

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

Z. _____, à Vallorbe, recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et art. 44 LPGA; art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1971, divorcée et mère de deux enfants nés en 1998 et 2000, assistante médicale, a déposé le 1^{er} avril 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI, en précisant quant au genre de l'atteinte "hernie discale". Elle indiquait avoir présenté une incapacité de travail totale du 10 novembre 2008 au 5 mars 2009, puis à 80% depuis lors jusqu'au 30 avril 2009.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr G._____, spécialiste en neurologie et médecin traitant de l'assurée depuis le 3 janvier 2006. Dans un rapport du 20 avril 2009, ce praticien a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies droites irritatives, non déficitaires, itératives, et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de suspicion clinico-radiologique de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions, de status après cure de hernie discale L5-S1 droite et de status après intervention au niveau des hanches bilatéralement. Il a relevé qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% à partir de l'été 2009, et qu'il fallait prévoir une augmentation progressive de la capacité de travail dans un environnement favorable. Avec son rapport, le Dr G._____ a produit plusieurs pièces, parmi lesquelles:

- Un rapport du 27 décembre 2001 du Dr Q._____, spécialiste en radiologie au [...], retenant suite à une IRM cervicale l'absence de lésions cervicales significatives décelables.

- Un rapport du 31 janvier 2002 du Dr Q._____, retenant suite à une IRM cérébrale que "les petits foyers hyperintenses de la substance blanche cérébrale hémisphérique décrits sont hautement évocateurs d'une pathologie inflammatoire démyélinisante".

- Un rapport du 19 novembre 2003 du Dr K._____, spécialiste en neurologie, retenant qu'aucun diagnostic ne pouvait être posé, une sclérose en plaques restant dans l'ordre des probabilités.

- Son rapport du 3 janvier 2006, ne constatant aucun élément objectif, hormis une discrète hyperréflexie tendineuse bilatérale et la séquelle d'une hyporéflexie achilléenne droite.

- Son rapport du 10 juillet 2007, concluant à une pathologie sciatalgiantie irritative à droite, non déficitaire, pour laquelle des mesures de physiothérapie et un traitement médicamenteux ont été prescrits.

- Un rapport du 4 juillet 2008 du Dr Q._____, du [...], retenant suite à une IRM lombaire la présence de "discopathie dégénérative L5-S1 associée à un léger rétrolisthesis de L5, petite protrusion discale médiane à latérale droite et légère réaction oedémateuse des plateaux vertébraux adjacents du côté droit, de type Modic 1" et l'absence de rétrécissement canalaire lombaire ainsi que d'amputation radiculaire à la myélo-IRM.

- Un rapport du 18 août 2008 du Dr U._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive à [...], retenant la présence de syndrome lombo-vertébral et de douleurs de la ceinture scapulaire, dans le contexte de troubles dégénératifs aspécifiques, prédominant dans la région L5-S1, avec la précision que les symptômes de l'assurée étaient peu spécifiques.

- Un rapport du 18 novembre 2008 du Dr Q._____, retenant - après un examen du thorax de face et de profil, une IRM cérébrale et une IRM lombaire - la présence d'une petite protrusion discale paramédiane droite L5-S1, d'une déshydratation discale diffuse et discrète protrusion médiane L1-L2, et de quelques petits foyers hyperintenses de la substance blanche.

- Son rapport du 17 décembre 2008, retenant que l'assurée était en incapacité de travail complète depuis le 10 novembre 2008 en raison de l'importance des lombosciatalgies droites.

- Un rapport du 18 février 2009 du Dr R._____, spécialiste en anesthésiologie au [...], retenant que l'assurée souffrait de lombalgies rebelles, ayant nécessité un arrêt de travail et une médication analgésique relativement lourde. Les épreuves diagnostiquées effectuées, particulièrement les discographies, n'avaient pas révélé de pathologies discales génératrices de la douleur actuelle. Sur le plan biologique, il n'y avait pas de substrat somatique précis expliquant ces douleurs, mais une combinaison de facteurs ostéo-articulaires et musculaires.

