

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2011

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

G. _____, à Aigle, recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après: l'assurée), née en 1966, de nationalité portugaise et au bénéfice d'un permis d'établissement, travaillait en qualité d'employée de maison pour la fondation [...] à Chamby. Le 19 février 2008, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente.

Sur le plan médical, l'OAI a demandé le dossier de l'assurée auprès de son assureur perte de gain en cas de maladie. Le 10 mars 2008, cet assureur a notamment remis les pièces médicales suivantes:

- Un formulaire rempli le 8 août 2007 par le Dr M._____, médecine générale à Montreux et médecin traitant de l'assurée, posant le diagnostic de lombalgies aiguës chroniques depuis l'âge de 17 ans augmentées depuis 2 mois, attestant d'un traitement depuis le 13 avril 2007 et d'une incapacité de travail de 100% du 11 au 30 juin 2007.

- Un courrier du 18 décembre 2007 du Dr C._____, médecine générale FMH à Lausanne, attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 16 avril 2007 et de l'apparition, quelques semaines auparavant, d'un syndrome lombo-vertébral se chronifiant peu à peu. Ce médecin a retenu la présence d'un état algique prédominant au niveau dorso-lombaire et aux membres inférieurs, pouvant résulter d'une hyper laxité massive en L4-L5 et L5-S1 d'après l'avis d'un neurochirurgien. Il a signalé une amplification des symptômes douloureux et un état anxieux assez important, puis a écarté la possibilité d'une reprise même partielle du travail.

- Un rapport du 22 février 2008 du Dr Q._____, médecin chef du centre médical de Lavey-les-Bains et chirurgien orthopédique, posant les diagnostics de syndrome douloureux chronique dans le contexte d'un déconditionnement musculaire et psychologique important, de lombo-

sciatalgies gauches dans le contexte d'une double discopathie L3-L4, L5-S1, mais surtout un déconditionnement musculaire. Dans l'anamnèse, il a signalé que l'assurée avait bénéficié d'une prise en charge hospitalière au Portugal il y a une dizaine d'années pour une dépression. Il a retenu qu'un bilan radiologique et une IRM lombaire n'avaient pas mis en évidence de lésion organique simple pouvant expliquer la symptomatologie de l'assurée.

- Un rapport du 27 février 2008 du Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne au cabinet de médecine interne-endocrinologie-diabétologie de Monthey, attestant de la présence d'une hypothyroïdie légèrement surdosée sous traitement médicamenteux en cours ainsi qu'une suspecte hyperandrogénie d'origine surrénalienne dans le cadre d'un syndrome androgénogénital partiel.

L'OAI s'est adressé au groupe neurochirurgical romand qui, dans un rapport du 12 mars 2008 du Dr W._____, a retenu les diagnostics d'insuffisances segmentaire L4-L5 et L5-S1 débutantes traitées conservativement. Les limitations fonctionnelles ont été décrites (port de charges limité à 20 kg maximum, changement de positions fréquentes souhaitable, porte-à faux à éviter, position assises limitées à 2h et rotations bassins/épaules à éviter). La capacité de travail n'a pas été décrite et un examen médical par l'AI a été préconisé.

Dans un formulaire rempli le 16 mars 2008, l'assurée a déclaré qu'elle travaillerait en plus de la tenue de son ménage si elle était en bonne santé, depuis son arrivée en Suisse et en raison de nécessité financière.

Dans un rapport du 27 mars 2008 réclamé par l'OAI, le Dr M._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies et de cruralgies des deux cotés avec blocages intermittents (bombement discal avec une petite pointe de hernie discale L5-S1) depuis 2007, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 17

avril 2007. Il a suggéré un examen médical par un spécialiste, notamment s'agissant des limitations fonctionnelles.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique, effectué le 29 avril 2008 par le Dr B. _____, médecine physique et rééducation FMH au SMR. Ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dégénératifs et statiques modérés et de déconditionnement musculaire. La capacité de travail exigible a été évaluée à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée depuis avril 2007. Le SMR a retenu ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Assurée d'origine portugaise, âgée de 42 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant exercé l'activité d'assistante médicale auprès d'un gynécologue pendant une période de 3 ans au Portugal. Depuis son arrivée en Suisse en 2004, l'assurée travaille comme employée de maison à un taux de 60% jusqu'à la date de sa mise en incapacité de travail au mois d'avril 2007, en raison de lombosciatalgies G.

