

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juillet 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Dessaux et M. Pittet
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Minh Son Nguyen, avocat
à Vevey,

et

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

Art. 6, 7, 8, 61 let. c LPGA ; 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, sans formation, est mariée et mère de trois enfants, nés respectivement en mai 1992, juillet 1995 et juin 2007. Le 10 août 2010, elle a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures pour réadaptation professionnelle) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Dans le cadre de cette demande, l'assurée a notamment indiqué avoir travaillé pour la société X._____, au centre [...], à 70% pour un salaire brut de 3'411 fr. par mois. Elle a précisé souffrir d'affections nerveuses et à la colonne vertébrale ainsi que de maux à la poitrine et au torse. Elle a au surplus mentionné avoir été en incapacité de travail à 100% pour cause de maladie du 31 janvier 2005 au 1^{er} avril 2007 puis du 1^{er} août 2008 au 1^{er} août 2010, son cas ayant été annoncé à la compagnie d'assurances assurances Z._____.

Le 8 mars 2008, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport à l'attention de cette assurance. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen à sévère, précisant que cette affection s'était manifestée trois ans auparavant avec une nette péjoration depuis novembre 2007. Il a estimé que l'assurée était en incapacité de travail à 100% depuis le 16 novembre 2007.

Le 19 mars 2008, le Service Médical [...], a transmis à l'OAI, pour le compte de la société X._____, une copie du dossier concernant l'assurée. Ce dossier contient notamment un rapport médical établi le 27 juin 2005 par la Dresse L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui pose chez l'assurée le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique et qui précise que le suivi a commencé en janvier 2005.

Le 23 août 2010, répondant à un questionnaire de l'OAI, l'assurée a déclaré que son taux d'activité serait de 70% si elle n'était pas atteinte dans sa santé et qu'elle travaillerait par nécessité financière dans une activité de [...]. Elle a précisé que son salaire de 3'411 fr. était versé treize fois l'an.

Le 26 août 2010, la société X._____ a rempli un questionnaire pour l'employeur à l'attention de l'OAI. Il en ressort que l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 31 juillet 2008 en raison de la fermeture du centre [...] de [...]. Au 1^{er} janvier 2008, le salaire de l'assurée était de 44'057 fr. par an ; l'assurée aurait gagné 45'610 fr. en 2010 sans atteinte à la santé dans son ancienne activité.

Dans un rapport médical du 1^{er} octobre 2010, le Dr W._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de :

- douleurs vertébrales chroniques récidivantes sur troubles statiques et dégénératifs existant depuis 2007,
- état anxieux chronique existant depuis 2007, et
- hypertension artérielle présente depuis 2010.

Au niveau de l'anamnèse, ce praticien a indiqué :

"Depuis 2004, lombalgies épisodiques, aggravées après son accouchement en juin 2007. Etat anxio-depressif fin 2007, traité pendant quelques mois chez le Dr T._____, psychiatre (...). N'arrive plus à assumer son travail de trieuse à la société X._____. Est licenciée fin juillet 2008 et au chômage depuis août 2008".

Ce médecin a en outre précisé qu'au niveau pronostic sa patiente n'arriverait plus à travailler à 100%, que le traitement consistait en du repos, la prise d'antalgiques et d'anxiolytiques ainsi qu'en des séances de physiothérapie épisodiques. Il a précisé que les restrictions physiques, mentales ou psychiques consistaient en des douleurs vertébrales aggravées par l'effort de manutention et les mouvements répétitifs de flexion-relèvement du corps ainsi qu'en un état anxieux. Il a

enfin considéré que d'un point de vue médical, l'activité exercée par sa patiente n'était plus exigible, que son rendement était réduit car elle n'arrivait plus à faire un travail de manutention, que les restrictions énumérées ne pouvaient être réduites par des mesures médicales et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

A la question de l'OAI "Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap?", le Dr W._____ a répondu que les activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant, nécessitant de travailler avec les bras au dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux ou nécessitant de monter sur une échelle ou un échafaudage ne pouvaient être exigées. A l'inverse, il a considéré que les activités uniquement en position assise ou dans différentes positions ou consistant à se pencher (occasionnellement) ou nécessitant des rotations en position assise ou debout, de monter des escaliers ou de soulever/porter des poids (limite 5 kg) étaient exigibles à temps partiel avec une performance de 50%. Il a précisé que la capacité de concentration de sa patiente était limitée par son état de fatigue chronique et son état anxieux, qu'il en allait de même de sa capacité d'adaptation pour les mêmes raisons, ainsi que de sa résistance au regard de ses douleurs vertébrales. Il a enfin préconisé que sa patiente ne fasse pas de manutention soutenue ni de mouvements répétés du dos et bénéficie d'une place de travail calme.

