

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Villeneuve, recourante, représentée par Me César Montalto, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 16 et 17 al. 1 LPGA; 4 et 28 al. 1 LAI; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, ressortissante turc en Suisse depuis 1998, sans formation professionnelle, a notamment travaillé en qualité d'aide de cuisine, dans le repassage ainsi que dans le nettoyage, jusqu'en décembre 2003.

Dans un rapport médical du 25 octobre 2005 adressé au Dr E. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie, s'est notamment exprimé comme il suit:

"Diagnostics:

- Syndrome polyalgique idiopathique diffus.
- Hypovitaminose D3.
- Obésité (BMI 35kg/m2).

[...]

Appréciations et propositions thérapeutiques:

Mme A. _____ présente donc des douleurs poly-articulaires sans signe clinique ou biologique inflammatoire probablement imputables à un syndrome polyalgique idiopathique diffus dans un contexte d'une hypovitaminose D3. Celle-ci pourrait expliquer la symptomatologie douloureuse ubiquitaire dont se plaint l'assurée.

De plus elle se plaint de cervico-brachialgies droites dans un contexte de troubles dégénératifs avec discopathie C5-C6 avec myogélose des différents groupes musculaires de la ceinture scapulaire probablement reflex d'une tentative de compensation et responsable de la symptomatologie douloureuse et cervicale.

Du point de vue des examens, l'examen de ce jour est suffisamment rassurant pour ne pas procéder à de plus amples investigations.

Du point de vue thérapeutique, nous avons procédé à une injection d'une première dose de Vit D3 à répéter d'ici 1 mois associée à une substitution calcique et vitaminique.

Je préconiserais également une prise en charge en balnéothérapie avec mobilisation douce, progressive en piscine et jet massage.

Du point de vue médicamenteux, une médication anti-dépressive à visée antalgique pourrait également être envisagée en fonction de l'évolution. [...]"

A la suite d'une IRM cervicale du 18 janvier 2006, le Dr Q. _____, spécialiste en neuroradiologie et radiologie, a constaté dans

son rapport du 23 juin 2006 à l'attention du Dr B._____, l'existence d'une hernie discale C5-C6 postéromédiane et paramédiane droite sténosant l'espace prémédullaire mais n'entraînant pas de zone de souffrance médullaire.

Le 30 mars 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Elle faisait état d'une atteinte à la santé apparue en 2000, qui s'était aggravée une année auparavant.

Au terme de son rapport médical du 28 avril 2006 à l'OAI (Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud), le Dr B._____ a retenu que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 60 %, voire 80 % dans ses anciennes professions et de 80 % dans une autre profession.

Dans un rapport médical du 23 juin 2006 à l'OAI, le Dr E._____ a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites récurrentes déficitaires C5-C6 sur discopathie C5-C6 et de hernie discale C5-C6 avec sténose de l'espace prémédullaire. Il a par ailleurs posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après correction d'une hypovitaminose D3, de status après cure de tunnel carpien droit (2004) et de status après appendicectomie (1985). Il évaluait l'incapacité de travail de l'assurée à 100 % depuis le 1^{er} octobre 2004, le pronostic étant réservé.

Dans son rapport médical à l'OAI du 6 juillet 2006, le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics d'uncarthrose C5-C6 et de hernie discale à gauche ainsi que de compression médullaire. Il mentionnait une intervention sous la forme d'une discectomie et d'une spondylodèse cervicale C5-C6 par voie antérieure avec cage de peek pratiquée le 28 avril 2006. Selon ce médecin, il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail.

Dans un rapport médical intermédiaire à l'OAI du 4 décembre 2006, le Dr E._____ a fait état d'une aggravation du status de sa

patiente depuis son précédent rapport du 23 juin 2006. Pour lui, il ne pouvait être exigé de l'assurée qu'elle exerce une autre activité. Il retenait en outre les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travaux impliquant de soulever les bras en-dessus de 90° d'abduction ou d'antéflexion, pas de port de charges de plus de trois kilos avec la main droite, pas de position statique supérieure à 20 minutes, périmètre de marche limité à 400 mètres. Le médecin traitant évaluait la capacité de travail exigible à 20 % dans l'activité de ménagère et à 10-20 % dans une autre profession.

Le 5 décembre 2006, la Dresse X._____, spécialiste en neurochirurgie, a relevé l'apparition de lombocervicalgies en octobre 2006. Elle évaluait la capacité de travail résiduelle à 50 % maximum dans l'activité de femme de ménage sous condition de décharge rachidienne, et à 75 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence de surélévation des bras, port de charges supérieures à 10 kg et des positions statiques.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 12 mars 2007. Il ressort en particulier du rapport d'enquête du 21 mars 2007 établi par l'enquêtrice G._____ de l'OAI ce qui suit:

"2. Détermination de l'activité lucrative

a) Formation scolaire et professionnelle

Voir au dossier

b) Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour?
Oui.

Motifs (év. situation financière), nature et importance de l'activité lucrative (100%)

L'assurée en bonne santé travaillerait à 100% comme femme de ménage pour raisons financières.

L'assurée souffre depuis plusieurs années de douleurs cervicales mais qui se sont aggravées progressivement.

A fait une tentative en 2001 auprès de l'entreprise W._____ SA à [...] nettoyeuse, taux 100%, a fait un mois et a dû abandonner en raison de l'atteinte à la santé.