L'examen clinique de ce jour met en évidence une assurée en excellent état général, présentant un hirsutisme dans un contexte de syndrome adrénogénital pariétal associé à une hypothyroïdie substituée évoluant depuis de nombreuses années.

Sur le plan ostéoarticulaire, mise en évidence de limitations dans certaines amplitudes articulaires essentiellement dans un contexte de contrepulsions à but antalgique. Aucun trouble neurologique franc n'a été mis en évidence lors de l'examen clinique, aucune limitation franche dans les amplitudes articulaires n'a été mise en évidence.

Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence clairement des signes de non organicité selon Waddell en faveur d'un processus non organique (5/5). Un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut pas être retenu en raison de la présence uniquement de 5/12 signes selon Smythe en faveur d'un tel processus.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis lombaire, sans mise en évidence de phénomène compressif ou de conflit disco-radulaire.

En conclusion, cette assurée présente des lombosciatalgies chroniques sur un trouble dégénératif modéré du rachis associées à des signes cliniques en faveur d'un processus de non organicité. La globalité de la symptomatologie présentée par l'assurée et le

handicap entraîné dans la vie quotidienne et professionnelle ne peuvent pas s'expliquer par les atteintes à la santé ostéoarticulaire mises en évidence. Par ailleurs, cette assurée présente un trouble endocrinien depuis de longue date (une hypothyroïdie substituée) avec actuellement mise en évidence d'un syndrome adrénogénital pariétal.

En ce qui concerne la capacité de travail, au vu des atteintes à la santé présentées par l'assurée, toute activité à forte charge physique qui ne respecte pas les limitations fonctionnelles est à proscrire. L'activité habituelle de l'assurée (employée de maison) ne peut pas être adaptée de façon stricte aux limitations fonctionnelles, de ce fait une incapacité de travail dans ce domaine de 50% doit être envisagée. Une activité dite adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles, est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes ostéoarticulaire mises en évidence lors de cet examen clinique. L'influence du trouble hormonal présenté par l'assurée n'a pas été évaluée pour l'établissement de la capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, diminution du périmètre de marche à environ 30 minutes, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition.

[...]

Sur la base des documents mis à notre disposition, l'assurée est en incapacité de travail depuis le 16.04.2007.

[...]

Sur la base des atteintes à la santé ostéoarticulaire mises en évidence par les examens cliniques, cette assurée présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle en raison de l'impossibilité d'adapter cette activité aux limitations fonctionnelles de façon stricte. Une telle capacité de travail est pertinente depuis le mois d'avril 2007.

Concernant la capacité de travail exigible, [t]oute activité qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement sur le plan ostéoarticulaire. L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire. Le syndrome douloureux chronique mis en avant par l'assurée n'a pas été pris en considération pour l'établissement de la capacité de travail. Une telle atteinte à la santé à caractère non organique ne peut être considérée comme invalidante qu'en présence de pathologie d'ordre psychiatrique préexistant à caractère incapacitant, de co-morbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité selon la jurisprudence. Dans le cas d'espèce qui

nous préoccupe, cette assurée ne présente aucun antécédent sur le plan psychiatrique, elle ne revendique aucune atteinte d'ordre psychiatrique et les critères de gravité de la jurisprudence ne sont pas remplis (cf vie quotidienne).

En ce qui concerne une éventuelle influence du trouble endocrinien sur la capacité de travail, une évaluation spécialisée dans ce domaine est proposée".

Dans un rapport SMR du 14 mai 2008, le Dr Z._____, médecin chef adjoint, a repris les constatations et les conclusions du Dr B._____, en ajoutant que la capacité de travail fixée à 50% dans l'activité habituelle n'était pas parfaitement adaptée et que l'assurée n'avait aucun antécédent psychiatrique, aucun traitement psychotrope ni aucune plainte dans ce domaine.

Dans un projet de décision du 4 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Se basant sur l'examen clinique effectué par le SMR et s'écartant des avis contradictoires des médecins traitants, il a retenu que l'assurée pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis avril 2007. Compte tenu d'un revenu d'invalidé de 46'925 fr. 58 que l'assurée aurait pu réaliser en 2008, dans des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires et en tenant compte d'un abattement de 10%, et d'un revenu sans invalidité de 39'091 fr. qu'elle aurait pu percevoir la même année dans son activité d'employée de maison (selon convention collective de travail), l'OAI a mis en évidence l'absence d'un degré d'invalidité, niant le droit à une rente ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel.