L'OAI a requis l'avis du Dr R._____. Dans un rapport transmis le 24 avril 2009, ce spécialiste a retenu des lombalgies chroniques depuis 2007, sans se prononcer sur les diagnostics ni sur la capacité de travail.

Dans le formulaire 531bis daté du 11 juin 2009, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au maximum à 50%, pour des raisons financières et par intérêt.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 13 juillet 2009, le Dr [...], spécialiste en pneumologie, a indiqué que l'intéressée travaillait à son service depuis le 1^{er} novembre 2007 comme assistante médicale réceptionniste. L'horaire de travail ordinaire était de 42 heures par semaine et l'assurée travaillait à temps partiel, savoir à 20% de son 50%.

Dans un rapport du 10 août 2009, faisant suite à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr G._____ a indiqué qu'il n'y avait pas eu de manifestation de la maladie démyélinisante depuis le 30 avril 2009 et que la capacité de travail avait pu être augmentée à 40% depuis le 1^{er} mai 2009, sans interruption. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: impossibilité de conserver une position statique, assise ou debout pendant plus d'une heure, impossibilité de se pencher en avant, de

soulever ou porter un poids supérieur à 3 kilos, exacerbation des lombalgies après une demi-heure de marche à plat. Dans une activité adaptée, comme assistante médicale, en respectant ces limitations fonctionnelles, il estimait que la capacité de travail de l'assurée ne dépassait pas 50%.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique, effectué le 25 septembre 2009 par le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR. Dans son rapport du 28 septembre 2009, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques - avec status après cure de hernie discale L5-S1 à droite en 1997, instabilité segmentaire L5-S1, rétrolisthésis de L5 sur S1 de premier degré et modification de type Modic I L5-S1 - et de suspicion de sclérose en plaques évoluant depuis 2001 non confirmée à ce jour. Il a également posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de surcharge fonctionnelle avec signes de non organicité selon Smythe, Waddel et Kummel. La capacité de travail exigible a été fixée à 75% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, et à 85% en tant que ménagère. Ce médecin a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Jeune assurée, âgée de 38 ans, présentant des lombosciatalgies D chroniques évoluant depuis 1997 à la suite d'une hernie discale traitée chirurgicalement à l'époque. Dans les antécédents de cette assurée, à signaler la survenue d'un phénomène d'engourdissement de tout le MID en 2001 avec mise en évidence d'éléments compatibles avec une sclérose en plaques lors des différentes investigations neurologiques de l'époque. Ce diagnostic de sclérose en plaques n'a pas été confirmé depuis et aucune manifestation clinique compatible avec un tel diagnostic n'a été retenue depuis.

Sur le plan professionnel, l'assurée exerce l'activité d'assistante médicale. Lors de sa 1^{ère} grossesse, elle a cessé toute activité professionnelle. En décembre 2007, elle reprend une activité dans ce domaine dans un contexte de séparation par nécessité financière. Lors de la reprise de cette activité professionnelle, l'assurée signale une exacerbation de ses plaintes lombaires qui sont restées présentes depuis l'intervention chirurgicale de 1997.

Actuellement, l'assurée déclare une symptomatologie lombaire constante d'intensité submaximale 7 à 9/10, exacerbée par les positions statiques prolongées ou toutes formes d'activités

physiques. Associés à cette symptomatologie algique, l'assurée évoque des phénomènes de dysesthésie du MI accompagnés d'un sentiment de faiblesse et de fatigue généralisée.

L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée en excellent état général, ne présentant aucune limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celles mises en oeuvre par une attitude d'épargne aux dépens du rachis lombaire, essentiellement en ce qui concerne la distance doigts-sol et les flexions latérales D-G lors de l'examen. A signaler une mobilité spontanée et complète, sans mise en oeuvre de signe d'épargne ou de signe algique par ailleurs. Sur le plan neurologique, mise en évidence d'une hyperesthésie sans territoire anatomique reconnu aux dépens du MSD par rapport aux MSG et d'une hypoesthésie diffuse touchant tout le MID avec une prédilection pour le territoire S1 associée à l'abolition du réflexe achilléen à D. A signaler l'absence de mise en évidence d'erreur au piqué-touché, de trouble de la pallesthésie ou du trouble du sens positionnel.

Le reste de l'examen de médecine générale est sp, hormis la mise en évidence de signes de non organicité selon Smythe, Waddel et Kummel. La présence de 9/18 points selon Smythe ne nous permet pas de retenir un diagnostic formel de fibromyalgie.

Les différents documents radiologiques mis à disposition mettent en évidence, sur le plan ostéoarticulaire, une instabilité segmentaire L5-S1 se traduisant par un rétrolisthésis de L5 sur S1 du premier degré, associée à des phénomènes inflammatoires localisés (modification de type MODIC I) et d'une protrusion discale de localisation médiane-paramédiane D au contact de la racine S1 sur les coupes myélographiques. Sur le plan neuroradiologique, les différentes IRM cérébrales mettent en évidence des lésions millimétriques au niveau de la substance blanche non péri-ventriculaire sans évolution depuis 2001.

En conclusion, cette assurée âgée de 38 ans présente une symptomatologie algique chronique centrée sur le rachis lombaire et irradiant au niveau du MID évoluant depuis 1997 dans un contexte de hernie discale L5-S1 opérée à l'époque. La symptomatologie a été exacerbée par la reprise de son activité professionnelle en décembre 2007. Dans les antécédents de cette assurée, il faut signaler l'évocation d'une éventuelle sclérose en plaques en raison de la présence d'un engourdissement du MIG en 2001 avec présence de lésions millimétriques de la substance blanche à l'IRM et de facteur inflammatoire à la PL réalisée à cette époque. Le diagnostic de sclérose en plaques n'a pas été confirmé de façon formelle depuis.

La globalité des plaintes évoquées par l'assurée et le handicap qu'elles entraînent dans la vie quotidienne de l'assurée ne peut s'expliquer par les lésions somatiques objectives mises en évidence par les différents examens complémentaires mis à disposition. La globalité de la symptomatologie algique présentée par l'assurée et les troubles neurologiques subjectifs mis en avant par celle-ci ne peuvent s'intégrer dans une entité de type sclérose en plaques.

L'examen clinique au SMR met clairement en évidence des signes de non organicité s'intégrant dans un contexte de surcharge psychosomatique (divorce).

Au vu des atteintes objectives à la santé présentées sur le plan ostéoarticulaire, cette assurée présente des limitations fonctionnelles. Ces limitations fonctionnelles sont à l'origine d'une diminution de rendement dans son activité habituelle d'assistante médicale évaluées de l'ordre de 15%. En raison d'une symptomatologie algique chronique persistante et de la description d'un sentiment d'épuisement et de fatigue chronique avec la possibilité d'une éventuelle sclérose en plaques, une diminution de rendement supplémentaire de 10% est retenue dans son activité habituelle d'assistante médicale. En tenant compte de la globalité des plaintes mises en avant par l'assurée et des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les différents examens complémentaires réalisés à ce jour, et les différents examens cliniques réalisés, une diminution de rendement de l'ordre de 25% est retenue dans son activité habituelle d'assistante médicale. Cette diminution de rendement s'explique par les différentes limitations fonctionnelles retenues, la symptomatologie algique présentée et le sentiment de fatigue chronique évoqué par l'assurée. Il n'existe aucune autre activité dans laquelle cette assurée pourrait mettre en oeuvre une capacité de travail supérieure.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 30 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions au minimum 2 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable. Eviter les positions en genuflexion ou accroupie à répétition. Pas de position statique debout-immobile au-delà de quelques minutes, diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure.

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

Sur la base de l'anamnèse fournie, cette assurée est en incapacité de travail depuis le 11.11.2008.

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

Une reprise partielle, dans un premier temps 1 demi-jour par semaine puis, de façon progressive, jusqu'à 1 jour et demi par semaine, a été rendue possible depuis mars 2009. A partir du 14.09.2009, l'assurée a changé d'employeur et travaille actuellement à raison de 1 jour et demi par semaine (30%).

L'ampleur des incapacités de travail attestées à ce jour ne peut s'expliquer par les atteintes objectives à la santé présentées par l'assurée. Sur la base de l'examen clinique réalisé au SMR et de l'étude attentive des différents examens complémentaires mis à disposition, une diminution de rendement de maximum 25% a été retenue dans son activité habituelle.

Concernant la capacité de travail exigible,

L'activité habituelle de l'assurée est une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées. Il n'existe pas d'autre activité dans laquelle elle puisse mettre en oeuvre une capacité de travail supérieure. Au vu des limitations fonctionnelles retenues et de la pathologie présentée par l'assurée, une diminution de rendement global de 25% est retenue. Une telle capacité de travail est raisonnablement exigible depuis mars 2009, date à laquelle l'assurée a repris son activité habituelle (les pourcentages de capacité de travail s'entendent sur un 100%).

L'assurée exerce sa profession d'assistante médicale à un taux de 50% par choix personnel.

Les atteintes à la santé objectives mises en évidence sur le plan ostéoarticulaire peuvent être à l'origine d'empêchements évalués à 15% dans une activité en tant que ménagère.

L'évaluation de la capacité de travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée se base uniquement sur les atteintes objectives mises en évidence par les différents examens complémentaires mis à disposition et des différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non organique mise en évidence par l'examen clinique au SMR, avec la présence de signes de non organicité selon Smythe, Waddel et Kummel, et évoquée par ses médecins traitants, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail. Une telle atteinte à la santé s'apparente à un syndrome douloureux somatoforme. Pour qu'un tel diagnostic puisse être considéré comme invalidant au sens de la jurisprudence actuelle, il faudrait que cette assurée présente une atteinte à caractère psychiatrique pré-existant à caractère invalidant, des comorbidités invalidantes sur le plan psychiatrique ou des signes de gravité selon la jurisprudence. Sur la base de l'anamnèse recueillie au SMR, aucun des éléments précités n'a été mis en évidence. De ce fait, la symptomatologie à caractère non organique présentée par l'assurée dans un contexte de surcharge fonctionnelle en relation avec son divorce ne peut être considérée comme invalidante au sens de la jurisprudence actuelle".

Dans un courrier du 25 septembre 2009 adressé au Dr G._____, le Dr R._____ a indiqué qu'une discographie effectuée en janvier 2009 n'avait pas permis de déterminer une étiologie discale très nette, la douleur lombaire étant certainement liée à plusieurs facteurs. En conclusion, il a indiqué ne pas pouvoir déterminer précisément l'étiologie de la douleur, ajoutant que les douleurs étaient indéniables et leurs origines complexes, comme cela est souvent le cas au niveau lombaire. L'assurée travaillait à 30%, ce qui paraissait être son potentiel à peu près maximum.

Dans un rapport médical du SMR du 26 octobre 2009, la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de lombo-sciatalgies chroniques. La capacité de travail a été fixée à 75% dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée dès mars 2009.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 18 février 2010 au domicile de l'assurée. A cette occasion, l'assurée a déclaré qu'elle serait obligée de travailler à 100% étant donné la précarité de sa situation financière depuis sa séparation; elle a affirmé qu'elle pouvait travailler à plein temps sans problème de logistique quant à la garde de ses enfants. Dans un rapport du 18 février 2010, l'enquêtrice de l'OAI a retenu le statut d'active à 100% depuis janvier 2009.

Dans un projet de décision du 17 mars 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans toute activité professionnelle respectant ses limitations professionnelles, depuis mars 2009.

Le 7 mai 2010, l'assurée a contesté ce projet de décision et a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au minimum, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a contesté les conclusions du SMR, soutenant que les problématiques neurologiques, orthopédiques et psychiatriques n'avaient pas été suffisamment instruites.