A son rapport, ce praticien a joint les documents suivants :

- un rapport médical du 29 avril 2008 du Dr S._____, spécialiste en radiologie, qui fait état de troubles statiques, sans pincement pour la colonne cervicale, et de suspicion de lyse isthmique de L4, sans pincement pour la colonne lombaire ;
- un rapport médical du 18 mai 2010 du Dr C._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, consulté pour des douleurs pectorales

gauches chroniques et une hypertension artérielle intermittente. Ce spécialiste a posé les diagnostics de (i) thoracodynies d'origine extra-cardiaque, (ii) régurgitation aortique centrale discrète, (iii) capacité d'effort conservée, sans ischémie démontrée et (iv) fatigue chronique. Au niveau de son appréciation du cas, ce médecin a écrit que :

"Le présent bilan cardiologique révèle une petite régurgitation aortique sur valve tricuspide, non remaniée avec bonne fonction biventriculaire à l'échographie de repos, sans anomalie ECG de base. L'ergométrie est largement incomplète en raison de l'épuisement de la patiente, doublement négative pour l'effort fourni, mais déclenchant en post effort une douleur de l'hémithorax, plutôt atypique et sans modification associée. Pour plus de sécurité, j'ai complété le bilan par une échocardiographie de stress pharmacologique qui s'est révélée triplement négative pour une ischémie myocardique, permettant raisonnablement d'écarter une maladie coronarienne à l'origine des symptômes" ;

- un rapport médical du 26 août 2010 de la Dresse I._____, spécialiste en radiologie, dont il ressort, après un CT-scan lombaire, que l'assurée présente une légère spondylose vertébrale et une légère discopathie de L4 à S1, sans autre pathologie.

Dans un rapport d'évaluation du 14 octobre 2010, un collaborateur de l'OAI, après avoir auditionné l'assurée le jour même, a écrit que cette dernière ne voulait pas participer à une démarche de réadaptation. A ce titre, ce collaborateur a estimé qu'aucune mesure d'insertion professionnelle ou mesure d'observation professionnelle n'était envisageable pour le moment et qu'une enquête ménagère était nécessaire.

Dans un avis médical du 16 novembre 2010, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a conclu que le dossier était en l'état insuffisant sur le plan médical et qu'il fallait prévoir un examen clinique psychiatrique et rhumatologique au SMR.

Le 7 janvier 2011, l'assurée a été examinée par les Drs R._____ et O._____, du SMR, respectivement spécialiste en

rhumatologie, médecine physique et rééducation et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Compte tenu en particulier du dossier médical de l'assurée, de l'anamnèse, de l'examen du status général, neurologique, ostéoarticulaire, psychiatrique, et de l'étude du dossier radiologique, ces spécialistes ont écrit ce qui suit dans leur rapport du 14 février 2011 :

"(...)

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
 - **AUCUN. Z 71.1**
- sans répercussion sur la capacité de travail
 - **RACHIALGIES COMMUNES, NON-IRRITATIVES NON-DÉFICITAIRES.**
 - **HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE.**
 - **TROUBLE ANXIEUX ET DÉPRESSIF MIXTE F 41.2**

APPRÉCIATION DU CAS

Lors de l'entretien, Mme X._____ décrit sa dernière activité professionnelle effectuée dans le [...] jusqu'en juillet 2008 : il s'agissait d'une activité physiquement légère, l'assurée triant [...] avec un port de charges maximum annoncé par l'assurée de 5 kg. Le poste de travail a été adapté déjà, il y a environ 5 ans, auparavant l'assurée triait [...].

Après avoir été licenciée, Mme X._____ s'est inscrite au chômage, elle a essayé de trouver un travail comme caissière, elle a également regardé comme employée dans l'assemblage de pièces électroniques. Elle n'a pas eu d'offres.

Mme X._____ décrit des rachialgies diffuses partant de la région cervico-dorsale et finissant dans la région dorso-lombaire, il n'y a pas d'irradiation de type radiculaire. Les symptômes sont de type mécanique. Son dos la gêne depuis une dizaine d'années, sans aggravation depuis une date précise, les symptômes sont toujours pareils, même depuis que l'assurée a arrêté son activité professionnelle. L'assurée fait la grande partie de son ménage, son mari l'aide pour faire les courses et parfois faire la cuisine. L'assurée ne décrit pas de troubles sensitivo-moteurs. Mme X._____ prend quotidiennement un traitement antalgique de paracétamol à doses modérées.

