

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Zbinden, assesseur
Greffier : M. Tissot

Cause pendante entre :

B._____, à Renens, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier,
avocat, à Lausanne,

et

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

Art. Art. 6ss LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 12 novembre 2007, B._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1972, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI). Dans un complément du 30 novembre 2007 à sa demande, l'assurée précisait qu'en bonne santé, elle travaillerait à 75% environ par intérêt personnel et nécessité financière.

Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 3 décembre 2007 par U._____ SA, l'assurée a travaillé pour cette société, en qualité d'employée d'entretien, dès le 1^{er} avril 2003 et jusqu'au 15 août 2006, dernier jour de travail effectif. Elle travaillait à temps partiel à raison de 32 heures et demi par semaine, alors que la durée de travail hebdomadaire dans l'entreprise était de 44h. Elle réalisait un salaire horaire de 18 fr. 60, depuis mai 2004.

Dans un rapport du 23 juin 2004, la Dresse P._____, spécialiste en rhumatologie et remplaçante du médecin d'arrondissement CNA, a mentionné que l'assurée avait annoncé une glissade avec chute sur le dos et sur la tête, survenue le 19 mai 2004 alors qu'elle exerçait son activité de nettoyeuse. Elle avait reçu les premiers soins le 22 mai 2004 du Dr Q._____, médecin généraliste, qui dans son rapport du 14 juin 2004 retenait les diagnostics de contusion du dos, du thorax, des épaules et du poignet droit chez une patiente très algique et plaintive. La Dresse P._____ relevait que son confrère avait proposé un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA, une tentative de reprise du travail ayant échoué. S'agissant des antécédents de l'assurée, la Dresse P._____ indiquait qu'elle était traitée depuis 5 ans environ par son médecin généraliste avec du [...], pour un état dépressif survenu en 1992, mais que cette affection ne l'avait pas empêchée de travailler dès 2003. Pour les seules suites de l'accident, la doctoresse estimait que la reprise de travail pourrait avoir lieu le 28 juin 2004 et, si tel n'était pas le cas, elle suggérait au Dr Q._____ d'organiser une scintigraphie osseuse.

Dans un rapport du 3 mai 2005 qu'il établissait en sa qualité de médecin d'arrondissement CNA, le Dr W._____, chirurgien orthopédique, a indiqué en particulier ce qui suit :

"En résumé : cette assurée présente un spondylolisthésis L5-S1 qui a pu être passagèrement décompensé par la contusion vertébrale subie le 19.05.2004. L'extension du tableau algique actuel évoque une composante non organique qui se greffe sur la pathologie vertébrale objectivée radiologiquement. Sur le plan assécurologique, nous pouvons raisonnablement estimer que la contusion vertébrale, survenue le 19 mai 2004, soit voici bientôt 1 année, ne joue plus aucun rôle dans les troubles ayant conduit à l'actuelle annonce de rechute. Ces troubles doivent être mis en relation avec un état antérieur (spondylolisthésis, scoliose et spondylose dorsale), qui serait tôt ou tard devenu symptomatique, même en l'absence de la chute banale survenue en mai 2004. Nous ajouterons que cette assurée présente actuellement une autre comorbidité maladie plus récente: à savoir une paralysie à frigore du nerf facial associée à des adénopathies cervicales. Un avis chirurgical (auprès du Dr V._____, du CHUV) serait certainement utile sur le plan vertébral à ce stade, de même qu'une évaluation neurologique de la paralysie faciale si le Dr Q._____ le juge utile. La prise en charge précitée ainsi que les investigations qu'elle implique relèveront de l'assurance maladie. Nous avons orienté l'assurée sur cette appréciation et elle n'a émis aucune objection."

Dans un rapport médical du 5 décembre 2007, le Dr Q._____ a diagnostiqué, comme relevant du point de vue de la capacité de travail de l'assurée, un status de neuf mois après spondylodèse TLIF L5-S1 pour spondylolisthésis, des lombalgies importantes, un état dépressif, un probable syndrome somatoforme douloureux chronique et de l'angoisse. Le Dr Q._____ indiquait une incapacité de travail totale depuis le 16 août 2006. Il joignait les rapports médicaux suivants:

- Un rapport du 19 janvier 2007 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a diagnostiqué chez l'assurée des lombalgies chroniques, un spondylolisthésis L5/S1, un syndrome somatoforme, un état dépressif et des cervico-scapulalgies. Dans son appréciation, le médecin soulignait que la patiente présentait bien un problème organique, soit le spondylolisthésis, et qu'une certaine surcharge fonctionnelle était probablement présente, l'assurée déclarant être déprimée surtout en raison de l'impotence fonctionnelle et des

douleurs. Le médecin concluait en proposant une spondylodèse minimale invasive L5/S1.

- un rapport du 6 juin 2007 du Dr V. _____ qui a mentionné un status trois mois post spondylodèse TLIF L5-S1 minimale invasive pour spondylolisthésis. Le médecin envisageait alors une tentative de reprise à 50% du travail à mi-juillet 2007, si les douleurs s'amélioraient.
- un rapport du 12 octobre 2007 de la Dresse F. _____, médecin généraliste auprès du CHUV, site de Cery, qui a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée du 25 septembre 2007 au 11 octobre 2007. Le médecin diagnostiquait comme problème principal un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec scénario (défenestration) ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant.
- un rapport du 13 novembre 2007 du Dr C. _____, chef de clinique à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, qui a exposé que la situation de l'assurée évoluait peu. Espérant que celle-ci puisse avancer, le médecin proposait l'inclusion de l'assurée dans un programme de reconditionnement à partir du mois de janvier 2008. La confirmation de cette prise en charge devait avoir lieu au mois de décembre en fonction du facteur psychologique.

