

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 43 al. 1 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) S._____ (ci-après : l'assurée), ressortissante macédonienne née en 1971, ayant appris le métier de couturière sans obtenir de diplôme, est mariée et mère de trois enfants nés respectivement le 5 mars 1998, le 16 juillet 2001 et le 4 juin 2007. Séjournant en Suisse depuis mai 1998 au bénéfice d'une autorisation idoine, la prénommée a tout d'abord œuvré dans ce pays en tant que couturière de retouches, avant d'être employée de mars 2004 à octobre 2007 - par le biais d'une agence de placement - comme ouvrière d'usine dans une entreprise de cartonnage; selon ses dires, elle aurait toutefois dû interrompre l'exercice de cette activité dès le mois de novembre ou décembre 2006 (selon les versions), après avoir été mise à l'arrêt de travail en relation avec sa troisième grossesse.

b) Le 7 juillet 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente. Dans ce contexte, elle a précisé que l'anesthésie péridurale s'était avérée insuffisamment efficace lors de la césarienne subie à l'occasion de son dernier accouchement le 4 juin 2007, et que depuis elle souffrait de douleurs «*terribles*» à la colonne vertébrale, au dos, à la jambe et à l'estomac, ainsi que de maux de tête.

Dans un rapport du 28 juillet 2009 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de syndrome radiculaire L5-S1 gauche permanent et déficitaire faisant suite à une anesthésie péridurale pour césarienne deux ans plus tôt avec évolution aggravée. Il a précisé que l'assurée avait été hospitalisée à plusieurs reprises à [...] pour des sciatalgies aiguës avec traitement de corticoïdes, qu'elle avait présenté une incapacité de travail à 100% depuis 2006, qu'elle n'était plus en mesure d'accomplir le moindre effort ou de fournir un quelconque rendement dans sa dernière activité, et

qu'il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.

A teneur d'un formulaire 531bis complété le 14 septembre 2009, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% dès l'échéance de son congé maternité, comme couturière ou employée d'usine, cela par nécessité financière.

Par rapport du 16 octobre 2009, la Dresse T._____, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de lombosciatalgie invalidante non déficitaire du niveau S1 sur hernie discale L5-S1 droite, de vertiges d'origine hypotensible vestibulaires probables, de céphalées tensionnelles sur syndrome vertébral aigu et subaigu, de protrusion discale postérieure médiane et paramédiane en L3-L4, et de protrusion herniaire médiane et paramédiane en L4-L5 prédominant à droite. Se référant à une imagerie par résonance magnétique (IRM) indéterminée, elle a par ailleurs signalé une aggravation du débordement L4-L5 par rapport à une précédente IRM de 2007. Sur le plan anamnestique, elle a exposé que l'assurée était connue pour une hernie discale droite depuis 2007, avec une exacerbation des douleurs au niveau de l'hémicorps droit et surtout de la jambe droite à la suite de l'anesthésie péridurale effectuée lors de la dernière césarienne. Elle a ajouté que les douleurs avaient persisté et même augmenté après une injection de corticoïdes effectuée le 23 juin 2009 à la consultation du Dr H._____, (spécialiste en radiologie et neuroradiologie), que l'intéressée avait ensuite séjourné du 25 juin au 2 juillet 2009 à l'Hôpital G._____, site R._____, (ci-après : l'Hôpital G._____), mais qu'elle était demeurée très algique au terme de cette hospitalisation - situation qui perdurait à ce jour, nonobstant le traitement médicamenteux suivi. Cela étant, la Dresse T._____ a émis un pronostic extrêmement défavorable au vu de la non progression du status douloureux. Enfin, elle a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail complète depuis le 1^{er} janvier 2008 et ce dans toute activité.

Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 18 décembre 2009, le Dr D. _____ a notamment mis en évidence les points suivants :

"Le descriptif du cas fait par la Dresse [T. _____] est surtout centré sur la symptomatologie douloureuse très marquée de l'assurée et sur les constatations radiologiques ; une IRM effectuée vraisemblablement en 2009 montre selon elle une aggravation par rapport à celle de 2007 en raison d'une augmentation d'un débordement du disque L4-L5.

Les éléments radiologiques permettent d'orienter sur l'atteinte à la santé, mais ne permettent pas de retenir un diagnostic incapacitant à eux seuls ; il s'agit d'examens complémentaires. Nous n'avons pas l'examen clinique à disposition de la Dresse [T. _____]. Par ailleurs, la corrélation avec l'infiltration périurale et la décompensation depuis est difficile à comprendre à moins qu'il n'y ait eu une lésion iatrogène.

Le rapport médical du 28.07.2009 du Dr Y. _____ n'apporte pas d'éléments objectifs supplémentaires. [...]

De prime [abord], il existe une discordance importante entre les allégations de l'assurée et les constatations objectivables.

Afin d'avoir des éléments objectivables à disposition et pouvoir se prononcer, il y a lieu de demander la lettre de sortie de [l'Hôpital G. _____] de juin 2006 [recte : 2009] et la lettre de sortie du service de [g]ynéco-obstétrique dans lequel l'assurée a eu sa césarienne et sa périurale."

Au début du mois de février 2010, les documents suivants ont été transmis à l'OAI par l'Hôpital G. _____ :

- un rapport du 31 janvier 2007 des Drs F. _____ et I. _____, du Département de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital G. _____, exposant que l'assurée avait été hospitalisée du 19 au 23 janvier 2007 pour des céphalées fréquentes associées à des nausées, des vomissements avec impression de reflux gastro-œsophagien, un sentiment de fatigue dû à des insomnies liées à des douleurs dans les deux membres inférieurs, ainsi que des épisodes de dyspnée paroxystique nocturne et une dyspnée d'effort constante. Il était précisé que les douleurs dans les membres inférieurs étaient décrites comme n'étant pas d'origine thrombo-embolique, et que les épisodes de dyspnée associés à des douleurs thoraciques avaient été attribués à des crises d'angoisse;

- un rapport du 3 juillet 2007 des Drs E. _____ et A. _____, également du Département de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital G. _____, précisant que l'intéressée avait été hospitalisée du 15 au 18 juin 2007 en raison d'une mastite du sein gauche. A cette occasion, il avait été constaté que l'assurée présentait des douleurs à la percussion L1-L5 ainsi que des douleurs céphalées intermittentes, sans signe de méningisme, qu'il n'existait toutefois aucun signe de foyer pneumonique, ni de collection pathologique au niveau vertébral ou paravertébral, mais qu'il y avait en revanche de nombreuses calcifications dans les deux glandes surrénales qui pouvaient correspondre à des séquelles d'ancienne tuberculose.