A l'anamnèse par système, il existe des symptômes orientant vers des somatisations multiples avec des vertiges non-systématisables, des douleurs rétro-sternales constantes, l'assurée prend également du Duspatalin® pour des difficultés à digérer.

L'examen montre une assurée en bon état de santé générale, avec un poids normal, elle n'a aucun comportement algique spontané, que ce soit au niveau de la nuque ou du rachis lombaire. L'assurée se déshabille et s'habille librement, elle fait ses transferts sans aucune difficulté, les mouvements automatiques de la nuque sont conservés.

L'hypertension artérielle est contrôlée sous traitement de Perindopril®, l'assurée n'a pas de signes d'insuffisance cardiaque. Elle n'a pas non plus de palpitations lors de l'examen.

Au niveau neurologique, nous n'avons pas de déficit de type radiculaire. L'assurée ne présente pas de vertiges lors de l'examen.

A l'examen articulaire périphérique, nous avons une hyper-extension des coudes asymptomatique, globalement le score de Beighton ne permet pas de retenir une hypermobilité articulaire généralisée. L'assurée a de discrets troubles statiques au niveau des genoux avec un genu varum, mais une mobilité complète, indolore, sans épanchement.

Au niveau du rachis, l'assurée a une attitude scoliotique dorsale à convexité G, lombaire à convexité D ; nous parlons d'attitude scoliotique car il n'y a pas de gibbosité persistante en flexion du tronc. Sur le plan sagittal, l'assurée a une augmentation de sa cyphose dorsale. La mobilité du rachis cervical est dans la limite des normes, douloureuse en rotation ddc, ainsi qu'en flexion- extension ; la palpation est douloureuse de façon bilatérale, tant au niveau du rachis cervical haut que bas, sans contracture. Nous excluons un syndrome rachidien au vu de la mobilité mesurée, et de la gestuelle spontanée.

La palpation du rachis dorsal haut et moyen est douloureuse, sans contracture, avec une mobilité normale à l'indice de Schober dorsal. Au niveau lombaire, l'assurée a une légère raideur en flexion, indolore, sans contracture. Il s'y associe des douleurs multi-étagées de L2 jusqu'au sacrum, sans prédominance segmentaire. Nous excluons également un syndrome rachidien lombaire. Il n'y a pas de sciatalgies et de cruralgies irritatives. Le score de Waddell est globalement négatif pour des signes de non-organicité (2/8 signes contre au minimum 3 attendus). Nous avons 6 points de Smythe positifs à la palpation des tissus mous, ce nombre de points est cependant insuffisant pour retenir une fibromyalgie.

La première radiographie du rachis cervical et lombaire à disposition date d'avril 2008, c'est-à-dire 3 mois avant le licenciement ; les minimes troubles dégénératifs visibles sont dans la limite des normes par rapport à la classe d'âge de l'assurée. Les espaces inter-somatiques tant au niveau cervical que lombaire sont conservés, il n'y a pas d'uncarthrose au niveau cervical susceptible de diminuer les trous de conjugaison ; nous avons un doute pour des troubles dégénératifs postérieurs en L5-S1. Le Ct-scan lombaire effectué 4 mois après, c'est-à-dire juste avant le licenciement, montre des protrusions circonférentielles banales sur les deux derniers étages et des troubles dégénératifs débutants également sur les deux derniers étages. Le Ct-scan permet d'exclure une hernie discale. Les troubles dégénératifs que présente l'assurée n'expliquent pas le ressenti

douloureux diffus au niveau du rachis. Globalement, l'assurée sous-estime ses capacités physiques, ceci dans un contexte d'anxiété, associé à d'autres somatisations (cardiaques et neurologiques).

Sur le plan psychiatrique, depuis l'adolescence, notre assurée présente une évolution dépressive accompagnée des troubles du sommeil et qui ont nécessité une prise en charge psychiatrique, il y a plus de 20 ans. Il n'y a pas eu d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ses douleurs chroniques, l'assurée développe en 2005 une symptomatologie anxio-dépressive, elle bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse L. _____ qui dans son rapport médical du 27.06.2005 retient le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique et atteste une capacité de travail à 40% dès juin 2005, à 50% dès août 2005. Dans son rapport médical du 05.09.2005, la Dresse L. _____ atteste une reprise professionnelle à 100%.