Nouvelle tentative en 2003, ouvrière, taux 100% auprès de l'entreprise J._____ Services, a travaillé un mois et a dû cesser cette activité pour raisons de santé.

Depuis n'a plus fait de recherches d'emplois, l'assurée s'est rendue compte qu'elle ne pouvait plus assumer une activité professionnelle. A touché le chômage du 01.01.2002 au 30.06.2003.

L'assurée en bonne santé serait obligée de travailler à 100%, son mari a eu un grave accident de travail en novembre 2000 (a perdu

l'usage du bras et de la main gauche. Souffre également d'une hernie discale et découverte d'un diabète).
Le mari touche de la SUVA un montant de frs. 1'951.--/mois.
Le couple bénéficie de l'aide sociale depuis 2003.

Au vu des renseignements obtenus, le statut de 100% active me paraît cohérent.

[...]

6. Travaux

[...]

Pour information, l'assurée ne fait strictement rien au sein du ménage.

Les deux filles assument l'entretien du ménage, la préparation des repas, les courses et la lessive.

Le mari n'exerce plus d'activité lucrative, est à la maison, en raison des séquelles de l'accident et de l'hernie discale, il ne peut assumer aucune activité ménagère.

[...]

Prise de position concernant les remarques et les indications de l'assuré(e), observations personnelles et commentaires sur les avis divergents donnés par le/la patient(e), le médecin et des tiers. Commentaires éventuels par rapport à la dernière enquête.

Assurée, âgée de 40 ans, faisant plus âgée, mariée, mère de 3 enfants de 22, 20 et 19 ans. Souffre de douleurs cervicales depuis plusieurs années.

A fait à deux reprises une tentative de reprise d'une activité lucrative à 100% mais a dû abandonner au bout d'un mois en raison de l'atteinte à la santé.

Depuis 2003, n'a plus refait de recherches d'emplois, car s'est rendue compte qu'elle ne pouvait plus assumer physiquement une activité lucrative.

Le mari est également atteint dans sa santé (accident de travail en novembre 2000), hernie discale et diabète. N'exerce plus d'activité lucrative, une demande AI est en cours.

L'assurée n'assume aucune activité au sein du ménage, les filles s'occupent de l'entretien de l'appartement, de la lessive, des courses et de la préparation des repas.

L'assurée se repose totalement sur ses enfants pour les tâches ménagères."

Par avis médical du 7 juin 2007, le Dr P._____ du Service médical régional (ci-après: SMR) a observé qu'au vu des contradictions au dossier, il convenait d'interroger le service de neurochirurgie du [...], le médecin répondant de l'hôpital du [...], les Drs B._____ et V._____.

Dans un rapport médical du 18 juin 2007 à l'OAI, le Dr B._____ a posé les diagnostics de syndrome polyalgique idiopathique diffus, de cervico-brachialgies droites récurrentes, de status post-discectomie et spondylodèse C5-C6 en 2006 et de lombalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il estimait que l'état de santé

était stationnaire, l'évolution étant, de manière globale, favorable. Ce rhumatologue évaluait alors la capacité de travail raisonnablement exigible à 60 % dans l'activité de ménagère et à 80-100 % dans une autre profession. En annexe étaient joints deux rapports médicaux des 15 février et 30 mars 2007 du Dr S._____, médecin-chef au Centre Médical de [...], desquels il ressortait que l'assurée avait suivi un traitement physiothérapeutique qui n'avait abouti à aucun changement dans les symptômes voire même à une augmentation des douleurs. Le Dr S._____ relevait en outre que l'assurée restait très focalisée sur son corps avec de nombreuses autolimitations et des blocages. Dans un courrier médical adressé le 25 janvier 2007 au Dr E._____, également joint en annexe, le Dr B._____ a conclu que malgré une approche neurochirurgicale, physiothérapeutique et médicamenteuse, l'assurée présentait des cervico-brachialgies probablement à insérer dans un contexte d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec plusieurs points insertionnels douloureux.

Dans un rapport médical du 27 août 2007 à l'OAI, la Dresse N._____, chef de clinique du Service de Neurochirurgie du [...], a posé les diagnostics de hernie discale C5-C6 avec cervicalgies irradiant dans le membre supérieur droit. Elle a précisé que l'assurée n'avait été vue qu'une seule fois en consultation ambulatoire le 4 février 2006 et que depuis l'intervention pratiquée par le Dr V._____, elle n'avait pas eu de nouvelles.

Selon un avis médical SMR du 10 octobre 2007, le Dr P._____ a posé les diagnostics de cervicobrachialgies droites récurrentes et de status post spondylodèse C5-C6 en 2006. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % depuis septembre 2005. Cela étant, selon ce médecin, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % dès le 19 mars 2007 tant dans l'activité antérieure que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles mises en évidence étaient les suivantes: pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de marche supérieure au kilomètre, pas de travail à genoux

et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, pas de sollicitation du rachis cervical en hyper extension ou en hyper flexion.

Par projet d'acceptation de rente du 13 décembre 2007, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2006 au 30 juin 2007. Le 31 janvier 2008, l'assurée a fait part de ses déterminations sur le projet en question. Elle estimait en substance que son droit à la rente ne pouvait être limité au 30 juin 2007, en se fondant notamment sur des certificats médicaux du Dr E._____, qu'elle a produits.