Le 29 juillet 2008, par son mandataire, l'assurée a contesté ce projet de décision, réclamant la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique, orthopédique, neurologique et psychiatrique, en raison d'un syndrome androgénital, puis l'octroi d'une décision de rente. Elle a exposé que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR ne lui permettaient pas de réaliser un revenu d'invalidé tel que fixé par l'OAI.

L'assurée a déposé une lettre adressée à son mandataire le 14 juillet 2008 par le Dr R. _____, spécialiste FMH en neurologie à Lausanne, qui a constaté, suite à un examen neurologique, une patiente surtout déprimée et se plaignant de douleurs diffuses malgré un traitement médicamenteux. Il a signalé une douleur fessière gauche irradiant sous le genou gauche, empêchant l'assurée de marcher de façon significative et de reprendre une activité professionnelle, proposant des antidépresseurs sédatifs. Appelé à se prononcer au sujet de l'avis du SMR, le Dr R. _____ a notamment relevé ce qui suit:

"[...] Effectivement la patiente présente des discrets troubles dégénératifs, mais à mon examen neurologique il n'y a pas de souffrance radiculaire qui expliquerait une sciatique importante, engendrant une incapacité de travail, même à 50%. Mais vu l'intensité des douleurs, l'état dépressif réactionnel et la chronicité de ces douleurs, il s'est développé un état anxio-dépressif certain, même s'il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques. De ce fait, sous sommes dans une situation complexe où l'apparition de douleurs chroniques engendre un état dépressif réactionnel. De ce fait, la patiente est dans une incapacité de travail à cause de l'état dépressif qui s'est instauré.

On peut adhérer au fait que cette patiente présente une lombosciatique chronique sur des états dégénératifs et qu'il n'y a pour le moment pas d'état déficitaire significatif. Indépendamment [du fait] qu'il n'y a pas eu de comorbidité psychiatrique antérieure, il s'est développé tout de même une dysfonction psychiatrique de type état dépressif.

[Les diagnostics du Dr B. _____ sont partiellement complets et exhaustifs.]

Le syndrome androgénital pariétal n'engendre aucune incapacité de travail.

Le déconditionnement musculaire s'installe lorsque les douleurs sont chroniques sur des états dégénératifs même modérés de la colonne lombaire. Malheureusement, tous les traitements antalgiques ont été un insuccès, tout comme la cure à Lavey-les-Bains. De ce fait, il est difficile d'envisager un déconditionnement musculaire, tant que l'état dépressif ne peut pas s'améliorer, raison pour laquelle il serait impérieux qu'elle puisse avoir ce traitement antidépresseur".

L'assurée a également remis un rapport du 8 juillet 2008 du Dr Q. _____ corrigeant son précédent rapport du 22 février 2008, en ce sens que l'assurée n'avait pas bénéficié d'une prise en charge hospitalière au Portugal il y a une dizaine d'années en raison d'une dépression.

Le cas a été soumis au SMR, qui a relevé ce qui suit dans un avis médical du 13 mars 2009 du Dr Z. _____:

"Dans son courrier du 14.07.2008 à Me Chappaz, le Prof. R. _____ confirme le status clinique fait par le Dr B. _____ le 29.04.2008. Il n'allègue aucune atteinte somatique objective susceptible de justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée. Les douleurs, mises en avant par le Prof. R. _____, ne sont pas explicables par les affections organiques qui restent mineures. 5/5 signes de non organicité selon Waddell ont été constatés. Les douleurs sont un élément subjectif, dont il n'est possible de tenir compte sur le plan médico-asséculo-logique que dans la mesure où elles s'expliquent par des lésions organiques identifiables.

En outre, le Prof. R. _____ attribue l'incapacité de travail à un état dépressif, diagnostic qui sort de son domaine d'autorité. Il ne fournit aucun élément clinique pour étayer ce diagnostic. Il ne précise pas de quel degré serait cet état dépressif (léger, moyen ou sévère ?). Aucune prise en charge psychiatrique ni traitement d'un état dépressif n'ont été jugés nécessaires.

L'incapacité de travail totale attestée par le Prof. R. _____ ne saurait remettre en question nos conclusions puisqu'elle s'appuie sur un élément purement subjectif d'une part, et sur un état dépressif qu'aucun argument médical ne contribue à rendre plausible.

Le rapport du Dr Q. _____ au Dr M. _____ du 08.07.2008 fait état d'un syndrome douloureux chronique et d'un déconditionnement musculaire important. Il confirme l'absence de lésion organique expliquant la symptomatologie et la présence de nombreux signes comportementaux. Il ne fait aucune mention d'un état dépressif. Il ne se prononce pas sur une quelconque incapacité de travail.

Ce rapport confirme les constatations faites au cours de l'examen clinique au SMR, en particulier l'absence de lésions organiques pouvant justifier une incapacité de travail totale au sens de l'AI.

En conclusion, les deux rapports susmentionnés n'apportent aucun élément médical justifiant de changer notre appréciation de l'exigibilité".

Par décision du 29 avril 2009, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à la rente et à des mesures d'ordre professionnel, se référant aux mêmes motifs que ceux de son projet de décision du 4 juin 2008. Dans un courrier du même jour adressé à l'assurée, l'OAI a ajouté que l'examen clinique rhumatologique du SMR répondait aux critères permettant de lui conférer pleine valeur probante et que l'avis du Dr Q. _____ ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du SMR, le dossier

médical étant complet. L'OAI a en outre confirmé le calcul du degré d'invalidité figurant dans la décision précitée.

B. Par acte du 4 juin 2009 de son mandataire, l'assurée fait recours au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 29 avril 2009 et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, en l'occurrence orthopédique, neurologique et psychiatrique.

Elle soutient que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR sont importantes et qu'elles ne lui permettent pas de réaliser un revenu d'invalidé de 46'925 fr. 58. Elle fait valoir que, dans le bassin lémanique, les salaires ne sont pas aussi élevés que sur les statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires, de sorte qu'on ne saurait attendre de sa part de pouvoir réaliser sans invalidité un salaire indexé, sans abattement, de 52'139 fr. 53. Au vu des importantes limitations de sa capacité de travail dans une activité dite importante, elle se prévaut d'un abattement de 25% de son revenu d'invalidé.

Dans sa réponse du 23 octobre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il relève que l'examen clinique rhumatologique effectué par le SMR remplit les critères permettant de lui conférer une pleine valeur probante et que l'avis du Dr R. _____ ne contient aucun élément permettant d'en infirmer les conclusions, de sorte que le dossier est complet du point de vue médical et que de plus amples mesures d'instruction ne sont pas justifiées. Il considère ensuite que le calcul du revenu d'invalidé, selon l'ESS, est suffisamment représentatif de ce que la recourante pourrait réaliser et qu'il ne prête pas flanc à la critique. Au cas où les salaires moyens dans la région lémanique seraient inférieurs à la moyenne suisse, l'OAI relève qu'il appartiendrait à l'assurée de se déplacer dans une autre région pour y bénéficier de salaires plus élevés. L'OAI confirme en outre le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé, qui prend en compte les limitations fonctionnelles, et ajoute que même en tenant compte d'un taux de 15% le droit à des prestations de l'AI devrait être refusé.

L'assurée n'a pas déposé de réplique.

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, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 c. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

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 c. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4, 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, c. 4.2).

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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, c. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 4A_45/2007 du 12 juin 2007 c. 5.1; TF I 50/2006 du 17 janvier 2007 c. 9.4). Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 c. 5.2.2, TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

c) 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 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

3. En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Au vu des arguments de la recourante, il convient d'examiner en premier lieu si l'instruction est complète sur le point médical.

a) En date du 8 août 2007, le Dr M._____ a posé le diagnostic de lombalgies aiguës chroniques depuis l'âge de 17 ans, augmentées depuis 2 mois, et a fait état d'un traitement depuis le 13 avril 2007 et d'une incapacité de travail de 100% du 11 au 30 juin 2007. Le 18 décembre 2007, le Dr C._____ a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 16 avril 2007 et de l'apparition quelques semaines auparavant d'un syndrome lombo-vertébral se chronifiant peu à peu. Ce médecin a retenu la présence d'un état algique prédominant au niveau dorso-lombaire et aux membres inférieurs, pouvant résulter d'une hyperlaxité massive en L4-L5 et L5-S1 d'après l'avis d'un neurochirurgien. Il a signalé une amplification des symptômes douloureux et un état anxieux

assez important, puis a écarté la possibilité d'une reprise même partielle du travail.