Dans un rapport du 15 janvier 2008, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes dans le contexte de "status après spondylodèse L5/S1 pour spondylolisthésis sur lyse isthmique (2007)" et d'état dépressif. Le médecin indiquait une incapacité de travail à 100% depuis le 14 mars 2007 dans l'activité habituelle. Il précisait qu'en raison de l'état psychique de l'assurée - pour lequel elle était suivie par la Dresse Y. _____, médecin auprès de l'association E. _____ - aucune autre activité n'était exigible. Il mentionnait encore notamment ce qui suit :

"4. Plaintes subjectives:

Douleurs lombaires basses en paravertébrale droite, accentuées lors des statures statiques tant assises que debout, qui sont limitées à 10 minutes. Il se surajoute un état de stress associé à des angoisses que Madame B. _____ a de plus en plus de mal à gérer.

5. Constatations objectives:

Patiente en bon état général, inquiète, tremblante, pesant 74.6 kg. Important syndrome lombo-vertébral avec un Schöber modifié à 14/15/16. DDS: 43 cm. Les inclinaisons latérales droite/gauche sont à 10/6 cm. Dans le plan sous-pelvien, la manoeuvre des jambes tendues est à 90°. La manoeuvre de Patrick est de 36 cm de chaque côté. Distance talon/fesse en décubitus ventral de 5 cm à droite contre 7 cm à gauche. (...)

7. Thérapie/Pronostic:

Un traitement médicamenteux est instauré, associant des antidépresseurs (Cymbalta, Temesta, Imovane) avec du Co-Dafalgan. Pas d'amélioration de la situation et nous décidons une prise en charge stationnaire qui aura lieu à partir du 25.02.2008."

Dans un rapport du 1^{er} février 2008, les Dresses N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F. _____ ont posé les diagnostics de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)" depuis 1998, de "syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)" depuis 2004, et de "lombo-sciatalgies bilatérales sur spondylolisthésis L5/S1 de degré II opéré au printemps 2007". Elles indiquaient en outre ce qui suit:

"1. Traitement du 25.09.07 au 11.10.07

2. Dernier examen le 11.10.07

3. Anamnèse : La patiente est la cadette d'une famille de huit enfants. Deux frères sont en Suisse pour des raisons économiques depuis plus de vingt ans et n'ont pas vécu la guerre. La mère est décédée en 1997 après une opération et surtout une chute dans une salle de bains qui aurait précipité son décès la nuit suivante. Le père est décédé d'un cancer de la prostate en 1998. Les frères et soeurs sont tous en bonne santé, vivent en Suisse et sont un soutien important pour Mme B. _____. La patiente a suivi son école obligatoire, puis a aidé sa mère. Elle s'est mariée à l'âge de 20 ans, a eu une fille en 1992 et un fils en 1995. Lors de la guerre en [...], la famille a été disloquée et Mme B. _____ s'est retrouvée seule à devoir protéger ses enfants en bas-âge. Elle a assisté au massacre de ses compatriotes mais n'y a perdu aucun membre de sa famille proche.

Son intégration en Suisse s'est relativement bien passée puisqu'elle a trouvé une activité professionnelle à [...]. Elle parle suffisamment bien le français pour se faire comprendre dans des relations sociales simples quotidiennes. Toutefois, Mme B. _____ est habitée par le souvenir de la guerre et des difficultés inhérentes à cette période extrêmement douloureuse de sa vie. Elle est très attachée à ses deux enfants et dit ne faire qu'un avec eux. La fille surtout prend sur elle d'épargner sa mère, de supporter son irritabilité, de lui rappeler les démarches à faire et même, a fonctionné comme interprète lors des consultations de la douleur. Elle semble assumer avec succès

son travail scolaire. Par contre, le fils a redoublé une année primaire à deux reprises.

Du point de vue social, la famille est au bénéfice d'un permis B et est financièrement autonome. Les frères aînés, en particulier, sont extrêmement présents au point que Mme B. _____ souhaiterait actuellement un peu plus d'autonomie. Depuis qu'elle est tombée malade, elle est assistée d'une nièce qui prend en charge les travaux ménagers et la confection des repas chaque fois que la patiente en est empêchée.

4. Plaintes subjectives : Depuis une chute en 2004, Mme B. _____ se plaint de lombo-sciatalgies bilatérales et les investigations vont permettre de poser le diagnostic de spondylolisthésis L5/S1 de degré II. Les traitements conservateurs ayant échoué, elle est opérée au printemps 2007. Si les douleurs s'amendent dans un premier temps, environ trois mois après l'intervention, la symptomatologie algique reprend et décourage la patiente qui devient de plus en plus déprimée, pleure, a des idées suicidaires. Elle est vue en consultation de la douleur où la Dresse H. _____, inquiète de la situation, demande l'hospitalisation pour mise à l'abri et décharge de la famille, surtout de la fille âgée d'à peine 15 ans qui s'occupe de soutenir toute la famille et en particulier sa mère.

Depuis 1998, Mme B. _____ est suivie à E. _____ pour un possible syndrome de stress post-traumatique.

5. Constatations objectives : Patiente de 35 ans, faisant son âge, à l'hygiène et à la tenue correctes. Les entretiens se font avec l'aide d'une interprète culturelle. Elle est orientée aux quatre modes et très tendue, bouge sans cesse, se lève, frotte ses mains, se tord les doigts. Elle est triste et pleure à l'évocation de son passé, à la charge qu'elle représente pour sa famille. Elle est très nerveuse, irritable, avec des moments de "panique" pendant lesquels elle se sent à risque d'un geste auto-agressif (défenestration). Elle ne supporte parfois même plus les membres de sa famille. Elle signale des troubles du sommeil avec des insomnies et des cauchemars sans véritable flash-back ni hypervigilance. Il n'y a pas de troubles de la lignée psychotique.

6. Examens médicaux spécialisés : voir avec le Dr Q. _____ et les somaticiens.

"7. Thérapie / Pronostic : Dans le milieu rassurant de l'hôpital et grâce au traitement de physiothérapie, Mme B. _____ a pu progressivement se détendre au moins partiellement. L'aide apportée par les traitements de relaxation dans le service sera poursuivie par une physiothérapie effectuée ambulatoirement. Les symptômes présentés sont clairement des symptômes d'épisode dépressif sévère: on note des ruminations importantes, des idées suicidaires avec parfois scénario, une aboulie, une anhédonie et une irritabilité. Le syndrome de stress post-traumatique évoqué à l'entrée n'est pas retenu: il nous semble en effet manquer quelques éléments tels des flashes-back et une hypervigilance. Les ruminations sombres et macabres qu'elle décrit nous paraissent plutôt des souvenirs douloureux, que de vraies réminiscences des événements tels que présents lors de stress post-traumatique.

En cours de séjour, les traitements ont permis une discrète amélioration du sommeil et de l'humeur qui permet un retour à domicile après un entretien de famille. Cette dernière démarche a permis à Mme B. _____ d'accepter une aide qui sera organisée par les médecins d'E. _____ ambulatoirement. Elle pourrait, selon

l'évolution, constituer en une aide familiale ou une infirmière scolaire, voire le soutien de l'AEMO.
Le pronostic ne peut être précisé suite au séjour hospitalier. Toutefois, nous avons le sentiment que l'envie de travailler à l'extérieur de son domicile est très intense chez Mme B._____. De ce fait, il nous paraît possible d'envisager, après quelques mois de convalescence, un bilan dans un atelier de réadaptation professionnelle. Toutefois, ces points devraient être éclaircis avec la Dresse Y._____ d'E._____. Les mesures professionnelles en effet ne sont envisageables qu'en fonction de l'évolution post-hospitalière."

Le 15 avril 2008, dans le cadre d'une demande d'allocation pour impotence déposée par l'assurée le 21 février 2008, le Dr Q._____ a confirmé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou l'Office) le diagnostic de lombo-sciatalgies après opération pour spondylodèse. Il indiquait que l'état de santé de l'assurée était alors stationnaire.

Les Drs L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), ont examiné l'assurée le 4 septembre 2008, avec l'assistance d'un traducteur, en vue de préciser ses limitations fonctionnelles et physiques. Dans leur rapport du 17 septembre 2008, les médecins exposaient notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail
 - lombosciatalgies chroniques sur status après spondylodèse L5-S1.M54.46
 - antélisthésis de grade I de L5-S1.
 - lyse isthmique complète de L5
 - aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.
- sans répercussion sur la capacité de travail
 - surcharge pondérale avec préobésité.
 - troubles statiques et dégénératifs débutant du rachis cervical en adéquation avec l'âge de l'assurée,
 - déconditionnement musculaire global focalisé sur la musculature posturale, la sangle abdominale associé à un raccourcissement des muscles ischio-jambiers.
 - dysthymie chez une personnalité à traits histrioniques. F34.1.

APPRECIATION DU CAS

Assurée d'origine [...] âgée de 36 ans, présentant une symptomatologie douloureuse chronique centrée sur le rachis lombaire avec irradiation au niveau des MI en relation avec une chute accidentelle survenue au mois de mai 2004. Les examens réalisés à cette époque mettent en évidence une spondylolisthésis du premier degré de L5-S1 sur une lyse isthmique complète de L5.

Malgré un traitement conservateur, l'évolution reste défavorable, raison pour laquelle une spondylodèse L5-S1 par voie postérieure est réalisée au mois de mars 2007. L'évolution post opératoire est marquée par la persistance d'une symptomatologie algique chronique centrée sur le rachis lombaire avec irradiation progressive dans l'ensemble du rachis et des MI.

L'examen somatique n'a pas pu être réalisé dans de bonnes conditions en raison d'une attitude histrionique de la part de l'assurée avec un comportement caricatural manifeste (cf. description du status). A signaler la mise en évidence d'un trouble dégénératif majeur au niveau du rachis lombaire avec un status post opératoire sans signe de complication sur la documentation radiologique mise à disposition.

La mobilisation spontanée de l'assurée est fluide sans mise en oeuvre de signe d'épargne ou de signe algique manifeste particulier hormis pour le rachis lombaire. Cette attitude est en contradiction absolue par rapport à l'attitude adoptée lors de l'examen clinique où l'assurée développe une attitude hyper algique, avec des tremblements diffus de tout le corps, un état de nervosité permanent avec frottement des deux mains l'une contre l'autre ou contre les cuisses, tremblement, phénomènes d'hyperventilation par moment associés à des phénomènes de crises de larmes,

Sur la base des documents radiologiques mis a disposition, nous pouvons conclure de façon objective que toute activité à fortes charges physiques (port de charges supérieures à 5 kg, nécessitant des positions en antéflexion en porte-à-faux du rachis est contre indiqué de façon absolue chez cette assurée). De ce fait, son activité en tant que femme de ménage (employée d'entretien) est contre indiquée de façon absolue. Sur le plan théorique, une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles est possible à 100%. L'évaluation de cette capacité de travail ne tient compte que des arguments objectifs mis en évidence par l'examen clinique de ce jour et des examens complémentaires mis à disposition. A signaler toutefois que l'examen clinique somatique n'a pas pu être réalisé de façon complète au vu de l'attitude histrionique de l'assurée.

Sur le plan psychiatrique, assurée de 36 ans, mère de 2 enfants, d'origine [...], en Suisse depuis 1998, a travaillé dans une société de nettoyage, selon ses dires, en incapacité de travail depuis 2006, dépose une demande AI en date du 12.11.2007.

L'examen clinique psychiatrique SMR met en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. L'assurée déclare avoir été suivie dès son arrivée en Suisse par les psychiatres d'E. _____, au titre de ses difficultés d'insertion en Suisse et du fait de traumatismes de la guerre en [...]. Elle décrit cependant une amélioration nette à partir de 2003 qui a permis qu'elle puisse envisager de travailler.

C'est au décours d'une chirurgie orthopédique qu'elle décrit la reviviscence des difficultés psychologiques avec réactivation de cette dépression chronique de l'humeur, essentiellement perceptible par une irritabilité, une fatigabilité anamnétique, des ruminations, mais sans anhédonie, sans repli sur elle-même, sans perte d'estime, sans culpabilité, sans aboulie, sans anorexie.

Ce tableau est particulier par sa fluctuation avec à raison de 60% du temps des moments où elle s'isole, reste au lit, ne fait rien de particulier, et à raison de 40% du temps, des moments où elle se

sent mieux, s'occupe des tâches ménagères, fait la cuisine, se promène, fait les commissions.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.

Par ailleurs, l'examen retrouve à l'évidence des traits de personnalité histrionique, avec dramatisation, théâtralisme, affectivité superficielle et labile, comportement de séduction inapproprié. L'ensemble de ces traits n'en constitue pas pour autant un trouble de personnalité.

Enfin, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, ni de perturbation de l'environnement psychosocial.

Nous nous éloignons des diagnostics proposés par les psychiatres du DUPA (Département Universitaire de Psychiatrie Adulte) du site de Cery, en date du 01.02.2008, proposant les diagnostics suivants:

1. un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, car nous ne retrouvons pas les différents éléments du tableau sémiologique permettant d'envisager ce diagnostic.

D'autre part, dans ce rapport médical est à noter une certaine contradiction entre

- le fait que « les symptômes présentés sont clairement des symptômes d'épisode dépressif sévère: on note des ruminations importantes, des idées suicidaires, avec parfois scénario, une aboulie, une anhédonie et une irritabilité »,

- et le fait qu'au chapitre « pronostic » il est possible de lire: «toutefois, nous avons le sentiment que l'envie de travailler à l'extérieur de son domicile est très intense chez Mme B. _____.

De ce fait, il nous paraît possible d'envisager après quelques mois de convalescence un bilan dans un atelier de réadaptation professionnelle». L'évolution a dû être telle que prévue dans ce rapport médical du 01.02.2008, car en date du 04.09.2008, le tableau présenté est insuffisant pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger.

Par ailleurs, il est à noter que l'assurée signale une nette amélioration du syndrome dépressif qu'elle a connu à son arrivée en Suisse en 1998, avec nette amélioration dès 2003, permettant la reprise du travail,

2. un syndrome de stress post-traumatique, qui ne peut être retenu, nous en sommes d'accord,

3. un syndrome douloureux somatoforme persistant qui ne peut être retenu lui non plus, dans la mesure où d'une part, l'assurée a été effectivement opérée sur le plan orthopédique et que d'autre part, les douleurs de nuque et maux de tête peuvent être rattachées à un syndrome douloureux somatoforme persistant mais ce dernier, pour être qualifié d'incapacitant, doit aussi être accompagné des critères de sévérité de la jurisprudence qui n'ont pas été étudiés dans le rapport médical du DUPA en date du 01.02.2008, à savoir:

- Une détresse manifeste, qui n'est pas retrouvée lors de l'examen;
- Une comorbidité psychiatrique manifeste, mais l'intensité de la dysthymie ne peut participer d'une comorbidité manifeste;
- Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable; l'assurée fait état d'une amélioration du tableau en 2003 et d'une péjoration postérieure à la chirurgie orthopédique;
- Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne peut être retenue, l'assurée déclarant de solides amitiés, de nombreuses connaissances qui se voient quotidiennement;
- Un état psychique cristallisé est difficile à envisager,
- l'échec au traitement ne peut être retenu, car d'une part, l'assurée fait état d'une amélioration de sa symptomatologie à l'entrée en Suisse en 1998 avec possibilité de reprendre son travail en 2003; d'autre part, le rapport médical en date du 01.02.2008: « le pronostic ne peut être précisé suite au séjour hospitalier. Toutefois, nous avons le sentiment que l'envie de travailler à l'extérieur de son domicile est très intense chez Mme B._____ . De ce fait, il nous paraît possible d'envisager après quelques mois de convalescence un bilan dans un atelier de réadaptation professionnelle. », ce qui laisse entendre une amélioration possible, qui est perceptible car l'examen SMR psychiatrique ne retrouve pas les critères symptômes d'un trouble dépressif récurrent sévère.

Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles

Sur la base des atteintes ostéoarticulaires mises en évidence: pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assises/debout à la guise de l'assurée. Diminution du périmètre de marche théorique à environ une demi-heure, pas de position statique debout au-delà de 5 à 10 minutes, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable.

Aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Sur la base de la documentation mise à notre disposition et de l'anamnèse fournie par l'assurée, celle-ci est en incapacité de travail à 100% depuis le 19.05.04. Sans objet sur le plan psychiatrique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Elle est de 100% dans son activité habituelle au vu des atteintes ostéoarticulaires présentées et du status postopératoire actuel. Sans objet sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible.

L'activité habituelle de l'assurée ne peut plus être exercée au vu des atteintes ostéoarticulaires qu'elle présente, spondylolisthésis de grade I à II, lise isthmique complète de L5, status après spondylodèse L5-S1 postérieure. De façon théorique, une activité adaptée est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées de façon stricte. Une telle activité est théoriquement possible 9 mois après l'intervention chirurgicale (spondylodèse), janvier 2008. Cette évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée ne tient compte que des atteintes objectives mises en évidence sur le plan ostéoarticulaire et des constatations

objectives réalisées lors de l'examen SMR. A signaler par ailleurs un déconditionnement musculaire concernant la musculature posturale avec raccourcissement des ischio-jambiers et relâchement de la sangle abdominale entretenu par un port chronique de ceinture abdominale. Avant d'entreprendre une reprise d'activité professionnelle, un reconditionnement musculaire doit être effectué sur une période de 3 à 6 mois minimum. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité et ceci depuis toujours.

Capacité de travail exigible

dans l'activité habituelle: 0%

dans une activité adaptée: 100% depuis janvier 2008

NB: l'examen clinique somatique n'a pas pu être réalisé dans des conditions idéales, il a été raccourci en raison du comportement histrionique de l'assurée."

Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 janvier 2009, l'OAI a pris en compte, sur base des déclarations de l'assuré, un statut de 75% active et 25% ménagère. Sur le plan ménager, l'invalidité était évaluée à 34.50%.

Par décision du 3 février 2009, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation d'impotence de degré faible, en raison du besoin qu'elle avait d'une aide importante et régulière pour se vêtir et faire sa toilette depuis le mois de mars 2007.

Le 19 février 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, prévoyant l'octroi d'une rente entière du 15 août 2007 au 31 mars 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 84%. Il considérait notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité d'employée d'entretien auprès d'U. _____ SA.

Selon les renseignements que vous nous avez fournis, en bonne santé, vous auriez continué votre activité à un taux de 75%. Vous pouvez donc être considérée comme active à 75% et occupée à la tenue de votre ménage à un taux de 25%.

Selon les pièces portées au dossier, vous présentez une incapacité de travail et des empêchements dans l'accomplissement de vos tâches ménagères depuis le 15 août 2006. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI précité. A l'échéance du délai en question, soit au 15 août 2007, votre incapacité de travail était de 100% dans toute activité.

Vos empêchements ménagers se montent à 34.50%, selon l'enquête établie à votre domicile.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	75%	100.00%	75.00%
Ménagère	25%	34.50%	8.62%
Degré d'invalidité			83.62%

Toutefois, si la capacité de travail s'améliore il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré 3 mois.

Ainsi, sur la base des pièces médicales du dossier et de l'examen clinique SMR du 4 septembre 2008, force est de constater que votre état de santé s'est amélioré et que dès le mois de janvier 2008, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assises/debout au-delà de 5 à 10 minutes, diminution du périmètre de marche théorique à environ une demi-heure, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable).

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans votre dernière activité, soit CHF 34'027.-, selon les indications de votre ancien employeur, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée à un taux de 75%.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'019.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4019.- x 41,4: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50277.69.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60% en 2007 et + 2.07% en 2008; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 51'082.13 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 39'104.65 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs 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 80 consid. 5b/cc)

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 35'194.18.

Ainsi, malgré votre atteinte à la santé, vous pourriez prétendre à un revenu équivalent à celui réalisé avant l'atteinte à la santé. Vous ne présentez donc plus de préjudice, votre degré d'invalidité est inférieur à 40% et ne donne plus droit à une rente.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
--------------------	------	-------------	--------------------

Active	75%	0%	0%
Ménagère	25%	34.50%	8.62%
Degré d'invalidité			8.62%"

Par courrier du 2 mars 2009, l'assurée a fait part à l'OAI de son désaccord avec le projet de décision. Elle critiquait le fait qu'on la qualifie d'abord d'entièrement invalide puis, du jour au lendemain, d'entièrement capable de travailler, sans amélioration de son état de santé. Complétant son argumentation dans un courrier du 9 mars 2009, l'assurée rappelait que le Dr Q._____ la considérait toujours comme incapable de travailler. Elle se déclarait prête à subir une nouvelle expertise psychiatrique, ne comprenant pas pourquoi l'aspect psychologique, relevé par les médecins de Cery, n'avait pas été retenu. L'assurée disait ne pas voir quelles activités lui seraient encore accessibles, puisqu'il lui était fortement déconseillé de prendre les transports publics, du fait des vibrations, secousses et à-coups.

L'Office a réagi, le 1^{er} avril 2009, aux critiques de l'assurée, renvoyant aux conclusions de l'examen du 4 septembre 2008, au SMR.

Par décision du 5 juin 2009, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2008, confirmant ainsi son projet de décision.

B. Par acte du 7 juillet 2009, B._____ a recouru auprès du Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, contre la décision du 5 juin 2009 de l'OAI. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée s'agissant de son incapacité de travail et de gain après le 31 décembre 2007, et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction auprès de la Dresse Y._____. La recourante rappelle que les médecins du Département Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte (ci-après: DUPA) préconisaient dans le rapport du 1^{er} février 2008 que, du point de vue psychiatrique, la situation devait être réévaluée après une convalescence de quelques semaines. Cette évaluation devait être demandée à la Dresse Y._____ de l'association E._____. Or, l'intimé n'ayant pas interpellé cette praticienne, la recourante soutient que le

dossier ne permet de savoir ni quel traitement est suivi, ni si un bilan dans un atelier de réadaptation professionnelle a pu être effectué ou non, de sorte que la cause n'est pas suffisamment instruite.

Dans sa réponse du 17 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que les médecins du SMR, dans leur rapport du 17 septembre 2008, disent n'avoir pas trouvé de signe de "dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, ni de perturbation de l'environnement psychosocial". Pour l'Office, ce rapport est complet et convaincant, tout comme ses conclusions sur la capacité de travail, de sorte que le dossier a été instruit à satisfaction.

Dans sa réplique du 22 janvier 2010, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens que la décision attaquée est réformée et qu'une rente entière continue à lui être octroyée après le 31 décembre 2007. Elle a requis une expertise pluridisciplinaire et a produit les rapports médicaux suivants :

- une lettre du 12 janvier 2010 du Dr Q. _____ dont la teneur est notamment la suivante:

"L'AI reconnaît à l'assurée une possibilité de travail à 100% dans une activité adaptée mais cela est complètement illusoire. En effet, l'assurée est incapable de rester plus que quelques minutes dans la même position, le psychiatre de l'AI décrit des traits histrioniques, l'assurée bougeant beaucoup les mains et se montrant démonstrative. En fait, elle a la même attitude dans mon cabinet sans en rechercher le moindre avantage mais elle exprime ainsi sa souffrance. Le psychiatre ne reconnaît qu'une dysthymie alors que l'assurée est sous [...] 100mg ce qui est un dosage de ce médicament plutôt élevé pour une simple dysthymie. On retrouve plusieurs caractères d'un état dépressif de gravité au moins moyenne chez cette assurée selon la cim 10, elle présente en effet des idées noires, une anhédonie, n'éprouve plus aucun plaisir à faire une activité, elle souffre de troubles de la concentration et de l'attention et a des idées de dévalorisation. Ceci est clair et n'est pas un tableau de dysthymie mais d'un état dépressif en tout cas de gravité moyenne si ce n'est plus selon la cim 10. D'autre part, le psychiatre de l'AI ne retient pas le syndrome douloureux somatoforme persistant, il nie une détresse manifeste qu'il ne retrouve pas lors de l'examen mais qui est bien présente quant l'assurée vient régulièrement à mon cabinet en pleure et demandant qu'on lui fasse une piqûre d'antalgiques, le psychiatre nie une comorbidité psychiatrique mais, comme je l'ai dit plus haut, selon la

cim 10, les critères pour un état dépressif pour le moins d'intensité moyenne si ce n'est plus sont présents. Et enfin, il s'agit bien d'une infection chronique s'étendant sur plusieurs années pour laquelle il n'y a pas eu vraiment de rémission puisque l'opération n'a apporté aucune amélioration. On doit donc retenir chez cette assurée, en plus de son problème lombaire, un état dépressif d'intensité au moins moyenne si ce n'est plus selon la cim 10 et également un syndrome douloureux somatoforme persistant puisqu'il est accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste et rappelons que l'assurée a été suivie de nombreuses années par la Doctoresse Y._____, elle a également été hospitalisée à l'hôpital de Cery en 2007 et en général on hospitalise pas les gens pour une banale dysthymie! Le psychiatre de l'AI écrit en page 9 qu'il réfute les diagnostics proposés par les psychiatres de l'hôpital de Cery soit un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Hors, ces diagnostics correspondent effectivement selon la cim 10 aux diagnostics de l'assurée et le psychiatre de l'AI ne peut réfuter sans autre le diagnostic fait par d'autres confrères psychiatres qui ont pu observer l'assurée sur une période prolongée et non pendant une seule séance d'un peu plus d'une heure. Pour ces raisons, une expertise faite par un psychiatre neutre paraît indispensable."

- Une lettre du 8 janvier 2010 adressée au conseil de la recourante par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur est la suivante :

"J'ai vu Madame B._____ à une reprise en compagnie de sa fille servant comme interprète le 9 décembre 2009. Lors de cette seule consultation, il n'y a malheureusement pas été possible d'éclaircir les différents aspects de la situation difficile de Madame. Cependant, Mme B._____ a exprimé son souhait de suivre un traitement psychothérapeutique auprès une femme lui permettant de mieux aborder son vécu. Comme Mme B._____ a été suivie pendant plusieurs années à l'E._____, j'ai convenu avec la patiente qu'elle y reprenne le traitement chez une thérapeute de son choix. En présence de Madame et sa fille, j'ai ainsi pris contact avec cette institution encore le 9 décembre 2009. Depuis, je n'ai plus revu la patiente et je vous propose d'adresser votre demande à l'E._____."

- Par duplique du 11 février 2010, l'OAI a conclu à nouveau au rejet du recours et a produit un avis médical du 5 février 2010 du Dr G._____, médecin généraliste auprès du SMR, qui relève notamment ce qui suit :

"Le Dr Q._____ donne l'appréciation du médecin traitant, non psychiatre; il signale des symptômes qui laisseraient à penser que l'assurée présente un trouble thymique moyen mais on ignore s'ils sont anamnestiques ou objectivés à l'examen clinique; cet aspect revêt une importance particulière lorsque l'on se trouve en présence d'une personne présentant des traits histrioniques, donc un comportement démonstratif; en effet le Dr L._____, psychiatre au SMR, n'avait retenu à l'examen clinique ni troubles de la

concentration ou de l'attention, ni anhédonie, ni aboulie, ni sentiment de culpabilité, ni perte de l'estime d'elle-même; il signalait les idées noires (parfois), la variation de la thymie. Le Dr Q._____ ne précise pas l'intensité des symptômes; il ne motive pas pour quelles raisons il retient le syndrome somatoforme; que ce diagnostic soit admis ou non n'a, en l'occurrence, pas une importance majeure en terme de CT, car, il ne revêt pas les critères incapacitants et de sévérité au sens de la jurisprudence; pour s'en convaincre, je me permets de vous renvoyer à la p. 10 de l'examen SMR du 04.09.2008, au point 3 où le Dr L._____ développe longuement cet aspect. En conclusion, il n'y a pas de nouvel élément médical au dossier susceptible de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 07.10.2008."

Par écriture du 2 mars 2010, la recourante a soutenu qu'il y avait une contradiction entre les avis de deux médecins généralistes, soit les Drs G._____, médecin de l'AI, et Q._____, médecin traitant. Estimant que l'avis du second suscitait des doutes très sérieux sur le rapport émanant des médecins du SMR, elle a renouvelé sa requête d'expertise.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er 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. 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 (art. 28 LAI).

3. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. ATF 125 V 413, consid. 2d, et notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2; 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2; 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La

rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 135 V 545, consid. 6.2 ; 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

b) En l'espèce, il résulte de l'ensemble des rapports médicaux que l'incapacité de travail de la recourante était totale dès le 15 août 2006. En revanche, il y a lieu d'examiner si, comme le retient la décision attaquée, l'état de santé de la recourante s'est amélioré dès janvier 2008, avec pour conséquence une amélioration de sa capacité de travail et de gain.

4. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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 125 V 351, consid. 3a)

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 134 V 231, consid. 5.1; ATF 125 V 351, consid 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (cf. TF 9C_67/2007 du 28 août

2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert de l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465, consid. 4, part. 4.4, et les références).

5. a) Sur le plan somatique, les Drs L._____ et S._____, médecins du SMR, concluent à une capacité de travail entière 9 mois après la spondylodèse, soit dès janvier 2008 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Ils expliquent l'évolution de l'état de santé de la recourante en rappelant que les examens réalisés en 2004 mettaient en évidence une spondylololsthésis du premier degré de L5-S1 sur une lyse isthmique complète de L5 et que malgré un traitement conservateur, l'évolution était restée défavorable, raison pour laquelle une spondylodèse L5-S1 par voie postérieure a été réalisée au mois de mars 2007. Ils relèvent que l'évolution post opératoire est marquée par la persistance d'une symptomatologie algique chronique centrée sur le rachis lombaire avec irradiation progressive dans l'ensemble du rachis et des membres inférieurs ainsi que la mise en évidence d'un trouble dégénératif majeur au niveau du rachis lombaire avec un status post opératoire sans signe de complication sur la documentation radiologique mise à disposition. Après avoir observé une mobilisation spontanée fluide sans mise en oeuvre de signe d'épargne ou de signe manifeste particulier hormis pour le rachis lombaire, ils signalent une attitude totalement contradictoire de la recourante lors de l'examen clinique au cours duquel elle a développé une attitude hyper algique, cet examen n'ayant pu se dérouler dans de bonnes conditions à cause de ce comportement. Se fondant uniquement sur la documentation radiologique et sur les éléments objectifs, il concluent que toute activité à fortes charges physiques est contre-indiquée de façon absolue, l'activité de la recourante en tant que femme de ménage n'étant ainsi plus possible, mais en revanche qu'une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles est possible à 100%.

Ces conclusions sont ainsi fondées sur l'ensemble du dossier, y compris sur la documentation radiologique, ainsi que sur un examen clinique de la recourante. Le Dr C._____ conclut également à une incapacité de travail entière dans l'ancienne activité. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique uniquement, mais estime qu'une telle activité n'est pas possible à cause de problèmes psychiques. Quant au Dr Q._____, il ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée sur le plan somatique uniquement. Les conclusions de ces deux praticiens ne peuvent dès lors pas être suivies.

Les conclusions des Drs L._____ et S._____, claires et bien motivées, ne sont ainsi mises en doute par aucun autre rapport médical. Leur rapport répond aux réquisits posés par la jurisprudence. Il a ainsi valeur probante s'agissant des troubles somatiques. Il y a dès lors lieu d'admettre une amélioration de la capacité de travail de la recourante dès janvier 2008.

b) Sur le plan psychiatrique, les Drs L._____ et S._____ retiennent, dans le rapport du 17 septembre 2008, le diagnostic de dysthymie chez une personnalité à traits histrioniques. Ils considèrent que ce diagnostic n'a pas d'influence sur la capacité de travail.

Le 1^{er} février 2008, confirmant l'avis de la Dresse F._____ du 11 octobre 2007, les Dresses N._____ et F._____ diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr Q._____ diagnostique quant à lui, le 5 décembre 2007, un état dépressif et un probable syndrome somatoforme douloureux. Le 15 janvier 2008, le Dr C._____ ne pose pas de diagnostic précis: il considère que l'état psychiatrique empêche la reprise d'une activité, mais ajoute immédiatement que, si un rapport psychiatrique n'est pas disponible, une expertise devrait être effectuée.

Selon la jurisprudence (ATF 137 V 64, consid. 4.1; 132 V 65, consid. 4.2.1 et les références citées), 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.

Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence 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 elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), 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 traitements), 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 (TF I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3 et la doctrine citée). 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).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1 in fine et la doctrine citée), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (cf. TF 9C_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 2 ; I 87/06 du 31 janvier 2007, consid. 3.3, et la jurisprudence citée).

En l'espèce, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, a été retenu par les Dresses F._____ et N._____, du DUPA, lors de l'hospitalisation de la recourante en octobre 2007. Les Drs S._____ et L._____ se sont écartés de ce diagnostic en expliquant qu'ils ne retrouvaient pas les différents éléments du tableau sémiologique permettant de le poser. Ils ajoutent qu'il apparaît contradictoire de relever des symptômes d'épisode dépressif sévère et de mentionner que l'envie de travailler paraît très intense chez la recourante. Ils relèvent en outre que la recourante a signalé une nette amélioration du syndrome dépressif qu'elle a connu lors de son arrivée en Suisse en 1998, l'amélioration lui ayant d'ailleurs permis de travailler en 2003, ce qui est également relevé par la Dresse P._____ (rapport du 23 juin 2004, p. 2). En outre, le Dr V._____ relate, dans son rapport du 19 janvier 2007, que la recourante a déclaré être déprimée, principalement en raison de ses douleurs.

Compte tenu des motifs convaincants évoqués par les Drs S._____ et L._____, il y a lieu d'écarter l'avis des médecins du DUPA et de retenir le diagnostic de dysthymie. D'ailleurs, même si l'on devait considérer que la recourante était atteinte d'un trouble dépressif récurrent, lors de son hospitalisation en octobre 2007, force est alors de constater qu'il a été passager puisqu'il n'a plus été observé par les

médecins du SMR. Le Dr Q. _____ mentionne un état dépressif de gravité moyenne (rapport du 12 janvier 2010), mais son rapport n'apporte pas d'éléments objectifs nouveaux. Il s'ensuit que même si un trouble dépressif devait être retenu, il ne présente pas les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un éventuel trouble somatoforme.

Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celle-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection corporelle chronique, toutefois, la symptomatologie s'est améliorée, la capacité de travail de la recourante étant complète dans une activité adaptée depuis janvier 2008. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Dans le rapport des médecins du SMR (rapport du 17 septembre 2008, p. 5), il est mentionné que la recourante s'occupe de son ménage, fait les courses et est aidée par une voisine et aussi par sa fille. On ne voit pas non plus au dossier que chez la recourante, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulterait d'une libération du processus de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Les médecins consultés ne font mention d'aucune source de conflit intrapsychique, ni situation conflictuelle externe, permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. Enfin, il n'y a pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, comme le relèvent les Drs S. _____ et L. _____ la recourante a fait état d'une amélioration de sa symptomatologie à l'entrée en Suisse en 1988 avec possibilité de reprendre son travail en 2003. En outre, les Desses N. _____ et F. _____ (rapport du 1^{er} février 2008) estimaient possible d'envisager après quelques mois de convalescence un bilan dans un

atelier de réadaptation professionnelle ce qui laissait entendre une amélioration possible, laquelle s'est réalisée puisque les médecins du SMR n'ont pas retrouvé les critères symptômes d'un trouble dépressif sévère.

Ainsi même si l'on retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ce trouble ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, l'on ne puisse raisonnablement exiger de la recourante qu'une mise en valeur limitée de sa capacité de travail. L'évaluation de la capacité de travail de la recourante n'en serait ainsi pas modifiée.

En conséquence, les conclusions des Drs S._____ et L._____ doivent être suivies contrairement à celles des Desses N._____ et F._____, et du Dr Q._____, la recourante devant ainsi être considérée, d'un point de vue psychique, comme entièrement capable de travailler.

c) Il s'ensuit que la capacité de travail de la recourante est nulle depuis le 15 août 2006, puis, après la spondylodèse et un temps de convalescence, est redevenue entière dans une activité adaptée depuis janvier 2008.

d) Il ressort de ce qui précède que le dossier médical est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a en conséquence pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires et la requête en ce sens de la recourante doit être rejetée. Le tribunal peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2 et les références; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

6. Sur le plan économique, la recourante a déclaré qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité professionnelle à 75% et se serait occupée de son ménage à raison de 25%. La méthode mixte est dès lors applicable.

a) Dans ce cas, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146, consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146, consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334, consid. 4.1; 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2). L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de

réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ATF 137 V 334, consid. 4.2 et jurisprudence citée).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322, consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

c) Le revenu d'invalidité 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'invalidité. 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321, consid. 3b/bb; TF I 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Les salaires ressortant des statistiques peuvent encore être réduits. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75, consid. 5a/bb et les références citées; voir également arrêt I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71, consid. 5.2).

d) Dans un premier temps, à partir d'août 2006, la recourante était entièrement incapable de travailler dans toute activité, ce qui correspondait à un empêchement entier sur sa part active de 75%. Selon l'enquête effectuée au domicile de la recourante, ses empêchements

ménagers s'élèvent en outre à 34.50%, soit un degré d'invalidité de 8.62% sur cette part (25% x 34.50%).

Le taux d'invalidité de la recourante était ainsi de plus de 80%, dès août 2006, ce qui lui donne droit à une rente entière, droit ouvert dès le 1^{er} août 2007, à l'issue d'un délai d'un an durant lequel la recourante aura présenté une incapacité de travail d'en moyenne 40% au moins (cf. art. 29 al. 1 let. b aLAI, en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et correspondant à l'actuel art. 28 al. 1 let. b).

e) Dans un second temps, à teneur des constatations médicales des médecins du SMR dont on a vu qu'elles étaient probantes, il faut considérer que depuis janvier 2008, la capacité de travail de la recourante est à nouveau entière, dans une activité adaptée.

Selon le questionnaire de l'employeur U. _____ SA du 3 décembre 2007, B. _____ travaillait 32 heures et demi par semaine pour un salaire horaire de 18 fr. 60. Le salaire de 34'027 francs retenu par l'OAI est fondé sur ces chiffres et doit être confirmé. Il doit toutefois être indexé à la hausse moyenne des salaire pour l'année 2008 (2%, La Vie économique, 10-2011, p. 95, tableau B 10.2), ce qui donne le montant de 34'707 fr. 54 (34'027 + [34'027 x 2%]).

S'agissant du revenu avec invalidité, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 4'116 francs par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 11-2011, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'280 fr. 64 (4'116 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 51'367 fr. 68, soit 38'525 fr. 76 pour une activité à 75%. Compte tenu d'un abattement de 10%, qui apparaît conforme au taux d'activité, aux

limitations fonctionnelles ainsi qu'aux autres circonstances personnelles de la recourante, le revenu, avec atteinte à la santé, est de 34'673 fr. 20. La perte de gain sur la part active est ainsi inférieure à 1%.

Le droit à la rente n'est ainsi plus ouvert dès janvier 2008 et c'est à juste titre que l'OAI a supprimé celle-ci dès le 1^{er} avril 2008 (cf. art. 88a RAI). Dans cette mesure, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée.

7. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). 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 attaquée est confirmée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour B. _____),
- 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 :