Par décision du 15 juin 2010, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente. Il a retenu qu'elle présentait une capacité de travail de 75% dans toute activité professionnelle respectant ses limitations professionnelles, depuis mars 2009. L'activité habituelle d'assistante médicale était adaptée et l'assurée présentait un taux d'invalidité de 25%.

Dans une lettre d'accompagnement du 15 juin 2010, l'OAI a notamment expliqué que le statut de personne active à 100% devait être

retenu. Sur le plan médical, il a relevé que le rapport d'examen du Dr C._____ était probant et que la préférence devait lui être donnée par rapport aux avis des médecins traitants de l'assurée.

B. Par acte de son mandataire du 17 août 2010, Z._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à ce qu'elle soit mise au minimum au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire. Sans contester le statut d'active à 100% qui lui a été reconnu à la suite de l'enquête ménagère effectuée à son domicile le 18 février 2010, elle fait valoir que c'est à tort que le Dr C._____ a considéré que c'était par choix personnel qu'elle avait décidé de n'exercer sa profession d'assistante médicale qu'à 50%, estimant qu'il s'agit d'un élément dévalorisant se retrouvant "répercuté" sur l'appréciation de ce médecin. Sur le plan médical, elle relève qu'il n'a pas été tenu compte de sa sclérose en plaques ni de ses troubles dépressifs, que l'incapacité de travail de 15% retenue en lien avec les lombosciatalgies est insuffisante et non justifiée, et que l'incapacité de travail de 10% résultant de son état de fatigue et d'épuisement est lui aussi insuffisant. Elle se réfère pour le surplus aux avis des Drs G._____ et R._____, le premier ayant estimé la capacité de travail à 50% et le second à 30% au maximum, alors qu'ils l'ont examinée presque en même temps que le Dr C._____. En outre, elle fait valoir que les autres troubles (sclérose en plaques, troubles dépressifs, douleurs nocturnes, etc.) n'ont pas été suffisamment pris au sérieux. Elle est d'avis qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être diligentée, admettant toutefois que l'impasse soit faite sur cette mesure d'instruction, pour autant qu'un degré d'invalidité de 50% lui soit reconnu.

Dans sa réponse du 19 octobre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Renvoyant à sa lettre d'accompagnement du 15 juin 2010, il relève que le rapport d'examen du SMR, qui a retenu une capacité de travail de 75%, a pleine valeur probante.

Dans son écriture du 15 décembre 2010, la recourante a confirmé ses conclusions, ajoutant que l'OAI ne saurait sans autre ignorer l'avis du Dr G._____, neurologue expérimenté rompu aux questions assécurologiques.

Dans ses déterminations du 17 janvier 2011, l'OAI a maintenu sa position, et a déposé un avis médical du 23 décembre 2010 des Drs [...] et M._____, qui exposent ce qui suit:

"Dans son rapport du 20.4.2009, le Dr G._____ admet une exigibilité de 50% (4 heures/jour) dans une activité adaptée. Il ajoute qu'une augmentation progressive de la capacité de travail est prévisible dans un environnement favorable.

Dans le complément d'informations du 10.8.2009, il écrit que la capacité de travail a été augmentée à 40% le 1.5.2009, et que l'exigibilité dans une activité adaptée est de 50%.

Ces rapports ont été établis sur la base d'examens antérieurs à l'examen clinique au SMR. La description du status par le Dr G._____ est réduite à l'extrême. Néanmoins, en comparant les éléments objectifs à disposition, on observe qu'il n'y a pratiquement pas de différence entre les deux examens.

	Dr G._____	Examen SMR
Lasèque	40°	60°
DDS	50 cm	50 cm
Schober lombaire	10-11 cm	10-11 cm
Réflexes droite	discrètement déficitaires	aréflexie achilléenne

Dès lors, on peut considérer que nous sommes en présence d'une appréciation différente d'une même situation. Les observations cliniques objectives faites par le Dr C._____ étant manifestement plus complètes et détaillées que celles du Dr G._____, nous pensons que l'avis du premier est prépondérant".