Dans un rapport du 22 février 2008, confirmé le 8 juillet 2008 en ces termes, le Dr Q._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique dans le contexte d'un déconditionnement musculaire et psychologique important, de lombo-sciatalgies gauches dans le contexte d'une double discopathie L3-L4, L5-S1, mais surtout un déconditionnement musculaire. Il a retenu qu'un bilan radiologique et une IRM lombaire n'avaient pas mis en évidence de lésion organique simple pouvant expliquer la symptomatologie de l'assurée. Le 27 février 2008, le cabinet de médecine interne-endocrinologie-diabétologie de Monthey a attesté de la présence d'une hypothyroïdie légèrement surdosée sous traitement médicamenteux en cours ainsi que d'une hyperandrogénie d'origine surrénalienne suspecte.

Dans ses lignes du 12 mars 2008, le Dr W._____ a retenu les diagnostics d'insuffisances segmentaire L4-L5 et L5-S1 débutantes traitées conservativement. Il a décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée (port de charges limité à 20 kg maximum, changement de positions fréquentes souhaitable, porte-à faux à éviter, position assises limitées à 2h et rotations bassins/épaules à éviter). Sans se prononcer sur la capacité de travail, il a préconisé un examen médical par l'Al. Le 27 mars 2008, le Dr M._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies et de cruralgies des deux cotés avec blocages intermittents (bombement discal avec une petite pointe de hernie discale L5-S1) depuis 2007, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 17 avril 2007. Il a suggéré un examen médical par un spécialiste, notamment s'agissant des limitations fonctionnelles.

Suite à un examen rhumatologique du 29 avril 2008, le SMR a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dégénératifs et statiques modérés et de déconditionnement musculaire, puis a évalué la capacité de travail exigible à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée depuis avril 2007.

Dans son appréciation du cas, il a en particulier constaté des limitations dans certaines amplitudes articulaires essentiellement dans un contexte de contrepulsions à but antalgique, en l'absence de trouble neurologique franc lors de l'examen clinique, et a mis en évidence des signes de non organicité selon Waddell en faveur d'un processus non organique, sans retenir le diagnostic de fibromyalgie. En conclusion, il a relevé que l'assurée présentait des lombosciatalgies chroniques sur un trouble dégénératif modéré du rachis associées à des signes cliniques en faveur d'un processus de non organicité, précisant que la globalité de la symptomatologie présentée par l'assurée et le handicap entraîné dans la vie quotidienne et professionnelle ne pouvaient pas s'expliquer par les atteintes à la santé ostéoarticulaire mises en évidence. Il a également signalé que l'assurée présentait un trouble endocrinien depuis de longue date (une hypothyroïdie substituée) avec actuellement mise en évidence d'un syndrome adrénogénital pariétal.

Le SMR a ensuite indiqué que toute activité à forte charge physique était à proscrire, la capacité de travail étant de 50% dans l'activité habituelle de l'assurée et de 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée, précisant que cette évaluation ne tenait compte que des atteintes ostéoarticulaires, nonobstant l'influence du trouble hormonal. Il a ensuite décrit les limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kilos de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, diminution du périmètre de marche à environ 30 minutes, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition). Ce médecin a ensuite relevé que le syndrome douloureux chronique mis en avant par l'assurée n'avait pas été pris en considération pour l'établissement de la capacité de travail, tout en relevant qu'une telle atteinte à la santé à caractère non organique ne pouvait être considérée comme invalidante étant donné que l'assurée, eu égard à sa vie quotidienne, ne présentait aucun antécédent sur le plan psychiatrique et ne revendiquait aucune atteinte d'ordre psychiatrique. Ce médecin a en

outre proposé une évaluation spécialisée pour une éventuelle influence du trouble endocrinien.

Dans un rapport du 14 mai 2008, le Dr Z._____ a repris les constatations et les conclusions du Dr B._____, en ajoutant que la capacité de travail fixée à 50% dans l'activité habituelle n'était pas parfaitement adaptée et que l'assurée n'avait aucun antécédent psychiatrique, aucun traitement psychotrope ni aucune plainte dans ce domaine.

Le 14 juillet 2008, le Dr R._____ a constaté, suite à un examen neurologique, une patiente surtout déprimée et se plaignant de douleurs diffuses malgré un traitement médicamenteux. Il a signalé une douleur fessière gauche irradiant sous le genou gauche, empêchant l'assurée de marcher de façon significative et de reprendre une activité professionnelle, proposant des antidépresseurs sédatifs. Au sujet de l'avis du SMR, il a constaté la présence de discrets troubles dégénératifs, sans déceler à l'examen neurologique de souffrance radiculaire qui expliquerait une sciatique importante, engendrant une incapacité de travail, même à 50%. Compte tenu de l'intensité des douleurs, d'un état dépressif réactionnel et de la chronicité des douleurs, il a retenu le développement d'un état anxio-dépressif certain, même s'il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques, la patiente étant dans une incapacité de travail à cause de l'état dépressif. Il a ensuite admis que l'assurée présentait une lombosciatique chronique sur des états dégénératifs et qu'il n'y avait pour le moment pas d'état déficitaire significatif. En outre, il a ajouté que les diagnostics retenus par le Dr B._____ étaient partiellement complets et exhaustifs, puis que le syndrome androgénital pariétal n'engendrait aucune incapacité de travail. Par ailleurs, il a retenu comme difficile d'envisager un déconditionnement musculaire tant que l'état dépressif ne pouvait pas s'améliorer, relevant l'utilité d'un traitement antidépresseur.

Enfin, le Dr Z._____ du SMR a indiqué que le Dr R._____ ne retenait aucune atteinte somatique objective susceptible de justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée, relevant que les douleurs

mises en avant par ce médecin n'étaient pas explicables par les affections organiques qui restaient mineures, puis ajoutant que les douleurs sont un élément subjectif dont il n'est possible de tenir compte que dans la mesure où elles s'expliquent par des lésions organiques identifiables. Il a ensuite relevé que le Dr R. _____ ne fournissait aucun élément clinique pour étayer le diagnostic d'état dépressif et qu'il ne jugeait nécessaire aucune prise en charge psychiatrique, avant de retenir que l'incapacité totale évaluée par son confrère n'était pas pertinente puisqu'elle s'appuyait sur un élément purement subjectif d'une part, et sur un état dépressif qu'aucun argument médical ne contribuait à rendre plausible d'autre part. Le médecin du SMR a en outre indiqué que le rapport du 8 juillet 2008 du Dr Q. _____ ne faisait aucune mention d'un état dépressif, qu'il ne se prononçait pas sur une quelconque incapacité de travail et confirmait l'absence de lésion organique expliquant la symptomatologie et la présence de nombreux signes comportementaux. En conclusion, le Dr Z. _____ est d'avis que les opinions de ses confrères n'apportaient aucun élément médical justifiant de modifier l'appréciation du SMR.

b) Du point de vue somatique, au vu de ces différents rapports, on retiendra que la recourante souffre d'importantes douleurs, en particulier dorsales. Un examen rhumatologique a été effectué le 29 avril 2008 par le SMR, comportant un status général, neurologique et ostéoarticulaire, ainsi que la prise en compte du dossier radiologique; ce médecin a ensuite posé les diagnostics de troubles dégénératifs et statiques modérés et de déconditionnement musculaire, relevé l'absence de lésions organique et neurologique, puis retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Pour sa part, le Dr R. _____ se rallie aux diagnostics posés par le médecin du SMR, constate aussi l'absence de lésion neurologique et ne retient pas formellement d'incapacité de travail en raison des troubles purement physiques. Le Dr R. _____ ne réclame pas la mise en œuvre d'examens médicaux complémentaires.

Du point de vue endocrinien spécifiquement, le Dr N. _____ a retenu la présence d'une hypothyroïdie légèrement surdosée sous

traitement médicamenteux et a suspecté une hyperandrogénie d'origine surrénalienne dans le cadre d'un syndrome androgénogénital partiel. Si cette problématique n'a pas été investiguée par le médecin du SMR, qui a proposé une évaluation spécialisée s'agissant d'une éventuelle influence du trouble endocrinien sur la capacité de travail, on relèvera que le Dr R._____ a retenu que le syndrome androgénital pariétal n'engendrait aucune incapacité de travail. Au demeurant, quand bien même il n'est pas spécialisé dans ce domaine, le médecin du SMR a retenu que l'hypothyroïdie substituée et le syndrome androgénital n'engendraient pas d'incapacité de travail.