Par avis médical SMR du 19 mai 2010, le Dr D. _____ a observé que les éléments au dossier ne permettaient pas de se prononcer; en particulier, il a souligné l'absence de consultation spécialisée à disposition concernant la prise en charge du rachis. Il a par conséquent préconisé de poursuivre l'instruction sur le plan médical. Dans ce contexte, les pièces suivantes ont été recueillies par l'OAI :

- un rapport du 31 décembre 2007 relatif à une IRM lombaire du 28 décembre 2007 et émanant du Dr P. _____, radiologue, qui concluait à une maladie de Scheuermann ainsi qu'à un bombement médian et paramédian au niveau L3-L4 et L4-L5 sans conflit radiculaire ni sténose canalaire;

- un rapport d'infiltration foraminale L5-S1 droite du 23 juin 2008 rédigé par le Dr H. _____, constatant que la procédure s'était déroulée de façon indolore et sans complication;

- un compte-rendu de ce même médecin également daté du 23 juin 2008, consécutif à une IRM lombaire du 6 juin 2008, et concluant à des discopathies lombaires étagées et hernie discale L4-L5 postéro-médiane et paramédiane droite pouvant créer un conflit radiculaire L4

droit, ainsi qu'à une saillie discale postéro-médiane et latérale surtout droite en L5-S1 pouvant aussi créer un conflit radiculaire L5 droit;

- un rapport du 2 décembre 2008 du Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie au sein du Groupe neurochirurgical [...], signalant des discopathies L3-L4 et L4-L5 associées à un bombement discal aux deux niveaux ainsi qu'un rétrécissement des trous de conjugaison du côté droit, et mentionnant par ailleurs que compte tenu de la chronicité des douleurs et au vu du contexte socio-familial, on ne pouvait exclure l'existence d'une composante non organique surajoutée;

- un rapport d'IRM lombaire du 30 juin 2009 établi par le Dr O._____, radiologue, concluant à des séquelles de maladie de Scheuermann sur la jonction dorsolombaire avec discopathies lombaires étagées, observant en L3-L4 un bulging discal postérieur médian et paramédian sans mise en évidence d'un conflit disco-radiculaire franc, et constatant en L4-L5 une petite protrusion herniaire médiane et paramédiane s'étendant légèrement vers le bas et prédominant du côté droit avec la précision que ce débordement discal se trouvait très proche de la gaine radiculaire L5 droite dans sa portion préforaminale, si bien qu'un conflit à ce niveau pouvait être envisagé. Il était de surcroît relevé qu'après comparaison avec un précédent examen effectué le 28 décembre 2007, il apparaissait que les deux protrusions discales L3-L4 et L4-L5 étaient alors déjà visibles mais le débordement un peu moins marqué en L4-L5, avec une image moins nette de possible conflit radiculaire. Il était précisé qu'au vu de l'imagerie, il y aurait lieu d'envisager une symptomatologie radiculaire plutôt droite;

- un rapport du 3 juillet 2009 des Drs V._____ et K._____, du Département de médecine interne de l'Hôpital G._____, confirmant que l'assurée avait été hospitalisée du 25 juin au 2 juillet 2009 pour une lombosciatalgie droite exacerbée, et relevant pour le surplus ce qui suit :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Lombosciatalgie[s] non déficitaire[s] de niveau S1 sur hernie discale L5-S1 à droite, exacerbées suite à une injection de corticoïdes le 24 juin 2009

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S)

Vertiges d'origine hypotensive et médicamenteuse probable
Céphalées de tension
Dyspnée subjective occasionnelle

COMORBIDITE(S)

Status post-deux césariennes
Protrusion discale postérieure médiane et paramédiane en L3-L4
Protrusion herniaire médiane et paramédiane en L4-L5, prédominant à droite

DISCUSSION, EVOLUTION ET TRAITEMENT

[...]

Le Dr Z._____, neurologue consultant qui l'examine, conclut à une lombosciatalgie non déficitaire douloureuse au niveau S1, sur hernie discale L5-S1 droite. Il propose de traiter cette symptomatologie par Sirdalud, corticoïdes, Brufen [et] Oméprazole, ainsi que de poursuivre le Neurontin et la physiothérapie à but antalgique.

[...]

Malgré un traitement antalgique bien conduit, Mme S._____ ne note aucune amélioration. Nous lui expliquons que nous arrivons dans les limites du traitement médicamenteux possible et restons réservés quant aux bénéfices d'une intervention neurochirurgicale, étant donné l'indication peu claire et les risques de séquelles. [...]

Mme S._____ présente également des vertiges d'origine peu claire, que nous mettons sur le compte du traitement de Gabapentine, ce dernier engendrant fréquemment ce type d'effet indésirables. Une composante orthostatique est également possible.

La patiente s'est montrée anxieuse en soirée, raison pour laquelle elle a reçu du Temesta pendant le séjour."

A la suite d'un avis médical SMR du 21 octobre 2010 des Drs D._____ et M._____ constatant, d'une part, que l'atteinte à la santé décrite dans le dossier justifiait certes des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis mais pas une incapacité de travail totale dans toute activité, et observant, d'autre part, qu'il était difficile de comprendre que l'assurée ne réponde pas du tout au traitement conservateur habituel, cette dernière a été convoquée le 16 novembre 2010 au SMR, où elle a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué - en présence d'un traducteur de langue albanaise - par le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 12 janvier 2011, ce médecin a notamment fait état de ce qui suit :

"Médicaments : l'anamnèse en ce qui concerne la prise médicamenteuse est extrêmement difficile à obtenir. L'assurée répète à plusieurs reprises la prise de Neurontin® 600 mg à raison de 3 x 1 cp/jour. Aucun autre médicament n'est annoncé de façon spontanée. Selon la documentation mise à disposition, il y a des antécédents de prise de Pantozol®, Dafalgan®[,] Sirdalud®, Irfen®, traitements qui sont décrits comme stoppés depuis de nombreux mois. Après insistance, l'assurée déclare prendre un médicament qui aurait été introduit récemment, il y a plusieurs mois selon l'ordonnance mise à disposition, Fluctine® 20 mg, 1-2 cp/jour. L'assurée déclare aussi une prise occasionnelle de Temesta® de 1 à 3 cp/mois et de Dafalgan® de moins de 5 cp/mois.

[...]

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **LOMBOSCIATALGIES CHRONIQUES M54.4**

- **DISCOPATHIES ÉTAGÉES AVEC HERNIE DISCALE L4-L5 PARAMÉDIANE DROITE SANS MISE EN ÉVIDENCE DE SYNDROME RADICULAIRE DÉFICITAIRE**
- **SÉQUELLES DE LA MALADIE DE SCHEUERMANN**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **SURCHARGE PONDÉRALE AVEC OBÉSITÉ DE CLASSE 1**

- **DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET FOCAL**

- **STATUS APRÈS DEUX CÉSARIENNES ET UN ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE**

- **CÉPHALÉES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE SECONDAIRES A UNE INFILTRATION CORTICOÏDE DANS LA RÉGION LOMBAIRE**

- **TROUBLE DOULOUREUX CHRONIQUE GÉNÉRALISÉ COMPATIBLE AVEC UN PROCESSUS DE MAJORATION DES PLAINTES AVEC MISE EN ÉVIDENCE DE SIGNES DE NON ORGANICITÉ SELON WADDELL ET KUMMEL.**

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une assurée âgée de 39 ans, originaire de Macédoine, déposant une demande de prestations AI en date du 10.07.2009 en relation avec des lombosciatalgies droites secondaires à un accouchement par césarienne sous péridurale le 04.06.2007. Son médecin traitant habituel la Dresse T. _____ atteste une incapacité de travail totale depuis le 01.01.2008 en relation avec des lombosciatalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec hernie discale sans mise en évidence de syndrome radiculaire déficitaire. Associées à cette symptomatologie, l'assurée déclare l'installation de céphalées occipitales de type constrictif secondaires à un traitement par infiltrations corticoïdes réalisées pour la première fois au mois de juin 2008.

Nous nous trouvons en présence d'une assurée démonstrative, plaintive, évoquant une symptomatologie douloureuse touchant l'ensemble du rachis, le membre inférieur droit puis secondairement

l'ensemble du corps, associée à d'importantes céphalées avec vertiges à l'origine de malaises avec perte de connaissance. L'examen clinique met en évidence une assurée obèse, présentant une obésité de classe I associée à un important déconditionnement musculaire global et focal. Sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée présente des limitations dans les amplitudes articulaires dans un contexte oppositionnel et algique extrêmement démonstratif. A signaler quelques incohérences avec une différence nette entre la distance doigts-sol à 35 cm et la distance doigts-orteils en position assise de 10 cm, la description de l'impossibilité de réaliser une marche sur la pointe des pieds à D en raison d'impotence et de douleurs avec une mise sur la pointe des pieds spontanée lors de la position accroupie. L'examen clinique est de façon générale parasité par des phénomènes contre-pulsifs, des plaintes algiques multiples, évocation de phénomènes de vertiges et de malaises.

L'examen sur le plan neurologique met en évidence un trouble de la sensibilité subjective touchant l'ensemble du MID et remontant au niveau de l'hémicorps D ne respectant aucun territoire anatomique reconnu ou territoire radiculaire. A signaler l'absence d'erreur au piqué-touché, de troubles du sens positionnel avec une hypopallesthésie généralisée aux membres inférieurs à 4 sur 8. Pas de mise en évidence de trouble des réflexes, pas de [t]rouble de la coordination objectivé, pas de trouble moteur (force musculaire conservée avec mise en oeuvre de phénomènes contre-pulsifs non réductibles et trophicité musculaire conservée et symétrique[]).

Le reste de l'examen met clairement en évidence des signes de non organicité selon Waddell et Kummel, 5 sur 5 et 2 sur 2 avec l'absence de points selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence des troubles statiques et dégénératifs au niveau du rachis lombaire sous la forme de protrusion discale et une arthrose inter-facettaire postérieure modérée. A signaler l'absence de phénomène compressif franc ou de compression radiculaire au niveau des foramens.

En conclusion, cette assurée [...] présente une symptomatologie algique centrée sur le rachis dorsolombaire et le MID secondaire à un accouchement par césarienne sous péridurale vécu comme extrêmement douloureux et traumatique. L'examen clinique au SMR met en évidence essentiellement des signes de non organicité dans un contexte extrêmement algique et oppositionnel. La documentation radiologique mise à disposition met en évidence des troubles dégénératifs modérés ne pouvant pas expliquer l'ensemble de la symptomatologie mise en oeuvre par l'assurée ni la chronicité de celle-ci. L'assurée évoque par ailleurs d'importantes céphalées occipitales secondaires à un traitement par infiltrations corticoïdes au niveau lombaire. A signaler par ailleurs une procédure de recours en tiers responsable à la suite de son accouchement.

La cause précise des symptômes et leur persistance ne peut être établie. La présence d'anomalie statique et dégénérative n'explique pas entièrement l'intensité ni la persistance des plaintes alléguées.

Les dorso-lombo-sciatalgies présentées par l'expertisée ne sont pas en soi une maladie mais davantage un symptôme qui peut relever de causes variées. Une des causes comme déjà mentionné est la présence de troubles statiques et dégénératifs au niveau du rachis, il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychologiques, l'handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évolution et la reprise d'une activité professionnelle que des données anatomo-structurelles objectives à proprement parler.

Limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de position statique assise au-delà d'une demi-heure sans possibilité de varier les positions au minimum 2 fois à l'heure de préférence à la guise de l'assurée. Diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure. Pas de montée ou descente d'escaliers. Pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur. Pas de position statique debout immobile de type piétinement.

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

Cette assurée a cessé toute activité professionnelle à la fin de son premier trimestre de grossesse au mois de novembre 2006. Depuis lors, elle n'a pas repris d'activité professionnelle.

Une incapacité de travail à 100% est attestée à partir du 01.01.2008 par son médecin traitant en relation avec la symptomatologie algique évoquée.

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

Au vu des atteintes objectives sur le plan ostéoarticulaire, une incapacité de travail dans son activité antérieure d'ouvrière dans une usine de cartonnage à 100% est retenue. Cette incapacité de travail dans son activité habituelle est dans un premier temps en relation avec la grossesse, l'accouchement par césarienne et les suites immédiates de celui-ci puis dans un deuxième temps en relation avec les troubles ostéoarticulaire dorsolombaires présentés.

Toute activité qui respecterait les limitations fonctionnelles établies est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100%. Une telle activité peut être raisonnablement exigée sur le plan médico-théorique depuis le 01.01.2008 (6 mois après l'accouchement pas césarienne).

L'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans son activité habituelle (ouvrière dans une usine de cartonnages) ou dans une activité adaptée ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire. La composante à caractère non organique clairement mise en évidence par les signes de non organicité et pour laquelle un diagnostic d'amplification

verbale des plaintes avec comportement démonstratif, n'a pas été retenu[e].

Le pronostic à une reprise d'activité professionnelle est extrêmement sombre. Cette assurée présente un vécu extrêmement douloureux en relation avec son dernier accouchement par césarienne sous péridurale avec une procédure en tiers responsable lui interdisant toute amélioration avant résolution de la procédure en cours.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE (OUVRIÈRE DANS UNE USINE DE CARTONNAGE) :
0%

ACTIVITÉ EN TANT QUE COUTURIÈRE : 100% DEPUIS LE
01.01.2008

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE 01.01.2008"

Aux termes d'un rapport SMR du 21 janvier 2011, les Drs N. _____ et M. _____ se sont ralliés à l'appréciation du Dr Q. _____, dont l'examen avait clairement mis en évidence des signes de non organicité selon Waddell et Kummel avec absence de points en faveur d'une fibromyalgie.

c) Le 15 mars 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI. Sur la base de l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR le 16 novembre 2010, il a retenu que l'intéressée n'était désormais plus à même d'exercer son ancienne activité d'ouvrière dans une usine de cartonnage, mais qu'en revanche, dans une activité légère et mieux adaptée, telle qu'aide-couturière par exemple, l'exigibilité était totale et ce dès janvier 2008. Sous l'angle économique, l'OAI a estimé que dans la mesure où l'intéressée n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis plusieurs années, il convenait de privilégier une approche théorique des revenus pour calculer sa perte de gain. Ainsi, se fondant sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'office a dès lors comparé le revenu annuel auquel l'assurée aurait pu prétendre en 2009 en exerçant un poste d'ouvrière d'usine à plein temps, avec le revenu annuel qu'elle aurait pu réaliser dans une activité légère de substitution sous déduction d'un abattement de 10%. Il en a déduit un préjudice économique de l'ordre de 10%, ne justifiant pas son intervention sous l'angle de la réadaptation et n'ouvrant pas non plus le droit à des prestations financières de l'AI.

L'assurée a fait part de ses objections par acte du 18 avril 2011 rédigé par son conseil. Dans sa motivation, elle a allégué que le Dr X._____, neurologue, avait fait état, le 17 décembre 2007, d'une évolution défavorable dans le cadre d'une lombalgie ainsi que de céphalées de type tensionnelles chroniques, et avait par ailleurs constaté, en 2008, un potentiel syndrome douloureux et préconisé l'introduction d'un traitement antidépresseur. Elle a ajouté que le 10 décembre 2008, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne, avait évoqué - en sus de la problématique lombaire - un probable trouble somatoforme douloureux débutant et évalué à 50% la capacité de travail dans une activité adaptée. Observant de surcroît que le Dr Q._____ avait également constaté un trouble douloureux chronique ainsi que des céphalées lors de l'examen clinique rhumatologique du 16 novembre 2010, l'assurée a fait valoir que ses troubles de santé n'étaient pas exclusivement rhumatologique et que l'OAI ne pouvait dès lors se contenter du seul examen clinique rhumatologique du 16 novembre 2010. Elle a relevé en outre que sa capacité résiduelle de travail était de 50% selon le Dr B._____, voire même nulle de l'avis des Drs Y._____ et T._____, ce qui contredisait le point de vue du SMR selon lequel la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Au vu de ces éléments, elle a argué qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire portant sur les plans neurologique, neurochirurgical, psychiatrique et orthopédique.

Le 9 mai 2011, l'OAI a écrit à l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, attendu qu'elle n'avait pas consulté de médecin psychiatre ni bénéficié d'aucun suivi de cet ordre, que les critères en faveur d'une fibromyalgie n'étaient pas réalisés, et que seules les lombosciatalgies étaient susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail. L'office a toutefois octroyé à l'intéressée un délai de trente jours pour produire d'éventuels rapports émanant de médecins qu'elle aurait consultés mais qui n'auraient pas été interpellés dans le cadre de la procédure.

Par courrier du 5 juillet 2011, l'assurée informé l'OAI qu'elle avait été adressée auprès du Dr J._____, neurochirurgien, et du Dr L._____, rhumatologue, et que «*[d]es rapports ser[ai]ent établis par les deux spécialistes précités et adressés directement au médecin traitant*» puis transmis à l'office. Elle a également versé au dossier un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 17 juin 2011 établi par le Dr U._____, radiologue. Celui-ci constatait en particulier une petite hernie discale de localisation paramédiane et para-foraminale droite à hauteur de L4-L5 susceptible d'expliquer un conflit disco-radriculaire avec la racine L5 droite, et observait par ailleurs une discopathie dégénérative importante au niveau L3-L4 avec protrusion médiane et paramédiane bilatérale ainsi qu'une discrète facetarthrose étagée sans hypertrophie significative des ligaments jaunes.

