire et que les atteintes relevées en 2007 étaient quasiment superposables à celles décrites en 2005, a expliqué de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles les constatations faites par la Dresse B. _____ sur la base de l'IRM ne lui permettaient pas de modifier son appréciation de la capacité de travail. Il a relevé, en particulier, que les examens radiologiques de 2005 et 2007 reposaient sur des techniques différentes ne permettant pas une totale comparaison des résultats. Au demeurant, la Dresse B. _____ se fonde sur une argumentation limitée et succincte, puisqu'elle n'indique en particulier pas, dans son rapport médical du 14 mars 2006, à quel taux de capacité de travail supérieure à 25% la recourante pourrait exercer un travail

adapté. Du reste, elle n'établit pas objectivement de relation entre l'incapacité de travail évaluée et l'aggravation qu'elle constate; elle se contente de considérer le pronostic comme défavorable, sans le justifier par des éléments médicaux objectifs.

Enfin, dans son rapport radiologique du 10 décembre 2007, le Dr N._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail. Quant au Dr G._____, s'il atteste une incapacité de travail de 100%, il relève cependant que le CT scanner et le RX de la colonne lombaire n'ont rien relevé d'anormal (rapport médical du 9 février 2006).

b) Dès lors, il y a lieu de retenir avec le SMR que la recourante présente, depuis mai 2005 (comme retenu par le Dr L._____), une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (sous respect de ses limitations fonctionnelles, à savoir: pas de port de charge supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis à répétition, pas de position statique debout au-delà de 15 à 20 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 1 heure) comme dans une activité adaptée.

5. Il reste à examiner la question d'éventuels troubles psychiques, respectivement d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, dont se plaint la recourante.

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF 137 V 64 consid. 4.1; TF 8C_103/2011 du 1^{er} juin 2011 consid. 2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

b) A titre préalable, il y a lieu de relever que la Dresse O._____, qui est la seule spécialiste en psychiatrie à se prononcer dans ce dossier, est au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal depuis le 24 novembre 2006 (CASSO, AI 626/08 du 18 novembre 2010). Son avis ne saurait donc être dénué de valeur probante pour des motifs d'ordre formel (TF I 65/07 du 31 août 2007; TF I 781/06 du 29 octobre 2007 consid. 3).

Comme vu précédemment, il n'y a d'autre part aucune raison de s'écarter des conclusions du rapport du SMR réalisé conformément à la jurisprudence, qui tient compte de l'anamnèse de l'assurée, des plaintes subjectives et des examens effectués notamment. A défaut de comorbidité psychiatrique, de syndrome douloureux somatoforme persistant ou d'une autre pathologie psychiatrique, il n'y a pas lieu de retenir une quelconque invalidité en découlant.

Par ailleurs, aucun des rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée figurant au dossier ne mentionne une quelconque symptomatologie psychiatrique. Un traitement antidépresseur a certes été introduit par le Dr I._____ en 2005 afin de soulager les douleurs chroniques, mais rien ne permet d'en déduire que la recourante présente des troubles dépressifs ayant une incidence sur sa capacité de travail. Il

ne ressort pas du dossier que l'assurée ait auparavant bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière. Les constatations des médecins du SMR, qui confirment au demeurant cette absence de pathologie psychiatrique invalidante, permettent de retenir au degré de vraisemblance prépondérante que la recourante ne présente pas d'affection psychique influençant sa capacité de travail, de manière telle qu'elle conduirait à une invalidité.

Enfin, la Dresse O._____ est la seule spécialiste en psychiatrie à avoir examiné l'assurée. Son avis dans l'appréciation psychiatrique de l'état de santé de la recourante apparaît en conséquence essentiel. Aucun autre rapport médical figurant au dossier n'a par ailleurs fait état d'un trouble somatoforme douloureux.

c) Dès lors, sur le plan psychique comme sous l'angle du trouble somatoforme douloureux, l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée à 100% faite par le SMR ne prête pas flanc à la critique.

6. Sur le plan économique, la recourante ne remet pas en cause le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI mais conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans des activités telles que celles qu'elle a précédemment exercées, comme ouvrière d'usine ou nettoyeuse de locaux. Selon la jurisprudence, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière; il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettrait de retrouver un emploi (TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2; TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.3).

Le revenu d'invalidé a pour le surplus correctement été déterminé selon l'ESS 2006 et, en retenant un taux d'abattement de 10%, l'OAI a équitablement tenu compte de l'ensemble des circonstances du cas présent (ATF 126 V 75 consid. 5b; TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010

consid. 4.3). En comparaison avec le revenu de 49'659 fr. 33 que l'assurée aurait pu réaliser sans atteinte à sa santé selon l'ESS 2006 – qui est favorable à cette dernière, car plus élevé que les salaires effectivement réalisés par l'intéressée – le degré d'invalidité s'élève à 10% et ne donne pas droit à une rente, étant donné qu'il est inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente.

7. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée.

Le dossier étant complet, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, sans qu'il ne soit besoin d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

8. a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à

remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Henriette Dénéreaz Luisier, à compter du 9 mars 2009 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu dans le présent arrêt de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Dénéreaz Luisier a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 6 heures et 30 minutes. L'indemnité de Me Dénéreaz Luisier s'élève donc à 1'170 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]), montant auquel il convient d'ajouter les débours par 32 fr. 40 et la TVA par 91 fr. 40. L'indemnité se monte donc au total à 1'300 fr.

c) Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 19 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Henriette Dénéreaz Luisier, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'300 fr. (mille trois cents francs).
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Henriette Dénéreaz Luisier, avocate à Vevey (pour V. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :