

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mars 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Shalini Pai, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1951, mariée et mère de deux enfants aujourd'hui majeurs, travaillait depuis le 18 juin 2001 en qualité de nettoyeuse à l'A. _____. Le 30 mai 2007, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 26 juin 2007, l'A. _____ a indiqué que l'assurée travaillait 14 heures par jour, soit 33.73%, pour un salaire mensuel de 1'189 fr. 45 par mois depuis le 1^{er} janvier 2007, son salaire correspondant à son rendement. Elle a également reçu des prestations de chômage selon un délai-cadre de décembre 2002 à décembre 2004, puis de décembre 2004 à décembre 2006. Son époux est au bénéfice d'une rente AI. Dans un formulaire rempli le 26 juin 2007, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% par nécessité financière.

Par certificat médical du 30 janvier 2007, le Pr. D. _____, chef du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, a certifié que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques et d'une polyarthrose touchant les genoux, les mains et les pieds. En raison de ses douleurs chroniques, il a précisé que l'assurée ne travaillait qu'à 30%.

Dans un rapport du 26 juin 2007, le Pr. D. _____ a posé les diagnostics de polyarthrose - digitale, genoux depuis 2003, et de fibromyalgie depuis 2006. Il a indiqué que l'état de santé était stationnaire, que la capacité de travail pouvait peut-être s'améliorer par des mesures médicales, que des mesures professionnelles étaient indiquées et qu'un examen médical complémentaire était nécessaire. A la question "L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible?", il a répondu affirmativement sans préciser dans quelle mesure. A la question "Y a-t-il une diminution de rendement", il a indiqué 40%. Il a répondu de façon identique s'agissant de la capacité de travail et de la

diminution de rendement dans une activité adaptée. Il s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles, retenant que l'assurée ne pouvait pas se mettre en position à genoux ou accroupie, incliner le buste, avoir des horaires irréguliers, travailler en hauteur ou sur une échelle ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique, effectué le 19 décembre 2007 par les Drs B._____, médecine interne et rhumatologie FMH au SMR, et T._____, psychiatre FMH au SMR. Dans leur rapport du 28 décembre 2007, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de rhizarthrose des deux pouces prédominant à droite, de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs (discopathie L5-S1 sévère) et de syndrome rotulien bilatéral prédominant. Ils ont également retenu, notamment, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie. La capacité de travail exigible a été évaluée à 30% sur le plan ostéoarticulaire dans l'activité habituelle, et à 100% depuis janvier 2007 dans une activité adaptée. Ils ont notamment retenu ce qui suit:

"Vie quotidienne

L'assurée déclare vivre dans un appartement de 2 pièces, au bénéfice de la rente AI de son mari et de son salaire à 30%. Elle se lève à 07h00, prend un petit-déjeuner, fait sa toilette, puis se repose jusqu'à 09h00, ensuite, elle va faire les courses, rentre à la maison, se repose ensuite, puis prépare un repas qui est pris en famille à midi. Elle se repose ensuite, fait la vaisselle, quelques tâches ménagères, puis se repose à nouveau et part vers 17h30 pour prendre son travail à 18h00 jusque vers 21h00. Ensuite, elle rentre chez elle, prend un repas avec sa famille, se repose ensuite en regardant la télévision et se couche vers 22h30.

Sur le plan domestique, elle assume l'ensemble des tâches ménagères: aspirateur, sols, lessive, repassage, courses, cuisine, poussière. Elle dit faire ce qu'elle peut au moment où elle a moins de douleurs. Les courses sont parfois faites avec des amis qui la véhiculent dans les supermarchés.

Elle n'a pas de permis de conduire. Elle part en vacances 1x/an en Bosnie.

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

L'assurée déclare une enfance campagnarde heureuse où elle n'était jamais malade, n'éprouvait pas de douleur, une enfance avec de nombreux camarades qui jouent et qui partagent les activités. L'adolescence est tranquille, avec des activités, des camarades, des jeux, des sorties.

Elle rencontre celui qui devient son mari à l'âge de 20 ans et se marie assez rapidement. Il s'agit d'un homme du même âge, ouvrier dans les constructions. Elle déclare une bonne entente. Le mari vient travailler en Suisse dès 1990 et obtient ses papiers de séjour dès 1994.

De cette union sont nés 2 garçons: le 1^{er} en 1973, actuellement chauffeur de camion en Slovénie, sans enfant. Le second né en 1975, actuellement carreur en Slovénie, père d'un enfant.

Antérieurement à décembre 2006, l'assurée précise des douleurs des mains depuis 2 ans.

Antérieurement à 2004, elle ne précise aucun antécédent médical.

Depuis 2006, elle est suivie par le Prof. D. _____, ainsi que par son médecin généraliste, le Dr V. _____, qu'elle voit à raison de 2x/mois.

[...]

Appréciation du cas

Mme H. _____ rapporte des douleurs musculosquelettiques depuis de nombreuses années qui étaient initialement localisées à la région lombaire et aux genoux, lesquelles se sont mis à augmenter en intensité, à se généraliser et à devenir réfractaires au traitement depuis 2005 environ. Depuis lors, dit-elle, la situation s'est détériorée.

Actuellement, elle fait état de douleurs quasi ubiquitaires, diurnes et nocturnes, très météosensibles, centrées essentiellement sur la racine du pouce ddc, surtout à D, sur la région lombaire, les genoux et la région cervico-scapulaire.

D'un ton désabusé, l'assurée précise que les différents traitements qui lui ont été prodigués jusqu'ici ne l'aident pas et elle affirme même qu'un récent traitement de Durogésic® n'aurait en rien modifié sa symptomatologie douloureuse.

Cliniquement, on trouve une assurée en état général correct, de constitution massive, toutefois vive, réactive, participant de manière adéquate tant à l'entretien qu'à l'examen clinique.

A l'examen médical général, on relève surtout un excès pondéral significatif, ainsi qu'une tension artérielle pathologiquement élevée le jour de l'examen, l'assurée affirmant qu'elle n'avait pas pris ses médicaments ce jour-là.

Au plan neurologique, l'examen est sp.

Au plan ostéoarticulaire, l'examen du rachis met en évidence des troubles modestes de la statique vertébrale et une limitation modeste également de la mobilité tant au niveau cervical qu'au niveau lombaire.

L'examen des extrémités fait apparaître des douleurs insertionnelles à la majorité des sites dits classiques de la fibromyalgie, mais on constate également une nette atteinte du pouce ddc, prédominant à D, avec une hypotrophie thénar à D et des douleurs à la mobilisation de l'articulation trapézométacarpienne ddc. Aux membres inférieurs, le status clinique frappe par une nette hypotrophie du vaste interne ddc, ainsi que des signes de conflit fémoro-trotulien tout à fait nets, prédominant à D.

Comme nous l'apprend le Prof. D. _____, du service de rhumatologie du CHUV, dans son rapport du 26.06.2007, le bilan biologique est normal, ce qui permet d'exclure l'existence d'une éventuelle arthropathie inflammatoire sous-jacente à l'état douloureux de l'assurée.

Les radiographies à disposition confirment une rhizarthrose des 2 pouces prédominant à D, toutefois sans autre atteinte articulaire au niveau des mains, ainsi qu'une discopathie L5-S1 sévère prédominant à D.

Il existe donc certes un substrat anatomopathologique adéquat à une partie des plaintes de l'assurée (mains, rachis, genoux). En revanche, le tableau douloureux diffus, incohérent avec le status clinique et non accompagné d'une quelconque altération biologique en impose, comme le Prof. D. _____ l'avait d'ailleurs aussi retenu, pour une fibromyalgie.

Les atteintes à la santé objectivement dûment documentées déterminent les limitations fonctionnelles qui seront énumérées ci-dessous; quant à la fibromyalgie, vu son caractère subjectif, elle n'est, en vertu des dispositions jurisprudentielles actuellement en vigueur, pas considérée comme incapacitante en l'absence d'une atteinte d'ordre psychique, ce qui est donc le cas pour Mme H. _____.

Cette assurée non qualifiée professionnellement travaillait à la campagne avant de venir en Suisse depuis qu'elle est en Suisse, elle a oeuvré comme nettoyeuse. Les atteintes à la santé objectivées contre-indiquent une telle activité, vu les contraintes qu'elle impose au niveau des mains, du rachis et des genoux.

Sur le plan psychiatrique : assurée de 56 ans, originaire de Bosnie, en Suisse depuis l'an 2000 pour rejoindre son mari qui a présenté alors un infarctus avec accident vasculaire cérébral, séquelles et prestations AI depuis. Elle travaille en tant que nettoyeuse pour l'A. _____ à 33,73% depuis 2001 et dépose une demande AI en date du 30.05.2007 pour rente.

L'examen clinique psychiatrique met en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger.

Cette dépression chronique est particulière de par sa fluctuation, à raison de 70% des moments où elle se sent moins bien, ne peut pas faire grand chose, s'allonge, rumine sur l'avenir, se sent triste, et à raison de 30% des moments où elle se sent mieux, fait son ménage, prépare les repas, fait les courses, retrouvant son énergie.

La fluctuation de ce tableau, ainsi que l'intensité des troubles évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines durant lesquelles 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, qui assume l'intégralité des tâches ménagères.

L'existence de douleurs articulaires et de polyalgies nous amène à discuter le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant:

- il est à noter tout d'abord qu'aucun diagnostic psychiatrique ou suivi psychiatrique n'a été avancé par les médecins de cette assurée,
- ensuite, l'examen ne permet pas de mettre en évidence une détresse psycho-affective ni une comorbidité psychiatrique, dans la mesure où l'intensité de la dysthymie n'apparaît pas suffisante pour participer d'une comorbidité,
- on ne retrouve pas non plus de perte d'intégration sociale dans la mesure où l'assurée parle de relations solides, nombreuses et qui se reçoivent fréquemment,
- on peut parler d'état psychique cristallisé dans la mesure où aucune plainte dans ce domaine n'a véritablement été posée jusqu'alors,
- enfin, on ne peut parler d'échec au traitement, puisqu'aucun traitement psychiatrique n'a été entrepris.

Nous voyons donc que les différents critères de la jurisprudence ne sont pas réunis pour permettre d'étoffer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant.

En dehors du tableau de dysthymie, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

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

Limitations fonctionnelles

Limitations fonctionnelles ostéoarticulaires:

Mains: pas de travail imposant un déploiement régulier et significatif de force avec les mains, notamment en ce qui concerne la pince polycidigitale;

Rachis: nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg ; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 7 kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc;

Genoux: pas de travail imposant des genuflexions répétées, ni travail se faisant en position accroupie où imposant des déplacements réguliers sur des échelles/escabeaux ou en terrain accidenté.

Aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

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

On ne dispose pas de date précise pour répondre à cette question; en date du 30.01.2007, le Prof. D. _____ atteste que l'assurée ne travaille qu'à 30% en raison de ses douleurs chroniques. Quant à l'employeur, il signale dans son rapport du 26.06.2007 que l'assurée effectue une activité à 33.73% depuis le 18.06.2001.

Sans objet sur le plan psychiatrique.

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

En réalité, il ne semble pas y avoir eu de changement depuis lors. Eu égard aux atteintes à la santé dûment documentées, il est médicalement approprié de suivre la prise de position du Prof. D. _____ en reconnaissant que dans l'activité de nettoyeuse, la capacité de travail exigible n'excède pas 30%. En revanche, dans une activité rigoureusement adaptée, la capacité de travail est certainement normale. Il n'y a aucun argument médical pour affirmer, comme le fait le Prof. D. _____ dans le rapport déjà cité du 26.06.2007, que dans un travail physique léger, permettant l'alternance de posture et permettant d'éviter des moyens répétitifs, le rendement ne serait que de 40%.

Sans objet sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée exclusivement par les atteintes somatiques étant donné l'absence d'atteinte à la santé psychique incapacitante. La capacité de travail de l'assurée dans l'activité actuelle n'excède effectivement pas 30%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible est de 100%.

Sur le plan psychiatrique, dans l'activité habituelle, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité et ceci depuis toujours".

Dans un rapport d'examen SMR du 25 janvier 2008, le Dr Z. _____ s'est rallié aux conclusions de ce rapport, retenant notamment

une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée. Il a ajouté qu'un reclassement professionnel était théoriquement indiqué mais que des facteurs extérieurs à l'AI, tels que la méconnaissance du français, l'âge et la fibromyalgie, risquaient de compromettre les mesures d'ordre professionnel.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 5 mars 2008 au domicile de l'assurée. Il ressort du rapport du 7 mars 2008 que l'aspect financier aurait justifié que l'assurée travaille à 100%, le statut de personne active à 100% étant retenu, et que son époux était au bénéfice d'une rente AI mensuelle de 752 fr. et d'une rente du 2^{ème} pilier de 925 fr., le couple touchant des prestations complémentaires et des subsides pour l'assurance maladie. Il résulte en outre de ce rapport que l'invalidité de l'assurée dans les tâches ménagères est de 2.5%.

Selon une note du 21 juillet 2008 de l'OAI, établie suite à un entretien avec l'assurée, une évaluation professionnelle lui a été proposée pour déterminer les activités adaptées et s'il y avait une baisse de rendement. L'assurée a informé l'OAI qu'elle ne pouvait pas travailler et qu'une telle évaluation n'était pas nécessaire.

Dans un projet de décision du 15 mai 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'après comparaison des revenus, son taux d'invalidité s'élevait à 3.42%. Le 6 juin 2009, l'assurée a contesté ce préavis.

Le Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne, oncologie-hématologie à Lausanne et médecin traitant de l'assurée, a adressé à l'OAI un rapport du 25 mai 2009 dont il résulte ce qui suit:

“La patiente travaille actuellement à 30% à l'A._____. Son état de santé est incompatible avec une activité professionnelle, même à ce taux. En effet, la patiente a subi un CT lombaire le 24.03.2009 dont le rapport est joint en annexe. Ainsi que vous pouvez le constater, elle présente une discopathie L4-L5, L5-S1 avec protrusion discale paramédiane gauche au contact de l'émergence de la racine L5 gauche, ainsi qu'une sténose foraminale L5-S1 bilatérale et spondylarthrose étagée, principalement marquée en L4-L5 et L5-S1.

Ces altérations de la colonne lombaire provoquent des rachialgies importantes, exigeant le traitement par des opiacés, d'abord par Durogésic patch, et actuellement par Oxycontin retard 20 mg 2x/j.

Je vous saurais gré de bien vouloir reconsidérer votre projet de décision dans la lumière de la pathologie relevée par le CT-Scan lombaire du 24.03.2009".

A ce rapport a été joint celui du centre d'imagerie de Morges, qui a procédé à un CT-Scan lombaire le 24 mars 2009 qui mentionne les pathologies indiquées dans le rapport du Dr V._____.

Le cas a à nouveau été soumis au SMR, qui a relevé ce qui suit dans un avis médical du 26 juin 2009 des Drs Q._____ et K._____.

"Sur la base d'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR (19.12.2007) il a été admis que cette assurée âgée de 58 ans et dont l'époux est rentier AI présentait une CT de 30% dans l'activité de nettoyeuse et 100% dans toute activité adaptée aux troubles dégénératifs touchant les ATM des mains, genoux, rachis lombaire; la dysthymie, fibromyalgie et obésité n'ont pas été considérées comme incapacitantes. L'enquête ménagère du 05.03.2008 révèle des empêchements de l'ordre de 2,5%, ce qui laisse entendre que les atteintes à la santé sont très peu incapacitantes (seul le maniement de l'aiguille et du crochet est limité). L'assurée a refusé une évaluation professionnelle car elle ne s'estime pas capable de travailler en plein et que son état de santé ne cesse de s'aggraver. Elle s'est opposée au projet de décision du 30.05.2009 (rendu 15 mois après la fin de l'instruction médicale) motivant un refus, le préjudice économique se montant à 3.42%. En date du 25.05.2009, le Dr V._____, médecin traitant, demande de reconsidérer le projet de décision, au motif qu'en mars 2009 le CT scan lombaire a révélé une discopathie L4-L5 et L5-S1, avec en L4-L5 un débord discal circonferentiel s'étendant postérieurement sur la ligne médiane et paramédiane G au contact de l'émergence de la racine L5G, avec sténose foraminale L5-S1 bilatérale, avec spondylarthrose étagée, principalement en L4-L5 et L5-S1. Les douleurs auraient augmenté, et l'assurée devrait consommer des opiacés (Durogesic patch, puis Oxycontin ret 2x20mg/j). Il n'est pas fait mention de sciatalgies et/ou déficit neurologique, et aucun examen clinique n'est donné.

Rappelons que lors de l'examen SMR en 12.2007:

- Il est signalé que l'assurée a reçu du Durogesic sans effet notoire sur les douleurs.
- A été retenue la notion de discopathie sévère - L5 et L5-S1.

Conclusions: il est vrai que le CT-scan est un document radiologique nouveau, mais qui ne laisse pas présumer de réelle aggravation par rapport à fin 2007, en l'absence de troubles neurologiques avérés des MI, puisque l'on savait déjà les importants troubles dégénératifs dont il a été largement tenu compte en fin 2007 pour l'exigibilité et les limitations fonctionnelles et qui de plus

n'engendrent pas d'empêchements ménagers. Nous n'avons ainsi pas de raison de nous écarter des conclusions de fin 2007-début 2008".

Par décision du 12 février 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il a considéré notamment ce qui suit:

“Résultat de nos constatations:

Sur la base des éléments contenus au dossier, vous travaillez depuis juin 2001, en qualité de nettoyeuse pour le compte de l' [...] pour un taux de 33% environ, puis vous vous êtes inscrite au chômage du 02.12.2004 au 01.12.2006 (délai-cadre).

Selon les observations de l'enquête ménagère, nous vous avons considéré comme une personne active à 100%.

Afin de compléter les renseignements médicaux en notre possession, un examen clinique rhumato-psychiatrique a eu lieu auprès du Service médical régional AI. Il ressort des constatations médicales que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 30%. Par contre, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, telles que *Mains* - pas de travail imposant un déploiement régulier et significatif de force avec les mains, notamment en ce qui concerne la pince polycidigitale; *Rachis* - nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 7 kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc; *Genoux* - pas de travail imposant des genuflexions répétées, ni de travail se faisant en position accroupie ou imposant les déplacements réguliers sur des échelles/escabeaux ou en terrain accidenté; vous conservez une capacité de travail de 100% depuis le 30 janvier 2007.

Il ressort également [de cet examen clinique qu'il n'y a] aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Au vu des constatations médicales, un entretien avec la division de réadaptation a eu lieu afin de prévoir une évaluation professionnelle et de préciser les activités susceptibles d'être adaptées à vos limitations fonctionnelles. Vous nous avez fait savoir qu'une telle évaluation n'était pas nécessaire, ne vous estimant pas apte à travailler à plein temps. En outre, vous avez déclaré toujours travailler en tant que nettoyeuse, activité devenant de plus en plus difficile à réaliser.

[...]

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 4'019.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, 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 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'019.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.69.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60% + 2.07%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'139.53 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 20% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 41'711.63.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 43'192.55 (sources de l'employeur, salaire adapté sur un 100%, indexé à 2008).

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 43'192.55

avec invalidité CHF 41'711.63

La perte de gain s'élève à CHF 1'480.92 = un degré d'invalidité de 3.42%".

Le même jour, l'OAI a adressé un courrier à l'assurée dont la teneur est la suivante:

"Le litige porte essentiellement sur l'aspect médical de votre dossier. A l'appui de votre contestation, vous nous avez fait parvenir de nouvelles pièces que nous avons soumises à notre service médical pour avis. Des conclusions de ce dernier, il ressort que ces documents, notamment le CT-SCAN, ne laissent pas présumer d'une réelle aggravation de votre état de santé par rapport à celui présent lors de l'examen clinique effectué au Service Médical Régional (SMR) en date du 28 décembre 2007. Les documents présentés ne montrent en effet pas de troubles neurologiques avérés des membres inférieurs. Les importants troubles dégénératifs mentionnés ont déjà été pris en compte pour la détermination de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'examen clinique pratiqué par le SMR avait déjà également retenu la notion de discopathie sévère L5 et L5-S1 telle qu'elle ressort des nouvelles pièces médicales jointes à la contestation.

Au vu de ce qui précède, nous sommes dans l'obligation de maintenir notre position, ce qui implique le maintien du projet de décision, les arguments apportés n'étant pas de nature à modifier cette appréciation. Vous trouverez sous ce pli la décision formelle contre laquelle il vous est possible de recourir".

B. Par acte du 12 mars 2010, H._____ a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal et conclu, avec suite de frais et dépens, préalablement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et sur le fond à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des conclusions de l'expertise préalablement mise en oeuvre. Elle a fait valoir que l'instruction de son cas par l'OAI était, sinon incomplète, du moins en totale contradiction avec les constatations du Dr V._____. Elle a produit:

- Une attestation médicale du 23 février 2010 du Dr V._____, retenant que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à l'état de santé de sa patiente était de 0%, cette incapacité étant définitive.

- Une attestation médicale du 9 mars 2010 du Dr V._____, formulée comme suit:

"La patiente susmentionnée souffre d'un état dépressif important avec troubles somatoformes multiples et lombalgies persistantes sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et sténose foraminale L5-S1 bilatérale ainsi que HTA et diabète sucré type II. Depuis les deux dernières années, la symptomatologie clinique de la patiente s'est considérablement péjorée, surtout en relation avec les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale. Cela mérite de reconsidérer la qualification de l'état de santé de la patiente par le Service Médical Régional du 28.12.2002. Cet avis est en effet corroboré par Madame S._____, infirmière en santé au travail [...]"