En 2007, après son troisième accouchement, l'assurée décrit une augmentation de ses douleurs chroniques, accompagnées d'une symptomatologie anxio-dépressive et selon le psychiatre-traitant, le Dr T. _____, dans son rapport médical du 08.03.2008, elle souffre d'un épisode dépressif, degré moyen à sévère et l'incapacité de travail est à 100% du 16.11.2007. Suite à une amélioration de son état, l'assurée arrête la prise en charge et le traitement médicamenteux en 2008 et dès août 2008, elle est prise en charge par l'assurance chômage jusqu'en juillet 2010. Le 11.08.2010, l'assurée fait une demande de prestations Al.

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, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte qui selon la CIM-10 est caractérisé par la présence à la fois de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Les sujets présentant cette association de symptômes, relativement mineurs, sont fréquemment rencontrés dans le cadre des soins de santé primaires. Le trouble anxieux et dépressif mixte ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

L'épisode dépressif moyen décrit par la Dresse L. _____ ou moyen à sévère décrit par le Dr T. _____ est en rémission complète.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie à caractère incapacitant et la capacité de

travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles

L'état de santé présenté par Mme X. _____ ne justifie pas de limitations fonctionnelles durables somatiques ni psychiatriques.

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

Il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable de ce taux. L'état de santé actuel de l'assurée est identique à celui d'avant le licenciement, l'entreprise ayant subi une restructuration. L'assurée présente des rachialgies communes, sans signes de gravité, ne permettant pas de retenir d'incapacité de travail dans le dernier poste décrit. Les rachialgies décrites en détail plus haut ne justifient pas de limitations fonctionnelles durables, on retiendra pour une femme de 40 ans, comme le conseille la SUVA, un port de charges d'au maximum 13 kg.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante de longue durée. La capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

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

Il est resté stationnaire.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète dans la dernière activité professionnelle réalisée par l'assurée, ainsi que dans toute activité professionnelle attribuable à une femme de 41 ans, sans formation professionnelle.

Comme facteur étranger intervenant dans la difficulté de l'assurée à retrouver un emploi, il existe une sous-estimation de l'assurée de ses capacités, une tendance aux somatisations multiples, la durée de l'inactivité professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ D'EMPLOYÉE A LA SOCIÉTÉ X. _____, CF. DESCRIPTIF DU POSTE FAIT PAR L'ASSURÉE : 100%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS : 1998, DATE DE L'ENGAGEMENT COMME EMPLOYÉE A LA SOCIÉTÉ X. _____."

Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 16 mai 2011, l'enquêtrice a proposé que le statut de l'assurée soit fixé à 100% active dès août 2011. Il ressort en effet de cette enquête que

l'assurée a déclaré qu'elle aurait travaillé dès cette date suite à la scolarisation de son dernier enfant.

Par projet de décision du 9 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande.

Par lettre du 1^{er} juillet 2011, l'assurée a demandé à l'OAI de reconsidérer sa position eu égard à son état de santé. Elle a produit un certificat médical du 21 juin 2011, établi par le Dr W._____, dans lequel ce praticien certifie que sa patiente souffre toujours d'un état anxio-dépressif avec des douleurs ostéo-articulaires persistantes au thorax et à la colonne vertébrale, de troubles du sommeil et d'un état de fatigue. Il précise également qu'elle doit continuer son traitement chez son médecin psychiatre et qu'elle reste pour l'instant en incapacité de travail.

Le 18 juillet 2011, la Dresse L._____ a adressé à l'OAI un rapport médical dont la teneur est la suivante :

"Je me permets de vous adresser ce courrier suite à la demande de Madame X._____ qui est venue me consulter le 6 juillet 2011 sur le conseil de son médecin de famille.

J'ai suivi cette patiente une première fois du 31 janvier 2005 au 25 novembre 2005 pendant une dizaine de séances. Je l'ai revue encore brièvement en 2006 et 2007, en tout peut-être six fois.

Les trois fois, je l'ai mis en arrêt maladie, avec chaque fois une récupération de la capacité de travail à 100% au terme du traitement.

Selon ses dires, ses ennuis de santé se seraient aggravés depuis le printemps 2007. Elle aurait été suivie pour cela par son médecin généraliste, le Dr W._____ qui a constaté un état anxio-dépressif et lui aurait prescrit du Cipralex. Elle s'annonce à l'AI en août 2010.

Lors de l'examen du 6 juillet 2011, et en dépit de l'aggravation anamnestique, je constate que l'état de santé de la patiente n'a pas évolué sur le plan psychiatrique. En effet, ce qui prédomine dans le tableau clinique depuis des années, ce sont des douleurs persistantes dans plusieurs articulations, ainsi que dans toute la colonne vertébrale accompagnées d'un sentiment de fatigue, des maux de tête, de vertiges et induisant clairement un vécu de détresse et d'impuissance face à ces phénomènes persistants.