Sur demande de renseignements complémentaires, le Dr P._____ a indiqué, dans un avis médical SMR du 7 juillet 2008, qu'en tant que femme de ménage, la capacité de travail était de 60 % depuis le 27 juillet 2006 et que dans une activité adaptée, elle s'élevait à 80-100 % depuis le 27 juillet 2006, soit trois mois après l'intervention pratiquée par le Dr V._____ en avril 2006.

Par avis médical SMR du 17 février 2009, les Drs P._____ et D._____ ont convenu de la nécessité de procéder à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assurée au SMR Suisse romande.

A la suite d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique pratiqué le 5 mai 2009 avec l'assistance d'une traductrice de langue turque, les Drs I._____, médecin-chef, K._____, spécialiste en médecine physique et rééducation et O._____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie, ont notamment observé ce qui suit dans leur rapport d'examen pluridisciplinaire du 8 mai 2009:

" Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail
- Cervico-brachialgies D chroniques M54.42.
 - Status après spondylodèse C5-C6 avec cage intersomatique.
 - Status après cure de canal carpien à D.
- Lombo-pseudosciatalgies G sur trouble dégénératif mineur. M54.56
- sans répercussion sur la capacité de travail

- Surcharge pondérale avec obésité de classe II.
- Amplification verbale des plaintes et comportementale.

Appréciation du cas

Assurée originaire de Turquie, âgée de 42 ans, sans formation professionnelle, déposant une demande de prestations en vue de l'obtention d'une rente en date du 30.03.2006. Un rapport d'examen SMR concluait dans un premier temps à une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de démonteuse de pièces électroniques ou dans toute autre activité adaptée sur la base de plusieurs rapports établis par le Dr B. _____, médecin FMH en rhumatologie. L'assurée s'oppose à cette évaluation.

A l'examen clinique, nous sommes frappés par des incohérences entre le comportement spontané de l'assurée, qui présente une mobilité quasi complète sans limitation majeure ni mise en évidence de signes algiques ou de signes d'épargne, par rapport au comportement adopté par l'assurée dès qu'elle se sent observée et examinée avec mise en oeuvre de nombreux signes d'épargne aux dépens du membre supérieur (MS [membre supérieur]) D [droit], du rachis cervical, du rachis lombaire et des MI [membres inférieurs]. Associés aux signes d'épargne, l'assurée présente aussi une attitude d'exclusion d'utilisation du MS D accompagnée de nombreux signes algiques - soupirs, de demande d'aide externe - et de symptômes évoquant des vertiges nécessitant des temps de pause et l'ingestion d'un verre d'eau.

Sur le plan strictement ostéoarticulaire, l'examen met en évidence des limitations dans les amplitudes articulaires aux dépens du rachis cervical, des 2 MS et, dans une moindre mesure, du rachis lombaire. Cette limitation dans les amplitudes articulaires semble être essentiellement à caractère volontaire et oppositionnel avec des descriptions algiques intenses.

En ce qui concerne l'examen neurologique, il montre des phénomènes d'hypoesthésie à caractère fluctuant, ne respectant pas de territoire anatomique reconnu, partiellement reproductibles, et peu compatibles avec les atteintes ostéoarticulaires objectives.

L'examen de médecine générale met en évidence une obésité de classe II accompagnée de tous les signes de non organicité selon Smythe, Waddel et Kummel en faveur d'un processus à caractère non organique s'intégrant vraisemblablement dans un phénomène d'amplification verbale des plaintes.

La documentation radiologique mise à notre disposition met en évidence un status après spondylodèse C5-C6 et un trouble dégénératif mineur au niveau du rachis lombaire sous la forme d'une petite hernie discale paramédiane D de localisation D12-L1.

Le comportement général de l'assurée à caractère théâtral, mettant en oeuvre des contre-pulsions extrêmement efficaces, une attitude d'épargne et d'exclusion du MS D dans un discours algique et démonstratif, associé à la présence de tous les signes de non organicité selon Smythe, Waddel et Kummel, nous font retenir le diagnostic de majoration des plaintes en vue d'obtention d'avantages sociaux. Le diagnostic différentiel est trouble histrionique, que l'examen psychiatrique n'a pas montré.

En ce qui concerne la capacité de travail, toute activité à forte charge physique est proscrite au vu des atteintes ostéoarticulaires présentées par l'assurée. Les activités habituelles de l'assurée (nettoyeuse ou ouvrière pour démontage de pièces électroniques) sont considérées comme des activités non adaptées aux limitations fonctionnelles: de ce fait, une incapacité de travail de l'ordre de 50% peut être retenue dans de telles activités. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%. Une diminution de rendement de l'ordre de 25% peut être retenue au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée et du syndrome algique séquellaire en rapport avec les troubles ostéoarticulaires objectifs mis en évidence par les différents examens complémentaires fournis.

La globalité des plaintes algiques mises en avant par l'assurée n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, aussi bien dans ses activités habituelles que dans une activité adaptée. L'importante composante polyalgique mise en avant par l'assurée s'intègre dans un processus d'amplification verbale et comportementale des plaintes, vraisemblablement majorées par des facteurs socioculturels.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, notre assurée ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique morbide, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie.

En conclusion, en l'absence de toute pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 2,5 kg en ce qui concerne le MS D de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 5 kg. Pas de mouvement brusque en flexion-extension du rachis cervical ou de rotation D-G. Pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion-extension ou en rotation. Pas de position statique assise au-delà de 45 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout minimum une fois à l'heure. Pas d'activité au-delà de 60° d'antéflexion de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 90° en ce qui concerne les MS. Pas de position de porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Diminution du périmètre de

marche à environ ½ heure à ¾ d'heure, pas de position statique debout-immobile au-delà de 5 à 10 minutes.
Il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?
Sur la base des différents documents mis à disposition au dossier médical et de l'anamnèse fournie par l'assurée, celle-ci débute avec la cure de canal carpien en 2004.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a jamais eu et il n'y a pas d'incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?
On peut raisonnablement estimer une incapacité totale de 6 à 12 semaines par rapport à l'intervention de cure de canal carpien en 2004.

En relation avec la pathologie cervicale, (uncarthrose bilatérale et hernie discale G, spondylodèse le 28.04.2006), nous pouvons estimer une incapacité de travail à 100% depuis avril 2006 à octobre 2006 (6 mois après l'intervention chirurgicale).

Ces évaluations sont purement théoriques, elles sont effectuées a posteriori sur la base des documents mis à disposition, de l'anamnèse fournie et de l'examen clinique réalisé au SMR.

Concernant la capacité de travail exigible

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 75% et ceci depuis octobre 2006. Les activités habituelles de l'assurée ne pouvant pas être adaptées aux limitations fonctionnelles, une incapacité de travail de 50% dans ce domaine est retenue depuis octobre 2006. Auparavant, l'assurée présente à nos yeux une incapacité de travail totale dans ses activités habituelles.

Sur le plan purement psychiatrique, notre assurée ne présente aucune maladie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 50%

Dans une activité adaptée: 75 % Depuis: octobre 2006"

Dans un avis médical SMR du 14 mai 2009, les Drs P. _____
et D. _____ ont adopté les constatations et conclusions ressortant du rapport d'examen bidisciplinaire précité.

Par communication du 5 juin 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui accordait le droit à une orientation professionnelle afin de déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.

En annexe à un courrier adressé le 8 juin 2009 à l'OAI, l'avocat César Montalto, conseil de l'assurée, a produit une attestation médicale du 2 juin 2009 établie par le Dr E. _____ dont il ressort ce qui suit:

"Voici les renseignements complémentaires concernant la personne susnommée que j'ai revue à une occasion le 11.05.2009 après expertise au service médical régional de l'AI à Vevey.

L'état dépressif de la patiente déjà présent avant l'expertise s'est clairement aggravé (angoisse, insomnies), avec une personne déstabilisée, qui ne se sent pas du tout reconnue dans ses handicaps et qui doute fortement de l'objectivité.

D'autre part, Madame A. _____ ressent une exacerbation de son syndrome vertigineux depuis la sortie du service médical régional."

Le 15 juin 2009, la Dresse I. _____ du SMR, après un entretien avec le Dr K. _____ ainsi qu'une lecture attentive du rapport d'examen clinique du 8 mai 2009, a répondu en ces termes au conseil de l'assurée:

"- Le Dr K. _____ a procédé à un examen détaillé, fouillé, assimilé à celui d'une expertise. Il reconnaît avoir été insistant dans ses questions, ce qui témoigne pour nous de la qualité de son examen. D'après notre dossier, votre cliente n'a pas passé d'expertise auparavant. On peut raisonnablement penser qu'elle a interprété cette insistance comme de l'agressivité, voire comme une mise en doute de la véracité de ses plaintes. Notre collaborateur n'a cependant été ni agressif, ni arrogant.

- Le Dr K. _____ a effectivement montré des signes d'impatience lorsque Madame A. _____ lui a signifié qu'elle n'était pas capable de se déshabiller seule. Ça n'est cohérent ni avec son état de santé, ni avec le rapport pour l'AI de son spécialiste traitant qui précise qu'elle n'a pas besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

- Il est possible que notre collègue ait adopté momentanément une attitude que Madame A. _____ a pu interpréter comme de la nonchalance; lorsqu'il a observé la démarche de notre assurée, il s'est peut-être renversé en arrière sur sa chaise. Il n'a cependant pas mis les pieds sur la table.

- Il n'a pas pu mettre en doute les plaintes de votre cliente: tous les médecins qui ont examiné Madame A. _____ les mentionnent et le Dr K. _____ en fait une description précise dans son rapport d'examen."

Par un nouveau projet de décision du 4 mai 2010 remplaçant et annulant celui datant du 13 décembre 2007, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2006 au 31 décembre 2006, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue dès le 1^{er} octobre 2006. Ses constatations s'articulaient comme il suit:

"Résultat de nos constatations:

Depuis septembre 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- Par votre demande du 30 mars 2006, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises et notamment un examen clinique auprès du Service médical régional (SMR), il ressort que votre incapacité de travail est totale dans toute activité de septembre 2005 à septembre 2006 et de 50% dès le 1^{er} octobre 2006 dans votre activité d'ouvrière d'usine (démontage de composant électronique).

Toutefois, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles votre capacité de travail est de 75% dès le 1^{er} octobre 2006.