Par avis médical SMR du 14 juillet 2011, les Drs N._____ et M._____ ont en substance résumé les constatations du Dr Q._____ (relevant notamment que ce dernier avait observé un trouble douloureux chronique généralisé compatible avec un processus de majoration des plaintes, avec une mise en évidence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel) et ont par ailleurs relevé ce qui suit :

"L'expertise [du Dr Q._____] démontre que l'ensemble des documents mis à disposition, ainsi que l'examen clinique réalisé au SMR sont discordants par rapport à l'intensité des plaintes émises par l'assurée. L'ensemble des rapports médicaux produits par les différents soignants n'ont pas permis de donner une étiologie aux plaintes de l'assurée. Les signes de Waddell et Kummel sont des indicateurs reconnus qui permettent à l'expert d'affirmer la non organicité des plaintes.

L'étude du dossier, ainsi que l'examen clinique de l'assurée ne permettent pas non plus d'envisager une quelconque pathologie psychiatrique qui devrait donner lieu à une expertise psychiatrique.

Quant à l'IRM de la colonne lombaire du 17.06.2011, [...] elle n'apporte aucun élément nouveau par rapport aux 3 IRM [...] [du] 28.12.2007, [du] 06.06.2008 et [du] 30.06.2009.

En **conclusion**, l'expertise probante [et] fouillée du Dr Q._____ démontre clairement l'exagération des plaintes alléguées par l'assurée. Son examen objectif, ainsi que les éléments apportés au dossier par le différents soignants, permettent de conclure que ces plaintes n'ont pas de cause avérée et ne sont que des allégations visant à obtenir un avantage financier.

Il n'y a dans ces conditions aucune indication à organiser d'autres expertises spécialisées (neurologue, neurochirurgien, chirurgien orthopédique, psychiatre...)."

d) Par décision du 22 août 2011, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 15 mars 2011.

Dans un courrier explicatif du même jour, l'office a réfuté les objections invoquées par l'assurée, considérant que le rapport du Dr Q._____ du 12 janvier 2011 devait se voir reconnaître pleine valeur probante, que ce compte-rendu mettait en évidence une certaine discordance entre les éléments objectifs et les plaintes émises, qu'il ne permettait pas d'envisager une quelconque pathologie psychiatrique nécessitant d'être instruite par le biais d'une expertise, et qu'enfin le rapport d'IRM du 17 juin 2011 n'apportait aucun élément nouveau.

B. **a)** Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 22 septembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 10 janvier 2010, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction. A titre de requête en procédure, l'assurée demande à ce que la Cour de céans ordonne une expertise médicale pluridisciplinaire axée sur les volets psychologique/psychiatrique, orthopédique, neurologique et neurochirurgical. Au plan formel, l'intéressée se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où l'OAI a statué le 22 août 2011 sans attendre la production des rapports des Drs J._____ et L._____ pourtant annoncée par courrier du 5 juillet 2011. L'assurée - qui précise n'être toujours pas en possession de ces rapports à l'heure actuelle - estime cependant que ce vice devrait pouvoir être réparé par la mise sur pieds d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Sur le fond, la recourante fait valoir que le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr Q._____ du 12 janvier 2011 a mis en évidence des céphalées et des troubles douloureux chroniques relevant de la neurologie ou de la neurochirurgie, respectivement de la psychologie voire de la psychiatrie,

que ce rapport atteste la prise de Fluctine® (utilisé pour le traitement des états dépressifs d'origines diverses), de Temesta® (destiné au traitement des états d'angoisse et de tension) et de Sirdalud® (relaxant musculaire), et que c'est suite à l'avis d'un neurologue qu'elle a requis des prestations de l'AI. Cela étant, elle considère que c'est à tort que l'intimé a fondé son appréciation sur la seule base du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr Q._____ du 12 janvier 2011, sans procéder à de plus amples investigations sur les plans psychique et neurologique. Elle signale par ailleurs qu'elle s'est vu diagnostiquer un cancer du sein en septembre 2011.

A l'appui de ses dires, l'intéressée a produit divers documents, dont un rapport du 16 septembre 2011 de la Dresse T._____ confirmant la découverte d'un cancer du sein avec présence de métastases notamment sur une côte et aux niveaux ganglionnaires, précisant qu'une opération aurait lieu en fin d'année, et soulignant que cette atteinte aggravait le tableau déjà connu tant au niveau physique, en raison de douleurs costales dues à la métastase, qu'au niveau psychique, cette pathologie pouvant grever l'espérance de vie de l'assurée.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 17 novembre 2011.

c) Par acte du 9 octobre 2012, la recourante a informé la Cour de céans qu'elle avait déposé une nouvelle demande de prestations AI en novembre 2011, motivée par la découverte d'un cancer du sein en août 2011. Elle a précisé que l'instruction de cette nouvelle demande était en cours, singulièrement avait été suspendue jusqu'à droit connu sur la présente affaire. A cette écriture, était notamment joint un compte-rendu du 10 septembre 2012 de la Dresse W._____, cheffe de clinique au Centre pluridisciplinaire d'oncologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier XY._____), soulignant que la situation de l'assurée - vivant avec le minimum vital, atteinte d'une maladie incurable et mère de trois enfants en bas âge - était à l'origine d'une souffrance psychologique importante, et que la procédure AI en cours rajoutait à l'anxiété et à la

détresse psychologique de toute la famille. En outre, selon un rapport du 24 septembre 2012 émanant de ce même médecin, il ressortait que l'assurée souffrait d'un cancer du sein bilatéral stade IV diagnostiqué en août 2011, qu'un traitement par chimiothérapie avait été débuté en septembre 2011, mais que l'évolution était défavorable et le pronostic réservé.

d) Par envoi du 5 novembre 2012, à la requête de la juge instructeur, la recourante a produit les documents suivants qu'elle avait mentionnés dans ses objections du 18 avril 2011 :

- un rapport du Dr X. _____ du 17 décembre 2007, faisant état de ce qui suit :

"Diagnostic(s) :

- **Lombosciatalgies droites apparues après un accouchement compliqué à cause d'une non progression sur disproportion fœto-pelvienne et césarienne en péridurale le 4 juin 2007.**
- **Probables troubles somatoformes avec céphalées de type plutôt tensionnelles chroniques et hémisynndrome sensitif fonctionnel droit.**

[...]

Synthèse et conclusion

[...]

Dans l'ensemble j'ai l'impression d'une évolution défavorable dans le cadre d'une lombalgie apparue après un accouchement traumatique. La patiente a probablement développé des troubles fonctionnels avec un hémisynndrome sensitif droit et l'arrivée de céphalées de type plutôt tensionnelles chroniques. [...] Je [...] propose également d'introduire un antidépresseur tricyclique avec des doses progressives pour mieux maîtriser ce syndrome douloureux [...]."

- un rapport du Dr B. _____ du 10 décembre 2008, observant les points suivants :

"Diagnostic : Syndrome douloureux chronique lombaire et irritatif du MID probablement secondaire à la présence d'une hernie discale L4-L5 D et L5-S1 D chez une patiente obèse présentant un probable trouble somatoforme douloureux débutant.

Attitude et propositions :

[...]

Même si une relation temporelle existe entre l'accouchement et la symptomatologie présentée, relation qui se trouve renforcée dans l'esprit de la patiente par le caractère douloureux et traumatisant de l'opération vécue, il ne m'apparaît à ce jour aucun lien de cause à effet entre l'anesthésie pratiquée, les hernies discales visualisées et l'évolution clinique présentée.

Malgré un traitement conservateur correctement conduit [...], l'évolution subjective sera défavorable avec persistance d'une importante symptomatologie douloureuse qui sera décrite comme gravement invalidante et qui ira en s'étendant à l'ensemble du corps sans substrat organique décelable.

Un tel tableau apparaît fortement évocateur de l'existence concomitante d'un trouble somatoforme douloureux débutant chez une patiente qui cumule de nombreux facteurs de mauvais pronostic parmi lesquels on relèvera malgré une intelligence vive, une probable faible intégration sociale, la maladie invalidante et non reconnue d'un mari qui ne travaille plus depuis plus de 10 ans, le caractère traumatisant d'une opération de césarienne dont l'anesthésie sera fortement investie comme responsable de l'évolution présentée par cette patiente en long AT complet depuis maintenant bientôt 2 ans.

[...]

Dans ce contexte, il m'apparaît impératif de lui proposer une reprise professionnelle rapide à partir du 01.01.2009 dans tout travail léger sans port de lourdes charges avec alternance de position qu'elle devra pouvoir effectuer à un taux de 50%.

[...]"

En droit :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) 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).

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

b) Sur le plan formel, la recourante se plaint en l'occurrence d'une violation du droit d'être entendu, reprochant à l'OAI d'avoir statué le 22 août 2011 sans attendre la production des rapports des Drs J. _____ et L. _____ annoncée le 5 juillet 2011. Sous l'angle matériel, le litige concerne le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'AI et porte sur le caractère invalidant des troubles de la santé dont celle-ci est atteinte.

3. Dans la mesure où la recourante invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans

égard aux chances de succès du recours sur le fond (cf. ATF 135 I 297 consid. 2.6.1).

a) Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1, et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées).

Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure, et qui peut ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 133 I 201 consid. 2.2, 132 V 387 consid. 5.1, 129 I 129 consid. 2.2.3, 127 V 431 consid. 3d/aa et les références citées).

b) En l'espèce, la recourante reproche à l'OAI d'avoir rendu la décision litigieuse le 22 août 2011 sans attendre la production d'avis médicaux des Drs J._____ et L._____ pourtant annoncée par courrier du 5 juillet 2011. Implicitement, l'assurée se plaint donc d'avoir été empêchée de participer à la procédure et de produire ses moyens de preuve. A cet égard, il y a toutefois lieu de relever que la jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre à un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une

appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3). Au cas particulier, il convient de rappeler qu'après avoir contesté le projet de décision de l'OAI en date du 18 avril 2011, l'assurée s'est vu accorder le 9 mai suivant un délai de trente jours pour produire d'éventuels rapports médicaux supplémentaires. Le 5 juillet 2011, soit bien après l'échéance du délai susmentionné, l'intéressée a produit un compte-rendu d'IRM du 17 juin 2011 tout en précisant qu'elle avait été adressée au neurologue J._____ et au rhumatologue L._____ et que «*[d]es rapports ser[ai]ent établis par les deux spécialistes précités et adressés directement au médecin traitant*» puis transmis à l'OAI. Dans cet écrit, la recourante n'a pas formellement requis l'octroi d'un nouveau délai pour produire les pièces annoncées (pas plus qu'elle n'a précisé que celles-ci seraient «*prochainement*» transmises, contrairement à ce qu'elle prétend dans son recours du 22 septembre 2011 p. 8 [3^{ème} paragraphe]), et n'a pas non plus exposé en quoi les rapports en question pourraient contenir des éléments décisifs susceptibles d'influer sur l'issue de l'affaire, étant rappelé ici que le dossier de l'époque contenait déjà des données rhumatologiques et neurologiques. Du reste, au vu du laps de temps écoulé entre le courrier du 5 juillet 2011 et la décision litigieuse, force est de constater que si l'assurée entendait produire de nouveaux rapports médicaux, elle avait toute latitude pour ce faire avant le 22 août 2011. Or, l'intéressée ne s'est plus manifestée après son courrier du 5 juillet 2011; même à supposer que cette passivité soit liée aux investigations médicales ayant précédé la découverte d'un cancer du sein en août ou septembre 2011 (ce qui n'est nullement allégué par l'assurée), il reste que par son silence, la recourante – respectivement son conseil – n'a pas agi vis-à-vis de l'OAI de manière à sauvegarder ses droits. A la lumière de ces circonstances, l'appréciation anticipée à laquelle a procédé l'office intimé pour clore l'instruction n'apparaît pas arbitraire et n'est dès lors pas constitutive d'une violation du droit d'être entendu.

Par surabondance, on relèvera que même à admettre l'existence d'un tel vice de forme, celui-ci ne serait de toute façon pas d'une gravité telle qu'on ne puisse pas le considérer comme réparé. La

recourante a en effet eu la possibilité d'expliciter son argumentation et de fournir des moyens de preuve complémentaires dans le cadre de la présente procédure de recours, interjetée auprès d'une autorité judiciaire disposant d'un plein pouvoir d'examen (cf. consid. 3a supra). Dans ce contexte, l'intéressée a notamment eu tout loisir de produire les rapports des Drs J._____ et L._____ annoncés dans son courrier du 5 juillet 2011 puis dans son mémoire de recours du 22 septembre 2011 (p. 8, spéc. 3^{ème} paragraphe : «[à] ce jour, la recourante n'est toujours pas en possession de ces rapports»), quand bien même elle ne l'a en définitive pas fait pour des raisons qui demeurent en l'état inexplicées. A ce propos, on notera que conformément au devoir des parties de collaborer à l'établissement des faits, il incombait notamment à l'assurée d'apporter, dans la mesure où cela pouvait raisonnablement être exigé d'elle, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, au risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2).

c) Mal fondé, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu doit donc être rejeté.

Au vu de ce qui précède, c'est donc en vain que l'intéressée s'est prévalu de la nécessité d'une expertise médicale pour pallier à une éventuelle violation de son droit d'être entendue. On notera pour le surplus que la mise en œuvre d'une telle mesure relève de l'examen matériel de la présente affaire et que cette question sera par conséquent abordée dans les considérants qui suivent (cf. consid. 4 infra).

4. 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 art. 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) aa) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

bb) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible

(cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et ATF 131 V 49). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49, 130 V 352). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (cf. en matière de trouble somatoforme douloureux : ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (cf. ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 avec les références citées, et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations

envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49; cf. TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et TF I 81/07 précité loc. cit.).

cc) Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 130 V 396 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (cf. ATF 132 V 72 consid. 4.3). Selon la jurisprudence (cf. TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2, et TFA I 544/04 du 13 décembre 2005 consid. 3.1 [trouble somatoforme douloureux]; cf. également TF 9C_486/2008 du 8 janvier 2009 consid. 3.2 [fibromyalgie]), une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a ainsi retenu qu'une expertise psychiatrique complémentaire n'était pas nécessaire dans un cas où un rhumatologue, titulaire d'un certificat AMPP en médecine psychosomatique et psychosociale, s'était également prononcé de manière circonstanciée sur d'éventuels problèmes psychiques sous-jacents aux troubles physiques de l'assuré (cf. TFA I 830/02 du 25 août 2003). De même a-t-il considéré que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun

indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (cf. TFA I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31).

c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

d) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

5. En l'occurrence, la recourante reproche à l'office intimé de s'être prononcé sur la seule base du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr Q._____ du 12 janvier 2011, sans avoir plus amplement investigué les céphalées et le trouble douloureux évoqués dans ce compte-rendu.

a) Suite à l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR le 16 novembre 2010, le Dr Q._____ a exposé ses conclusions dans un rapport du 12 janvier 2011. A cette occasion, il a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques sur discopathies étagées avec hernie discale L4-L5 paramédiane droite, sans mise en évidence de syndrome radiculaire déficitaire, et séquelles de la maladie de Scheuermann. S'agissant des atteintes n'ayant pas d'impact sur la capacité de travail, ce médecin a fait état d'une surcharge pondérale avec obésité de classe 1, d'un déconditionnement musculaire et focal, d'un status après deux césariennes et un accouchement par voie basse, de céphalées d'origine indéterminée secondaires à une infiltration corticoïde dans la région lombaire, et d'un trouble douloureux chronique généralisé compatible avec un processus de majoration des plaintes avec mise en évidence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel. Cela étant, le Dr Q._____ a estimé que l'assurée n'était plus à même d'exercer son ancienne activité d'ouvrière dans une usine de cartonnage,

mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (celles-ci contre-indiquant le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et au-delà de 10 kg occasionnellement, la position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, la position statique assise au-delà d'une demi-heure sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure de préférence à la guise de l'assurée, la montée ou descente d'escaliers, la position en genuflexion ou accroupie à répétition, la position statique debout immobile de type piétinement, et les activités sur terrain instable ou en hauteur, le périmètre de marche étant en outre réduit à environ une demi-heure), sa capacité de travail était complète depuis le 1^{er} janvier 2008.

Sur le plan strictement somatique, il n'existe aucun motif sérieux de s'éloigner de l'appréciation du Dr Q._____.

A ce propos, on relèvera qu'il est constant que l'assurée souffre d'une affection ostéoarticulaire au niveau dorsolombaire, influant sur sa capacité de travail. Pour le reste, si la recourante conteste le bien-fondé du diagnostic de céphalées non incapacitantes posé par le Dr Q._____ (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p. 7), il apparaît néanmoins que les autres documents médicaux au dossier évoquant des céphalées - entre autres le rapport du 17 décembre 2007 du neurologue X._____ (produit le 5 novembre 2012) ainsi que le rapport du 3 juillet 2009 des spécialistes du Département de médecine interne de l'Hôpital G._____ (faisant suite à un examen effectué par le neurologue Z._____) - ne comportent aucun indice concret et objectif laissant à penser que celles-ci pourraient en tant que telles avoir une influence significative sur la capacité de travail de l'intéressée. Notamment, si la Dresse T._____ a évoqué des céphalées incapacitantes (cf. rapport du 16 octobre 2009), elle n'a toutefois aucunement motivé son point de vue. N'en déplaise à la recourante, la Cour de céans ne voit donc pas en quoi il se justifierait, dans de telles circonstances, d'investiguer plus avant lesdites céphalées sur les plans neurologique et neurochirurgical. L'avis du Dr Q._____ doit donc, sur ce point, être considéré comme suffisant. Peu importe, pour le surplus, que l'assurée ait été incitée à demander des

prestations de l'AI suite à l'avis d'un neurologue (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p. 7).

Par ailleurs, les parties ne contestent pas l'inexigibilité de l'ancienne activité d'ouvrière dans une usine de cartonnage.