De plus, on relèvera que le Dr M._____, dans ses rapports des 8 août 2007 et 27 mars 2008, ne mentionne pas d'éléments qui auraient été ignorés par le médecin du SMR et que son avis, peu motivé et se basant sur des examens limités au regard de ceux pratiqués notamment par les Drs B._____ et R._____, doit être apprécié avec les réserves d'usage en tant qu'il émane du médecin traitant de l'assurée et également compte tenu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise. Le Dr C._____ s'est pour sa part basé sur des examens limités et une motivation sommaire quant à la capacité de travail, de sorte que son avis sera également écarté. Quant aux Drs Q._____ et W._____, ils ne se prononcent pas au sujet de la capacité de travail.

Au demeurant, le SMR s'est basé sur une anamnèse complète (en particulier familiale, professionnelle, ostéoarticulaire et psychosociale notamment), des examens complets, la prise en compte des autres pièces médicales du dossier (en particulier les documents radiologiques) avant de se fonder sur une appréciation médicale claire et de retenir des conclusions dûment motivées et étayées, de sorte que son avis répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Son appréciation est en outre corroborée par le Dr Z._____, qui a écarté les avis médicaux contraires. On retiendra donc, avec les médecins du SMR, que l'assurée présente sur le plan purement somatique une pleine capacité de travail adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Il est constant que l'assurée n'a pas d'antécédent psychiatrique, ainsi que l'on relevé les Drs B._____, R._____ et Q._____, et qu'elle n'a pas bénéficié de traitement spécifique en ce sens, au vu des rapports médicaux figurant au dossier. Ce nonobstant, compte tenu de l'intensité des douleurs, le Dr R._____ retient la présence d'un état anxio-dépressif certain et relève que l'assurée se trouve dans une incapacité de travail à cause de son état dépressif. Comme le relève à juste titre le Dr Z._____, le Dr R._____, qui n'est pas psychiatre, ne fournit aucun élément clinique pour étayer le diagnostic d'état dépressif et ne relève pas l'utilité d'une prise en charge psychiatrique. Lors de son examen neurologique, le Dr R._____ a constaté une patiente surtout déprimée qui se plaignait de douleurs diffuses; une telle assertion, en l'absence notamment d'une anamnèse sur le plan psychiatrique, d'un status et d'une appréciation médicale sur cette question, ne permet pas de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'une affection psychique avec incidence sur la capacité de travail. Du reste, la recourante ne se prévaut pas elle-même d'une atteinte à sa santé psychique et ses médecins traitants, notamment le Dr M._____, n'ont pas signalé la présence d'un état dépressif ni retenu d'incapacité de travail pour atteinte psychique.

Par ailleurs, le SMR a indiqué que les critères de gravité posés par la jurisprudence pour admettre un caractère invalidant aux troubles présentés par l'assurée n'étaient pas remplis, eu égard à sa vie quotidienne. En effet, sous l'angle d'un éventuel trouble somatoforme douloureux ou d'une éventuelle fibromyalgie (quand bien même la présence de cette atteinte a été écartée par ce médecin), le SMR a indiqué dans l'anamnèse psychosociale et psychiatrique que l'assurée se considérait comme intégrée, avec des contacts réguliers avec sa famille et ses amis et, dans la description de la vie quotidienne, que l'intéressée s'occupait de sa famille, notamment en préparant les repas, et qu'elle avait une certaine vie sociale. Dans ces conditions, on ne saurait parler de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et il semble même que l'assurée dispose d'un environnement psychosocial

intact (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 c. 3.2; TF 9C_579/2008 du 24 mars 2009 c. 3).

Dès lors, quand bien même le dossier instruit par l'OAI ne comporte pas d'avis émanant d'un psychiatre, ce qui aurait tout de même été souhaitable, on retiendra que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail en raison de ses troubles psychiques, respectivement en raison de son atteinte à la santé à caractère non organique au vu de la jurisprudence en la matière.