En date du 7 avril 2010, vous avez eu une entrevue avec un conseiller de notre division de réadaptation qui vous a proposé une formation pratique dans l'optique d'une activité manuelle légère.

Or, vous nous avez indiqué que vous ne vous estimiez pas en état de travailler ou d'entreprendre des mesures d'ordre professionnel en raison de votre état de santé. Nous allons donc procéder à une approche théorique de la capacité de gain.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 3'813.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 3'975.05 (CHF 3'813.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 47'700.63.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 35'775.47 par année.

[...]

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

que ces dernières ont déjà été largement prises en compte dans la détermination de la capacité de travail de 75%.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'197.90. Selon une jurisprudence du Tribunal Fédéral (I 758/03), lorsque l'assuré a exercé différentes activités à des taux irréguliers et pour des durées limitées, il est admissible d'utiliser les gains selon l'enquête sur la structure des salaires de l'Office Fédéral de la Statistique pour estimer le revenu sans invalidité. En l'occurrence, le revenu annuel brut moyen, sans atteinte à la santé, pour l'année 2006, est de CHF 49'569.00 (selon ESS, ligne « pour les services collectifs et personnels »).

Nous pouvons relever enfin que dans le cas présent, l'évaluation du degré d'invalidité doit être considérée comme très généreuse dans la mesure où le revenu sans invalidité de CHF 49'569.00 a été déterminé de manière théorique sur la base de l'ESS. Or, il convient de souligner que vous n'avez jamais réalisé un tel revenu durant votre passé professionnel.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:
sans invalidité CHF 49'569.00
avec invalidité CHF 0.00
La perte de gain s'élève à CHF 49'569.00 = un degré d'invalidité de 100%

• Dès le 1^{er} octobre 2006, votre capacité de travail peut être considérée à 75% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:
sans invalidité CHF 49'569.00
avec invalidité CHF 32'197.90
La perte de gain s'élève à CHF 17'371.10 = un degré d'invalidité de 35%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

L'assurée s'est déterminée le 16 juin 2010 sur le projet de décision de l'OAI du 4 mai 2010, sollicitant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire. Par motivation du 5 mai 2011 au conseil de l'assurée, l'OAI a fourni les explications suivantes s'agissant des contestations émises par celle-ci au sujet de l'examen clinique SMR du 5 mai 2009:

"En ce qui concerne l'attitude du Dr K. _____, fortement critiquée par votre cliente, nous vous renvoyons aux explications du médecin-chef du SMR.

Nous avons pris note du fait qu'elles ne vous paraissent pas convaincantes. Pour notre part au contraire, elles démontrent que le

médecin incriminé a agi conformément au mandat qui lui a été imparti, à savoir un mandat d'expertise, qu'il convient de distinguer, comme nous le verrons plus loin, d'un mandat thérapeutique. A cet égard, on relèvera en effet que ces deux types de mandat impliquent nécessairement une relation différente entre le médecin et la personne examinée. Il n'est ainsi pas rare que les personnes expertisées aient l'impression que l'expert ou l'examineur mette en doute leurs déclarations ou qu'il fasse preuve d'une certaine sévérité dans son attitude, au contraire du médecin « thérapeute », qui va faire généralement preuve d'empathie.

D'autre part, le fait de remettre en cause la pertinence de l'examen bidisciplinaire du SMR en raison de motifs formels liés à la Dresse O. _____ n'est aucunement fondé.

[...]

L'autorisation de pratiquer a été délivrée, sur demande de la direction du SMR, le 24 novembre 2006 (il s'agissait donc d'une formalité purement administrative), et la Dresse O. _____ a obtenu le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, délivré par la FMH, en 2009. Une simple recherche sur le site internet de la FMH permet de s'en assurer.

Vos arguments à l'encontre de cette spécialiste tombent donc totalement à faux.

[...]

D'un point de vue plus général, vous estimez que les conclusions des spécialistes du SMR doivent être remises en cause car elles vont à l'encontre de l'avis du Dr E. _____, généraliste et médecin traitant de votre cliente.

Là également nous ne pouvons suivre vos arguments.

[...]

En l'espèce, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions de l'examen clinique du SMR, lequel remplit selon nous tous les critères jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue (ATF 125 V 351 consid. 3a).

L'avis du SMR rejoint d'ailleurs parfaitement les conclusions des autres spécialistes qui ont été amenés à examiner votre cliente, à savoir le Dr B. _____ (rhumatologue) dans son rapport du 18 juin 2007 et le Dr V. _____ (neurochirurgien) dans son rapport du 5 décembre 2006.

Le Dr E. _____ ne met quant à lui en évidence aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'examen du SMR. Il se contente en effet de produire des certificats médicaux d'incapacité totale de travail, aucunement motivés, indiquant notamment que votre cliente nécessite une aide au ménage durant deux heures par semaine et qu'elle est incapable de suivre une mesure de reconversion professionnelle.

Ces certificats, non étayés par des constatations médicales objectives, ne sauraient par conséquent remettre en question les conclusions des spécialistes du SMR, lesquelles confirmaient en outre les avis d'autres spécialistes (rhumatologue et neurochirurgien).

Dès lors que les éléments versés au dossier sont suffisamment convaincants pour que nous puissions valablement nous prononcer sur la capacité de travail de votre cliente, il n'y a aucune raison de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale."