- Un courriel de S._____ du 16 février 2010 dont la teneur est la suivante:

"Dans le cadre du suivi par la médecine du travail des collaborateurs en arrêt maladie longue durée, j'ai été amenée à rencontrer au mois de janvier Mme H._____. Cette patiente est venue à son rendez-vous accompagnée d'une traductrice. Sa situation me semble difficile, et je me demandais si vous aviez songé à l'envoyer à Appartenances pour un suivi et pour de l'aide. D'autre part, cette patiente m'a informé que des rentes AI lui auraient été refusées. Si sa situation s'est aggravée, serait-il possible qu'elle redépose un dossier AI. En vous remerciant de votre collaboration, je vous prie de recevoir mes meilleures salutations".

Par décision du 25 mai 2010, l'assistance judiciaire a été accordée à la recourante avec effet au 14 avril 2010 et son mandataire, Me Shalini Pai, avocate à Lausanne, a été désignée avocate d'office.

Dans sa réponse du 17 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant notamment valoir que le rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique effectué par le SMR répondait aux critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante. Il a produit un avis médical du 10 juin 2010 des Drs Q._____ et Z._____, relevant notamment ce qui suit:

"1) L'attestation médicale datée du 23.02.2010, signée par le Dr V._____, destinée à « à qui de droit », faisant état d'une CT résiduelle nulle dans une activité adaptée à l'état de santé et ce définitivement. Appréciation: ce document n'apporte aucun élément médical nouveau.

2) L'attestation médicale datée du 09.03.2010, signée par le Dr V._____, destinée à « à qui de droit », reprenant les diagnostics connus, signalant l'aggravation de la symptomatologie des deux dernières années, demandant une nouvelle considération de l'état de santé par le SMR, « avis corroboré par Mme S._____, infirmière en santé au travail ». Appréciation: ce document n'apporte aucun élément médical nouveau".

Par réplique du 14 juillet 2010 de son mandataire, la recourante a conclu, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement d'une rente fixée à dire de justice, dès le 1^{er} décembre 2007, puis à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa duplique du 30 août 2010, l'OAI a confirmé sa position, expliquant que les nouveaux arguments de la recourante ne permettaient pas de remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée. L'OAI a produit un rapport final daté du 23 août 2010 de F._____, spécialiste en réinsertion professionnelle, relevant ce qui suit:

“Au vu de ses limitations fonctionnelles, Madame H. _____ pourrait exercer dans des activités industrielles légères, notamment dans des activités de montage, de contrôle de série ou encore de conditionnement. Si ces activités demandent l’usage de ses mains, elles ne demandent pas obligatoirement un déploiement de force avec les mains. Elle pourrait aussi effectuer des gardes dormantes dans des institutions comme au sein de Terre-des-Hommes par exemple ou encore s’occuper de la livraison de repas à domicile.

Pour rappel, nous lui avons demandé d’effectuer une évaluation professionnelle afin d’élargir les activités envisageables, proposition qu’elle avait déclinée”.

Dans ses déterminations du 15 septembre 2010, par son mandataire, la recourante a maintenu sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Se prévalant de l'importance de ses limitations fonctionnelles, elle a sérieusement douté disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité industrielle qualifiée de légère par l'OAI, ajoutant qu'elle était âgée de 59 ans, ne parlait pas le français et ne disposait pas d'un permis de voiture.

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 à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 et contestations par voie d'action dans le

domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Cela étant, 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 citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

4. En l'espèce, au vu des arguments présentés par les parties, la question à examiner est celle du taux d'invalidité de la recourante.

a) Sur le plan somatique, la fibromyalgie exceptée, les médecins du SMR diagnostiquent, avec répercussion sur la capacité de travail, une rhizarthrose des 2 pouces prédominant à droite, des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs, la discopathie L5-S1 étant sévère, ainsi qu'un syndrome rotulien bilatéral prédominant à droite. Ils mentionnent que la recourante suit un traitement de Durogésic® qui n'aurait selon elle en rien modifié sa symptomatologie douloureuse. Ils retiennent une capacité de travail de 30% dans l'activité de nettoyeuse et une capacité de travail entière dans une activité légère, adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires (rapport du 28 décembre 2007 des Drs B. _____ et T. _____).

L'estimation du Pr. D. _____ est imprécise dans la mesure où ce médecin indique une diminution de rendement de 40% dans l'activité habituelle de l'assurée comme dans une activité adaptée, sans préciser dans quel cadre horaire. Elle n'est en outre pas motivée.

Le Dr V. _____, médecin traitant de l'assurée, estime nulle la capacité de travail de la recourante et retient que la symptomatologie clinique de la recourante s'est considérablement péjorée, surtout en relation avec les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, la qualification de l'état de santé de la patiente par le SMR devant être

reconsidérée (attestations médicales des 23 février et 9 mars 2010). Certes, le CT-scan lombaire effectué en mars 2009 montre une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec une sténose foraminale L5-S1 bilatérale, et une spondylarthrose étagée, principalement en L4-L5 et L5-S1, ce que le Dr V._____ avait précédemment relevé (rapport du 25 mai 2009). Il s'agit toutefois là d'une affection que les médecins du SMR ont déjà prise en compte lors de l'examen clinique rhumato-psychiatrique effectué en décembre 2007 par les Drs B._____ et T._____, le CT-scan ne laissant pas présumer de réelle aggravation par rapport à fin 2007 et le fait que la recourante devait consommer du Durogesic était connu de ceux-ci, ainsi que l'ont relevé les Drs Q._____ et K._____ (avis médical SMR du 26 juin 2009). En outre, il n'est pas fait mention par le Dr V._____ de sciatalgies et/ou de déficit neurologique. Enfin, aucun examen clinique n'est mentionné par ce praticien. Ainsi, comme le relève les Drs Q._____ et K._____, les affections montrées par le CT-scan lombaire ne modifient pas les conclusions des médecins du SMR. On ajoutera que, en tant que médecin traitant de l'assuré, l'avis du Dr V._____ doit être apprécié avec les réserves d'usage.

Le rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique effectué par les Drs B._____ et T._____, dont les conclusions ont été reprises par le SMR, satisfait en outre aux conditions reconnues par la jurisprudence en matière de valeur probante. Ces médecins se sont en effet basés sur une anamnèse complète (en particulier familiale, personnelle et professionnelle), des examens somatiques approfondis, l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier (notamment radiologiques) et les plaintes subjectives de l'assurée, avant de retenir une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions précises, convaincantes et dûment étayées.

b) S'agissant de la fibromyalgie, la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux est également applicable en matière de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF 9C_567/2009 du 23 mars 2010 consid. 1; TF 9C_752/2009 du 20 avril 2010 consid. 2.1).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants 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 398 consid. 5.3 et 6; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; 132 V 65 consid. 4.2.2).

D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif 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 132; 132 V 65 consid. 4.2.2). Plus ces

critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall 2003, p.77).

Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éditeurs], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1; TFA I 506/04 du 22 février 2006 consid. 5.3.1; TFA I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

c) En l'espèce, les médecins du SMR retiennent une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail (rapport du 28 décembre 2007 des Drs B._____ et T._____). Pour sa part, le Dr V._____ mentionne un état dépressif important (attestation médicale du 9 mars 2010); ce diagnostic n'est toutefois pas documenté ni motivé (par exemple sur la base de constatations cliniques, de l'anamnèse ou des critères de la CIM-10), de sorte qu'il ne peut être suivi. Il n'y a ainsi pas de comorbidité psychiatrique importante.

En ce qui concerne les autres critères, la recourante souffre certes d'affections corporelles chroniques provoquant une incapacité de travail de 70% dans sa profession, mais pas dans une activité adaptée (rapport du 28 décembre 2007 des Drs B._____ et T._____). La recourante s'entend bien avec son mari, s'occupe de son ménage, voit des amis et se rend chez sa famille en Bosnie pendant les vacances. Il n'y a donc pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En ce qui concerne l'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), il n'y a pas d'élément au dossier en faveur de la réalisation de ce critère. Enfin il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132; 132 V 65 consid. 4.2.2).

La présomption que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée.

d) Le rapport du 28 décembre 2007 des Drs B._____ et T._____ comporte une anamnèse détaillée, relate les plaintes de la recourante, ne comporte pas de contradictions, procède d'une étude approfondie du cas sur le plan psychique, avant de retenir des conclusions claires et bien motivées, sur la base des critères de la CIM-10, de sorte qu'il a valeur probante.

En conséquence, force est de constater que la capacité de travail de la recourante est entière sur le plan psychiatrique. Sur le plan ostéoarticulaire, elle est de 30% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de 100%, depuis janvier 2007.

5. Le dossier étant complet sur le plan médical, 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 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

6. La recourante soutient qu'il n'existe pas d'activité professionnelle compatible avec ses limitations fonctionnelles.

a) Celles-ci sont les suivantes, telles que retenues par les Drs B._____ et T._____ (rapport du 28 décembre 2007): mains: pas de travail imposant un déploiement régulier et significatif de force avec les mains, notamment en ce qui concerne la pince polycidigitale; rachis: nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 7 kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc; genoux: pas de travail imposant des genuflexions répétées, ni travail se faisant en position accroupie ou imposant des déplacements réguliers sur des échelles/escabeaux ou en terrain accidenté.

Concernant le statut de la recourante, c'est à juste titre que l'OAI a retenu un statut de 100% active, vu la situation financière du couple et compte tenu du formulaire rempli le 26 juin 2007, par lequel l'assurée a déclaré que, en bonne santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière.

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter

économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1; TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

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

Il en a jugé de même (TF 9C_1066/2009 précité du 22 septembre 2010) pour une assurée dont les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: absence de port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive; absence de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise et debout, au moins deux fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée; absence de position en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc contre résistance; absence de montée ou descente d'escaliers à répétition; absence d'activité sur terrain instable ou en hauteur; absence de position en genuflexion ou accroupie; absence d'activité nécessitant des élévations des membres supérieurs au-delà de 90° de façon répétitive et contre résistance; possibilité de réaliser une pause toutes les deux heures pendant laquelle l'assurée peut s'allonger pendant 5 à 10 minutes.

c) Dans le cas présent, compte tenu de la capacité résiduelle de travail de la recourante, ainsi que du large éventail d'activités simples et répétitives, n'impliquant pas de formation autre qu'une mise au courant initiale, offert par les secteurs de la production et des services, il n'est de loin pas illusoire ou irréaliste d'admettre qu'il existe un nombre significatif de métiers qui peuvent être exercés par la recourante en dépit de ses limitations fonctionnelles. L'OAI cite d'ailleurs diverses activités possibles, telles des activités industrielles légères, notamment des activités de montage, de contrôle de série ou encore de conditionnement, de s'occuper de la livraison de repas à domicile, de même que des gardes dormantes dans des institutions comme au sein de Terre-des-Hommes par exemple. En effet, le Tribunal fédéral a retenu à de très nombreuses reprises que les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires recouvraient un large éventail d'activités simples et répétitives dont on devait admettre qu'un nombre significatif était adapté à des handicaps tels que ceux dont souffre l'intéressée (TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 7.1 et les références citées; TFA I 397/05 du 5 juillet 2006).

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

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. 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 (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé 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 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: OFS).

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 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2; 134 V 322 consid. 6.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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 précédente a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 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 consid. 1.2; TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.1).

b) Il convient de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assurée était susceptible de réaliser en 2008, année de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222), la capacité de travail de la recourante étant limitée à 30%, mais entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2007.

En l'espèce, selon le questionnaire pour l'employeur, le salaire mensuel de la recourante s'est élevé en 2007 à 1'189 fr. 45, son taux d'activité étant de 33.73%, annualisé et porté à 100%, ce revenu s'élève à 45'843 fr. 02 en 2007 ($1'189 \text{ fr. } 45 / 33.73 \times 100$) et à 46'759 fr. 88 en 2008, le taux d'indexation étant de 2.0% (évolution des salaires nominaux selon les données de l'OFS).

Quant au revenu d'invalidé, il doit être déterminé, conformément aux données de l'OFS correspondant à une activité simple et répétitive en 2008 sans qualifications, sur la base d'un salaire statistique de 51'367 fr. 68 (TF 8C_803/2010 du 17 décembre 2010 consid. 4.1 et les références citées). La déduction de 20% effectuée par l'OAI tient compte tant de l'impact des limitations fonctionnelles de la recourante

que de son âge et de sa situation personnelle. Elle n'apparaît ainsi pas critiquable, le salaire avec invalidité étant ainsi de 41'094 fr. 14.

c) Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité est de 12.12%, de sorte que le droit à la rente n'est pas ouvert, dès lors qu'un taux minimal de 40% donnant droit à un quart de rente n'est pas atteint (art. 28 al. 2 LAI). En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée maintenue.

8. a) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 10 heures de prestations d'avocat, soit à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'800 fr. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 7.6%, soit un montant de 136 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 II 1; TF 6B_102/2009 du 14 avril 2009 consid. 2), soit en l'espèce 85 fr. auxquels il convient d'ajouter 6 fr. 45 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante doit donc être arrêtée à 2'028 fr. 25 TVA comprise.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1

CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Shalini Pai, conseil de la recourante H._____, est arrêtée à 2'028 fr. 25 (deux mille vingt-huit francs et vingt-cinq centimes).
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Shalini Pai, avocate à Lausanne (pour H. _____)
- 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 :