4. Il reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assurée, compte tenu notamment de sa capacité de travail résiduelle.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.1 et la référence citée).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en

compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) notamment (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 c. 3; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.3).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu 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 (ATF 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.2 et les références citées).

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). Une déduction globale maximale 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 c. 5b/aa-cc et les références citées). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 c. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de

critères objectifs (ATF 130 III 176 c. 1.2; TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009 c. 5.1; voir aussi TF 9C_146/2010 du 30 août 2010 c. 5 et les arrêts cités).

b) Lors de son examen rhumatologique, le SMR a retenu que l'assurée présentait, sans diminution de rendement, une pleine capacité de travail dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles, décrites comme suit: pas de port de charges supérieures à 5kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, diminution du périmètre de marche à environ 30 minutes, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, de telles limitations, qui peuvent certes sembler importantes, ne sont pas supposées l'empêcher d'exercer à plein temps une activité adaptée. En effet, le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 c. 3.4; voir aussi TF 9C_701/2009 du 1^{er} mars 2010 c. 3.3). On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à un assuré de retrouver un emploi (TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 c. 4.3).

La recourante conteste le recours aux salaires statistiques de l'ESS pour déterminer son revenu d'invalidé, dès lors que les salaires dans le bassin lémanique seraient inférieurs à la moyenne suisse. Même si tel était le cas, ce qui semble douteux, on relèvera que l'exercice d'une activité lucrative dans un autre lieu que celui de son domicile est raisonnablement exigible lorsqu'un assuré peut rentrer chez lui tous les jours. Ainsi, le changement du lieu de travail peut, même si l'on tient compte de considérations liées au libre choix du lieu de travail, constituer une mesure propre à atténuer autant que possible les conséquences de l'invalidité. Les exigences posées à l'obligation, pour l'assuré, de prendre

de telles mesures (obligation de réduire le dommage), doivent être appliquées de manière stricte lorsqu'il est question de demander à l'AI une forte contribution, par exemple lorsque le fait de renoncer à de telles mesures risquerait d'ouvrir le droit à des rentes (TFA I 654/04 du 21 juillet 2005 c. 6.4 et les références citées; RCC 1987 p. 458).

L'assurée présente une incapacité de travail de longue durée depuis avril 2007 (comme retenu notamment par le SMR), de sorte que le droit à la rente doit être examiné pour 2008, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI). Sur la base d'un salaire de 4'116 fr. mensuel que l'assurée pourrait prétendre dans une activité simple et répétitive selon l'ESS 2008 et en tenant compte d'un horaire hebdomadaire de 41.6 heures cette même année, on se basera sur un salaire annuel de 51'367 fr. 68. Le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé retenu par l'OAI semble correct au vu notamment des limitations fonctionnelles de l'assurée et de sa situation personnelle (âge, formation, statut en Suisse, expériences professionnelles). Cela étant, même si l'on tenait compte d'un abattement de 25% du revenu d'invalidé, taux maximal admis par la jurisprudence, soit la situation la plus favorable à la recourante, le droit des prestations d'invalidité devrait être nié. En effet, le revenu d'invalidé serait alors de 38'525 fr. 76 et, en comparaison avec le revenu sans invalidité (non contesté et résultant du dossier) de 39'091 fr., le degré d'invalidité serait inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à une rente (art. 28 LAI) et au seuil minimum de 20% permettant l'octroi de mesures d'ordre professionnel (ATF 130 V 488 c. 4; TF 9C_889/2008 du 11 septembre 2009 c. 4.2). Le résultat est le même si, nonobstant ce qui précède, on se fonde sur le revenu d'invalidé retenu par l'OAI.

c) On ajoutera que, compte tenu de son âge au moment hypothétique de la naissance du droit à la rente, il n'y a pas lieu d'examiner la situation de l'assurée sous l'angle du caractère réaliste des possibilités de retrouver un emploi (TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 c. 2.3; TF 9C_50/2010 du 6 août 2010 c. 5; TF 9C_556/2009 du 27 janvier 2010 c. 2.3).

5. a) Au vu de ce qui précède, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu 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 c. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 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 c. 4b; 122 V 157 c. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées).

6. 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ceux-ci doivent être fixés à 400 fr., vu l'ampleur de la procédure.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante G._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- G._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

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

Le greffier :