Dans ses observations complémentaires du 15 mars 2011, la recourante a maintenu sa position. Elle relève que l'avis médical précité du SMR, qui ne se prononce pas sur l'aspect neurologique, ne permet pas d'écarter l'avis du Dr G._____. Elle requiert l'interpellation de ce médecin, pour lui demander s'il se rallie ou non à l'avis du SMR, et pour quels motifs.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fériés estivales auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

c) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail. La recourante fait valoir en substance que l'examen SMR est insuffisant et incomplet, une capacité de travail d'à tout le moins 50% devant lui être reconnue sur la base des rapports médicaux de ses médecins traitants (Drs G._____ et R._____). L'intimé relève quant à lui que les conclusions du rapport d'examen du Dr C._____ doivent être suivies et que la capacité de travail de la recourante est de 75% dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles dès mars 2009, son activité habituelle d'assistante médicale étant adaptée.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par 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 dûment 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; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGa, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis

médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. a) Dans le cas présent, sans pour autant contester le statut d'active à 100%, la recourante fait valoir en premier lieu que c'est à tort que le Dr C._____ a considéré que c'était par choix personnel qu'elle avait décidé de n'exercer sa profession d'assistante médicale qu'à 50%, estimant qu'il s'agit là d'un élément dévalorisant se retrouvant "répercuté" sur l'appréciation de ce médecin.

Selon la jurisprudence, on peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet. Son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (TF 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3; les deux avec références citées).

Dans son rapport d'examen du 28 septembre 2009, le Dr C._____ a certes retenu que l'assurée exerçait sa profession d'assistante

médicale à un taux de 50% "par choix personnel". On ne voit toutefois pas en quoi l'assertion de ce médecin aurait un caractère dépréciatif ou dévalorisant, ce d'autant plus que l'assurée, selon les pièces versées au dossier, travaille effectivement à temps partiel et qu'elle a déclaré, dans le formulaire 531bis rempli en juin 2009, qu'elle travaillerait au maximum à 50% si elle était en bonne santé. Ce n'est du reste que lors de l'enquête économique sur le ménage, effectuée le 18 février 2010, que l'assurée a déclaré qu'elle serait obligée de travailler à 100% étant donné la précarité de sa situation financière depuis sa séparation, et qu'elle pouvait travailler à plein temps sans problème de logistique quant à la garde des enfants. Dès lors, on ne saurait dire que le Dr C. _____ ait manqué d'objectivité.

b) S'agissant de l'absence de prise en compte suffisante de la sclérose en plaques alléguée par la recourante, ce diagnostic n'a jamais été posé avec certitude. En effet, le Dr G. _____ n'a posé que le diagnostic - qui plus est sans répercussion sur la capacité de travail - de suspicion clinico-radiologique de sclérose (rapport du 20 avril 2009). Le Dr K. _____ a quant à lui retenu qu'aucun diagnostic ne pouvait être posé, une sclérose en plaques restant dans l'ordre des probabilités (rapport du 19 novembre 2003) et le Dr C. _____ n'a diagnostiqué qu'une suspicion de sclérose en plaques évoluant depuis 2001 non confirmée à ce jour, avant de retenir que la globalité de la symptomatologie algique présentée par l'assurée et les troubles neurologiques subjectifs mis en avant par celle-ci ne pouvaient s'intégrer dans une entité de type sclérose en plaques (rapport du 28 septembre 2009). Au demeurant, le Dr C. _____ a tenu compte de la possibilité d'une éventuelle sclérose en plaques dans la diminution de rendement. Dès lors, contrairement à ce qu'affirme la recourante, il a suffisamment été tenu compte de la problématique de sclérose en plaques.