Par décision du 7 novembre 2011, l'OAI a alloué une rente entière à l'assurée du 1^{er} septembre au 31 décembre 2006, confirmant l'intégralité de son projet d'acceptation de rente du 4 mai 2010.

B. Par acte du 12 décembre 2011, A. _____ a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2006, cette rente n'étant pas supprimée au 31 décembre 2006. En substance, la recourante déplore le déroulement de l'examen clinique SMR rhumatologique et psychiatrique du 5 mai 2009 qui selon elle conduit à nier toute valeur probante au rapport d'examen SMR du 8 mai 2009. Elle se prévaut de l'avis de son médecin traitant, le Dr E. _____, et produit notamment une attestation médicale du 12 juin 2009 de ce dernier aux termes de laquelle sa capacité de travail serait nulle. Elle fait en outre valoir que la rente aurait à tout le moins dû lui être allouée jusqu'au 31 octobre 2006, vu qu'une incapacité de travail à 100% est reconnue d'avril à octobre 2006. Elle relève encore que de l'aveu du Dr K. _____ lui-même, sa capacité de travail a été estimée de manière théorique et a posteriori et que c'est à tort qu'un "véritable sentiment de détresse" n'a pas été retenu à l'issue de l'examen du SMR, relevant à cet égard que c'est en raison du mauvais déroulement dudit examen et de la présence de l'interprète que ce critère du trouble somatoforme douloureux n'a pu être retenu. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (somatique et psychiatrique) et l'audition en qualité de témoin de l'interprète ayant fonctionné à l'occasion de l'examen SMR du 5 mai 2009.

Le 20 décembre 2011, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 décembre 2011, Me César Montalto étant nommé avocat d'office.

Par réponse du 30 janvier 2012, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 22 février 2012, la recourante a fait savoir à l'autorité de céans qu'elle avait subi un examen le 2 février 2012 auprès du Service de neurologie du [...], dont elle attendait le résultat.

Le 27 avril 2012, la recourante a produit un rapport d'examen du 11 avril 2012 des Drs Z._____, professeur associé et U._____, médecin assistant du Service de neurologie du [...], dont il ressort que l'examen clinique et électrophysiologique du 2 février 2012 s'avère normal, sans déficits neurologiques particuliers.

Par duplique du 7 mai 2012, l'office intimé a relevé l'absence de nouveaux éléments médicaux ressortant des documents produits par la recourante.

Dans le délai imparti à cet effet, Me César Montalto a produit, le 31 mai 2012, la liste détaillée de ses opérations en la cause à compter du 12 décembre 2011.

E n d r o i t :

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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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).

b) Le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier pour la période postérieure au 31 décembre 2006.

3. a) En cas de changement des règles de droit matériel, la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 127 V 466 consid. 1 et 126 V 163 consid. 4); par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 362 consid. 1b).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 — partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) —, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente

prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449). L'art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 reprend à l'identique l'échelonnement des rentes précité.

c) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

d) L'assureur social - et le juge des assurances sociales, en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1, 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

e) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

f) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 506/2004 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi

que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TFA I 87/2006 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée).

4. La recourante conteste en substance disposer d'une capacité de travail résiduelle de 75% depuis octobre 2006 dans une activité adaptée, contrairement à ce que retient l'intimé dans la décision litigieuse. Elle se prévaut à cet égard de l'appréciation de son médecin traitant, le Dr E._____. Elle déplore en outre un mauvais déroulement de l'examen bidisciplinaire pratiqué le 5 mai 2009 auprès du SMR. Elle reproche au Dr K._____ d'avoir fait preuve d'agressivité à son encontre et d'avoir mis en doute la véracité de ses plaintes.

a) S'agissant de l'impartialité de l'expert, la jurisprudence exige des faits qui justifient objectivement la méfiance. Celle-ci ne saurait reposer sur le seul sentiment subjectif d'une partie; un tel sentiment ne peut être pris en considération que s'il est fondé sur des faits concrets et si ces derniers sont, en eux-mêmes, propres à justifier objectivement et raisonnablement un tel sentiment chez une personne réagissant normalement (cf. TF I 127/2006 du 6 février 2007, consid. 5.2).

Le 15 juin 2009, la Dresse I._____ du SMR, après s'en être entretenue avec le médecin concerné, a fourni des explications convaincantes sur le comportement adopté par le Dr K._____ au cours de son examen du 5 mai 2009. On ne voit pas en quoi l'attitude de ce dernier pourrait être de nature à jeter un doute sur son impartialité vis-à-vis de la recourante. On relève au contraire que le Dr K._____ a fait preuve d'insistance dans ses interrogations en adoptant un comportement

objectif et sans faire preuve ni d'agressivité ni d'arrogance. Il s'agit en définitive du comportement que l'on est en droit d'attendre d'un médecin examinateur du SMR au terme du mandat d'expertise qui lui est confié, sans que cela ne puisse ouvrir le flanc à la critique.

Quant à l'argument de la recourante visant à critiquer la valeur probante du rapport d'examen du SMR au motif que le Dr K. _____ a écrit en page 10 que les évaluations sont "purement théoriques, elles sont effectuées a posteriori sur la base des documents mis à disposition, de l'anamnèse fournie et de l'examen clinique réalisé au SMR", il ne peut être retenu. Sortie de son contexte, cette phrase ne permet pas de considérer que ce rapport n'est pas probant.

b) Au plan somatique, à la fin octobre 2005, le Dr B. _____, rhumatologue, pose les diagnostics de syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'hypovitaminose D3 et d'obésité, sans se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. Dans son rapport médical à l'OAI du 28 avril 2006, ce spécialiste retient une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée.