Pour ce qui est de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, c'est en vain que la recourante s'est prévaluée du compte-rendu du Dr Y. _____ du 28 juillet 2009 ainsi que du constat de la Dresse T. _____ du 29 janvier 2012 [recte : 16 octobre 2009] évoquant une complète incapacité de travail dans toute activité (cf. objections du 18 avril 2011 p. 3). En effet, ces avis sont nettement moins motivés que le rapport du Dr Q. _____ du 12 janvier 2011 et ne contiennent aucun élément décisif dont ce dernier médecin aurait omis de tenir compte. Pour les mêmes raisons, le rapport du Dr B. _____ du 10 décembre 2008 - invoqué par l'assurée le 18 avril 2011, mais produit le 5 novembre 2012 - évaluant la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée ne saurait l'emporter, sous l'angle purement somatique, sur l'appréciation du Dr Q. _____.

C'est le lieu de noter que le rapport du Dr Q. _____ du 12 janvier 2011 procède d'une analyse approfondie du cas particulier, repose sur un examen clinique complet, prend en compte les plaintes de l'assurée et évalue la situation médicale de manière méticuleuse et nuancée. Ses conclusions, qui ne se basent que sur les atteintes ostéoarticulaires, comme le Dr Q. _____ le relève lui-même - «*[l]’évaluation de la capacité de travail résiduelle de l’assurée dans son activité habituelle [...] ou dans une activité adaptée ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire*» (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 9) - ont pleine valeur probante et peuvent dès lors être suivies.

Le dossier étant complet sous l'angle somatique, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise sur les plans orthopédique, neurologique

ou neurochirurgical (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p. 8, dernier paragraphe). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

b) L'OAI a par ailleurs réfuté toute atteinte à la santé psychique invalidante en reprenant implicitement les conclusions de l'avis médical SMR du 14 juillet 2011 des Drs N._____ et M._____ (cf. lettre explicative de l'intimé du 22 août 2011). Aux termes de leur avis précité, ces médecins ont observé, après avoir résumé les résultats de l'examen clinique du Dr Q._____, qu'il existait une certaine discordance des éléments objectifs par rapport à l'intensité des plaintes émises par l'assurée et que, en l'état, il n'y avait pas lieu d'envisager une quelconque pathologie psychiatrique nécessitant d'être instruite par une expertise. Ils ont ajouté que l'examen du dossier démontrait clairement l'exagération des plaintes alléguées, ces dernières n'ayant pas de cause avérée et n'étant que des allégations visant à obtenir un avantage financier.

On ne saurait toutefois s'en tenir à l'avis du SMR du 14 juillet 2011. Ce serait en effet oublier que l'examen du Dr Q._____ a clairement mis en évidence des signes de non organicité selon Waddell et Kummel avec absence de points de Smythe en faveur d'une fibromyalgie (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 8). Certes, le Dr Q._____ a fait état d'un trouble douloureux chronique généralisé compatible avec un processus de majoration des plaintes, au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, ce médecin ne pouvait, d'une part, observer que dans le cas de l'assurée les douleurs évoquées et le trouble douloureux étaient tels qu'ils dominaient l'essentiel du tableau clinique - *«[!]es dorso-lombo-sciatalgies présentées par l'expertisée ne sont pas en soi une maladie mais davantage un symptôme qui peut relever de causes variées [...], il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychologiques, l'handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évolution et la reprise*

d'une activité professionnelle [...]» (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 8 s.) - et, d'autre part, s'abstenir de se prononcer sur les critères développés par le Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, respectivement ne pas réserver l'avis d'un spécialiste en psychiatrie à ce sujet (cf. consid. 3b/bb et 3b/cc supra). A noter, au surplus, que dans la mesure où le Dr Q. _____ ne s'est pas prononcé sur les réquisits jurisprudentiels susmentionnés, on peine à comprendre que l'OAI ait pu considérer, le 9 mai 2011, que les critères en faveur d'une fibromyalgie n'étaient pas réalisés.

La situation est d'autant plus nébuleuse que certains éléments du dossier ne vont pas sans évoquer une composante psychique. Ainsi, dans leur rapport du 31 janvier 2007, les Drs F. _____ et I. _____ du Département de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital G. _____ ont évoqué des crises d'angoisse engendrant des épisodes de dyspnée avec des douleurs thoraciques. En outre, le 2 décembre 2008, le Dr C. _____ a souligné qu'au vu de la chronicité des douleurs et du contexte socio-familial, on ne pouvait exclure une éventuelle composante non organique surajoutée. Enfin, il faut rappeler que dans leurs rapports respectifs des 17 décembre 2007 et 10 décembre 2008 (produits par la recourante le 5 novembre 2012), les Drs X. _____ et B. _____ ont fait état d'un probable trouble somatoforme douloureux débutant, accompagné - selon le Dr X. _____ - de céphalées et d'un hémisyndrome sensitif fonctionnel droit.

C'est toutefois le lieu de relever ici que, contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p.7), la prise de Fluctine®, Sirdalud® et Temesta® attestée par le Dr Q. _____ (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 4) ne saurait témoigner en tant telle d'une affection psychique, cela d'autant moins qu'il ressort des constatations du médecin susdit que le traitement à base de Sirdalud® a été stoppé plusieurs mois avant l'examen du 16 novembre 2010 et que la prise de Temesta® n'est qu'occasionnelle (cf. loc. cit.).

Cela étant, au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, force est de constater que le dossier médical est lacunaire en ce sens qu'il ne comprend pas suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychiatrique aux douleurs de l'assurée. Bien au contraire, on rappellera que le Dr Q._____ relève lui-même qu'une telle composante n'est pas étrangère à la symptomatologie et à la limitation de la capacité de travail de l'intéressée, que l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire, et que divers documents médicaux au dossier semblent par ailleurs évoquer une problématique psychique. Il est dès lors nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de déterminer l'existence d'une atteinte psychique ainsi que son éventuel impact sur la capacité de travail de la recourante.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par

l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, les carences dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimé, ce dernier s'étant abstenu d'ordonner des mesures d'instruction de base et ayant ainsi constitué un dossier lacunaire. Partant, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. consid. 3c supra) – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA).

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Exceptionnellement, toutefois, aucun émolument judiciaire ne sera mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 22 août 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, le dossier étant renvoyé à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour la recourante),
- 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).

La greffière :