Concernant d'éventuels troubles dépressifs, aucun diagnostic n'a été retenu sur le plan psychiatrique, et la recourante ne fait l'objet d'aucun traitement spécialisé en ce sens. Lors de son examen clinique au SMR, le Dr C. _____ a mis en évidence des signes de non organicité s'intégrant dans un contexte de surcharge psychosomatique (divorce). De

tels signes ne sont pourtant pas suffisants pour se voir conférer le statut de troubles dépressifs ou d'autres troubles psychiques pouvant affecter la capacité de travail. Au demeurant, ainsi que le retient le Dr C._____, la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique, ni du reste aucun des critères posés par la jurisprudence quant au caractère invalidant d'un syndrome douloureux somatoforme (ATF 132 V 62 consid. 4 et les références citées), ce qui n'est d'ailleurs pas contesté.

La recourante conteste ensuite le taux de diminution de rendement de 15% retenu par le SMR en raison des lombosciatalgies chroniques. Dans son rapport d'examen du 28 septembre 2009, le Dr C._____ a retenu qu'elle présentait une symptomatologie algique chronique, centrée sur le rachis lombaire et irradiant au niveau du membre inférieur droit, évoluant depuis 1997 dans un contexte de hernie discale L5-S1. Il a indiqué que la globalité des plaintes évoquées par la recourante et le handicap qu'elles entraînaient dans sa vie quotidienne ne pouvaient s'expliquer par les lésions somatiques objectives mises en évidence par les différents examens complémentaires. Au vu des atteintes objectives sur le plan ostéoarticulaire, il a retenu que la recourante présentait des limitations fonctionnelles à l'origine d'une diminution de rendement de 15% dans l'activité habituelle d'assistante médicale. Le Dr C._____ a par ailleurs tenu compte du sentiment d'épuisement et de la fatigue chronique pour retenir une diminution de rendement supplémentaire de 10%. Quoi qu'en pense la recourante, rien au dossier ne permet d'affirmer que ces atteintes l'entraveraient davantage dans son activité lucrative; il s'agit en outre de symptômes et non de diagnostics, ainsi que l'OAI l'a indiqué dans sa lettre d'accompagnement du 15 juin 2010.

Le Dr C._____ s'est fondé sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier (notamment les documents radiologiques) et a procédé à un examen complet de la recourante (status général, neurologique et ostéoarticulaire); il n'y a en outre pas de constatations médicales objectives dont ce médecin n'aurait pas tenu compte. Il a par ailleurs fondé ses conclusions en pleine connaissance de l'anamnèse, des

plaintes de la recourante, et au terme d'une appréciation du cas claire et dûment motivée. Si le Dr G. _____ est neurologue, il faut relever que le Dr C. _____, dans son rapport du 28 septembre 2009, a procédé à un status neurologique détaillé, prenant en compte les constatations de son collègue. Dès lors, il y a lieu de s'écarter des avis contraires au sujet de l'incapacité de travail (respectivement de rendement) formulés par les Drs G. _____ et R. _____, qui ne se basent pas sur d'autres constatations objectives et dont l'opinion, en tant que médecins traitants de l'assurée, doit être appréciée avec les réserves d'usage. Il y a lieu d'ajouter que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G. _____ (rapport du 10 août 2009) sont très proches de celles retenues par le Dr C. _____, et que la description du status faite par ces médecins ne comporte pratiquement pas de différence, ainsi que l'ont relevé les Drs [...] et M. _____ (avis médical du 23 décembre 2010). En outre, le taux de capacité de travail de 30% retenu par le Dr R. _____ (rapport du 25 septembre 2009), qui semble se confondre avec le taux d'activité, n'est pas motivé.

Dans ces conditions, il convient d'accorder au rapport d'examen du Dr C. _____ une pleine valeur probante. Il y a donc lieu de retenir, conformément aux conclusions de ce médecin, que la recourante présente une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle d'assistante médicale comme dans une activité adaptée, dès mars 2009. Le degré d'invalidité, qui est ainsi de 25%, est inférieur au taux minimum de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

c) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures proposées par la recourante, soit d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, ni d'interpeller le Dr G. _____ pour qu'il se prononce sur le dernier rapport médical déposé par le SMR. En effet, selon 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).

Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 450 fr. (quatre cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante.

IV. 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 Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour Z. _____)
- 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 :