A la suite de l'intervention chirurgicale (discectomie et spondylodèse cervicale C5-C6 par voie intérieure avec cage peek) pratiquée le 28 avril 2006, la Dresse X. _____, neurochirurgienne, évalue pour sa part la capacité de travail résiduelle de la recourante à 50 % maximum en tant que femme de ménage et à 75 % dans une activité adaptée.

Dans son rapport médical du 18 juin 2007, le Dr B. _____ retient les diagnostics de syndrome polyalgique idiopathique diffus, de cervico-brachialgies droites récurrentes, de statut post-discectomie et spondylodèse C5-C6 en 2006 et de lombalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il évalue alors la capacité de travail raisonnablement exigible de la recourante à 60 % dans l'activité de ménagère et à 80-100 % dans une autre profession, avec la précision que son état de santé est stationnaire.

Dans leur rapport d'examen clinique SMR rhumatologique et psychiatrique du 8 mai 2009, les Drs I. _____, K. _____ et O. _____ retiennent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites chroniques (M54.42) (avec status après spondylodèse C5-C6 avec cage intersomatique et status après cure de canal carpien droit) et de lombo-pseudosciatalgies gauches sur trouble dégénératif mineur (M54.56). Ils concluent à une incapacité de travail de 100 % dans toute activité de septembre 2005 à septembre 2006 et de 75 % dès le 1^{er} octobre 2006 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 2,5 kg en ce qui concerne le membre supérieur droit de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 5 kg, pas de mouvement brusque en flexion-extension du rachis cervical ou de rotation droite-gauche, pas de position statique prolongée du rachis en flexion-extension ou en rotation, pas de position statique assise au-delà de 45 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout au minimum une fois par heure, pas d'activité au-delà de 60° d'antépulsion de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 90° des membres supérieurs, pas de position de porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, diminution du périmètre de marche à environ ½ heure à ¾ d'heure, pas de position statique debout-immobile au-delà de 5 à 10 minutes).

Finalement, seul le Dr E. _____ retient que la capacité de travail de sa patiente est nulle, respectivement de 10 à 20 %. Or, en sa qualité de médecin traitant, il convient d'apprécier son avis avec réserve, ce d'autant qu'il n'est pas spécialiste en rhumatologie.

Il apparaît ainsi que l'appréciation médicale émise par le Dr K. _____ au terme du rapport d'examen SMR du 8 mai 2009, qui retient une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une activité adaptée à compter du 1^{er} octobre 2006, est corroborée tant par les constatations de la Dresse X. _____ du 5 décembre 2006 que par celles du Dr B. _____. Dans la mesure où l'on dispose ici d'avis concordants émanant de spécialistes, il n'y a pas lieu de s'en distancer. On relève au demeurant que le rapport médical du 11 avril 2012 produit en cours de procédure par

la recourante atteste d'un examen clinique et électrophysiologique normal. Il convient ainsi de retenir qu'elle présente une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée.

c) Sur le plan psychiatrique, la Dresse O. _____ du SMR a posé, au terme de son examen clinique du 5 mai 2009, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'amplification verbale des plaintes et comportementale. Cette médecin s'est dit frappée par le comportement général de la recourante qu'elle qualifie de "théâtral". L'examen pratiqué n'a pourtant pas démontré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

Là encore, seul le Dr E. _____, dans une attestation du 2 juin 2009, mentionne une aggravation de l'état dépressif de la recourante, laquelle serait postérieure à l'examen de début mai au SMR. Or l'avis isolé de ce médecin, par ailleurs médecin traitant et généraliste, n'est pas suffisant en soi pour rediscuter le bien fondé de constatations cliniques émises par la spécialiste du SMR, le Dr E. _____ se limitant à fournir des observations non étayées par des constatations médicales objectives.

L'argument de la recourante selon lequel la psychiatre du SMR n'a pas pu retenir le «véritable sentiment de détresse» vu le déroulement de l'examen de mai 2009 et la présence d'un interprète n'est pas déterminant. Il ressort en effet des constats de la Dresse O. _____ que l'ensemble des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 3f supra) ne sont de toute manière pas remplis dans le cas particulier. Elle n'a ainsi pas mis en évidence de comorbidité importante par sa gravité, son acuité et sa durée, d'affections corporelles chroniques, de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, de perte d'intégration sociale

dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, ni d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. On relève pour le surplus que la recourante allègue avoir été déstabilisée et choquée à l'occasion de l'examen du SMR, son sentiment de détresse aurait dès lors dû être encore plus manifeste à cette occasion, alors que tel n'a pas été le cas. Ce moyen est donc infondé.

d) Le rapport d'examen SMR du 8 mai 2009 se fonde sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur les plaintes de la recourante et sur une anamnèse rigoureuse. L'examen et l'appréciation du cas sont présentés de manière claire et cohérente. Ce rapport d'examen emporte dès lors pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 3d supra.

Ainsi, avec les spécialistes du SMR, on retiendra qu'à partir du 1^{er} octobre 2006, la recourante a recouvré une capacité de travail raisonnablement exigible de 75 % dans toute activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le grief de la recourante selon lequel une rente aurait à tout le moins dû lui être allouée jusqu'à la fin du mois d'octobre 2006 n'est pas pertinent, dès lors que selon le rapport d'examen, probant, du SMR de mai 2009, elle présente une capacité de travail résiduelle de 75 % dès le mois d'octobre 2006 (et non pas dès le mois de novembre 2006). Par surabondance, il est ici le lieu de rappeler que la décision litigieuse a octroyé le droit à la rente entière jusqu'au 31 décembre 2006, de sorte que l'on peine à saisir le sens du grief exposé ci-avant (cf. art. 88a al. 1 RAI).

e) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une expertise bidisciplinaire (somatique et psychiatrique) ainsi qu'à l'audition en qualité de témoin de l'interprète ayant fonctionné lors de l'examen SMR du 5 mai

2009, de sorte que la requête formulée en ce sens par la recourante doit être rejetée par appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), 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 (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222

consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005, consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005, consid. 4.2.4).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010, consid. 3).

b) En l'espèce, il sied de relever d'emblée que la recourante ne conteste ni le revenu sans invalidité, ni le revenu d'invalide tels que retenus par l'OAI.

aa) S'agissant du calcul du revenu réalisable sans invalidité, au vu du rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 mars 2007, l'intimé a considéré, à raison, qu'il ne disposait pas de données suffisamment fiables pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce que la recourante aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant pour le calcul du droit à la rente (soit en 2006). Il

s'est ainsi fondé sur les données statistiques ESS. A cet égard, le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service, ligne "Autres services collectifs et personnels") s'élève en 2006 à 3'813 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4, p. 25). Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire moyen usuel dans les entreprises en 2006, soit 41,7 h. (La Vie économique, 12-2008, tableau B 9.2, p. 94), ce montant doit être porté à 3'975 fr. 05 ($[3'813 \text{ fr.} \times 41,7] / 40$), ce qui donne un revenu annuel brut réalisable en 2006 sans atteinte à la santé de 47'700 fr. 60 (et non 49'569 fr. comme retenu par l'intimé).

bb) Le revenu réalisable avec invalidité nécessite de tenir compte de la capacité de travail raisonnablement exigible de 75 % depuis octobre 2006 dans une activité adaptée (cf. consid. 4d supra), ce qui donne un salaire hypothétique statistique s'élevant ainsi à 35'775 fr. 45 ($47'700 \text{ fr.} 60 \times 75 / 100$).

La prise en compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans la réduction du revenu d'invalidé ressortant des statistiques, alors même qu'elles ont déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, est sans conséquence sur la réduction des salaires ressortant des statistiques. De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse

quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011).

L'abattement de 10 % retenu en l'espèce apparaît adéquat au vu de l'ensemble des limitations fonctionnelles d'ordre somatique dont est atteinte la recourante. Partant l'autorité administrative a fait un usage correct de son pouvoir d'appréciation sans qu'une autre solution n'apparaisse plus judicieuse.

Le revenu d'invalidé s'élève ainsi en définitive à 32'197 fr. 90 ($[35'775 \text{ fr. } 45 \times 90] / 100$).

Après comparaison entre le revenu hypothétique sans invalidité (47'700 fr. 60) et celui avec invalidité (32'197 fr. 90), il en résulte, dès le 1^{er} octobre 2006, une perte de gain s'élevant à 15'502 fr. 70 ($47'700 \text{ fr. } 60 - 32'197 \text{ fr. } 90$), d'où un degré d'invalidité de 32,5 % ($[15'502 \text{ fr. } 70 / 47'700 \text{ fr. } 60] \times 100$).

c) On constate en définitive qu'à compter du 1^{er} octobre 2006, passant de 100 % à 32,5 %, le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification notable justifiant la suppression d'office du droit à la rente entière pour l'avenir au 31 décembre 2006 (art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 1 RAI, cf. consid. 3e supra).

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI).

aa) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

bb) La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi. En l'occurrence, Me Montalto a produit le 31 mai 2012 la liste de ses opérations, correspondant à 15 heures et 42 minutes de travail. Cette liste a été contrôlée au regard de la procédure et doit être réduite pour les raisons qui suivent.

Il apparaît que Me Montalto était déjà intervenu pour contester le projet de décision de sorte qu'il connaissait le dossier, ce qui justifie la réduction du poste "étude du dossier". Par ailleurs, le temps consacré aux correspondances paraît excessif, de même que celui consacré à l'agendement des dossiers.

Cela étant, il y a lieu de retenir globalement une durée totale de 12 heures et 50 minutes de travail à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]). En tenant compte d'un taux de TVA de 8%, le montant des honoraires est de 2'494 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ceux-ci doivent être arrêtés à 31 fr., plus 2 fr. 50 de TVA (art. 2 al. 3 RAJ), soit 33 fr. 50. Le montant total de l'indemnité d'office s'élève donc à 2'528 fr. 30 (2'494 fr. 80 + 33 fr. 50), que l'on peut arrondir à 2'529 francs.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 7 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me César Montalto, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'529 fr. (deux mille cinq cent vingt-neuf francs).

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me César Montalto (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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 :