Madame X._____ vit dans un contexte de situation économique précaire avec trois enfants à charge et un seul salaire (très

modeste), celui du mari. Elle-même a arrêté de travailler il y a près de quatre ans, suite au licenciement par la société X._____ suivi de deux tentatives malheureuses de reprise professionnelle dont l'une dans le domaine de la vente.

(...)

Madame X._____ dit vivre dans un important isolement social.

Elle est traitée pour une HTA et aurait présenté récemment un eczéma allergique. Le traitement anti-dépresseur a été arrêté encore en début 2011.

Mon diagnostic est celui d'un **Syndrome douloureux somatoforme persistant** dans un contexte social défavorable.

Pour apprécier sa capacité de travail actuelle, une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) pourrait être utile. Car les trois épisodes dépressifs que j'ai eus à traiter étaient dus, selon mon appréciation, à des conflits émotionnels et à une situation sociale pénible. J'ai, pour ma part, chaque fois attesté d'une capacité de travail de 100% au terme de la prise en charge psychiatrique.

Je n'ai plus revu Madame X._____ depuis 4 ans et une simple consultation ne me permet pas d'apprécier la situation différemment de ce que j'ai déjà fait dans mes certificats de 2005, 2006 et 2007 adressés respectivement aux médecins-conseils de la société X._____ et de Z._____ Assurances.

(...)"

Par avis SMR du 9 août 2011, le Dr F._____ s'est exprimé en ces termes :

"Cet avis fait suite à l'avis médical SMR du 16.11.2010, au rapport SMR du 28 et surtout à l'examen clinique SMR rhumatopsychiatrique du 7.01.2011.

L'assurée, dans sa lettre du 1.07.2011, conteste la décision et un rapport médical du 18.07.2011 de la Dresse L._____, psychiatre à [...], mentionne que sa patiente présente des douleurs articulaires, une fatigue, des maux de tête et des vertiges et elle porte le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle décrit une situation précaire car l'assurée a été licenciée de la société X._____, de plus son père est décédé brusquement en 2010 à l'âge de 81 ans.

Son médecin, le Dr W._____, a constaté un état anxio-dépressif et lui aurait prescrit du Cipralex®, le traitement antidépresseur a été arrêté début 2011. La Dresse L._____ signale qu'elle a déjà eu à traiter chez sa patiente 3 épisodes dépressifs en 2005, 2006 et 2007 qui étaient dus à des conflits émotionnels ainsi qu'à une situation sociale pénible.

La Dresse L._____ préconise une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, ce qui a été fait puisque l'assurée a bénéficié d'un examen clinique bidisciplinaire au SMR en janvier 2011. Les diagnostics retenus sont des rachialgies communes, non irritatives, non déficitaires, une hypertension artérielle traitée, des troubles anxieux et dépressifs mixtes. Il n'y a pas de répercussions sur la capacité de travail.

L'examen psychiatrique notamment n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée. Il n'y a pas de syndrome douloureux somatoforme incapacitant, pas de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal.

En conclusion, l'examen clinique bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique de janvier 2011 est convaincant et la capacité de travail est de 100% depuis 1998, date de l'engagement comme employée à la société X._____."

Par décision du 17 novembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée motif pris que selon le rapport d'examen psychiatrique et rhumatologique effectué le 7 janvier 2011 par le SMR, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail et de gain restait entière dans son activité habituelle auprès de la société X._____.

B. Par acte du 4 janvier 2012, X._____ a formé un recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, Me Minh Son Nguyen. Elle conclut à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, le taux devant être précisé au moyen d'une expertise médicale bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, expertise dont elle requiert la mise en œuvre.

A l'appui de ses conclusions, la recourante produit le certificat médical établi le 21 juin 2011 par le Dr W._____, ainsi que le rapport médical du 18 juillet 2011 établi par la Dresse L._____, tous deux déjà produits devant l'autorité intimée.

Au vu des deux certificats médicaux précités, la recourante fait valoir que l'expertise réalisée par le SMR est lacunaire, donc viciée. Elle considère en substance que la fiabilité et la pertinence des constatations qui ont été faites doivent être remises en doute, ce qui justifie une nouvelle expertise médicale sur le plan psychiatrique et rhumatologique.

Par réponse du 19 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que le rapport de Dresse L. _____ du 18 juillet 2011 a déjà été produit lors de la procédure d'audition et que selon l'avis du SMR du 9 août 2011, aucun élément sérieux n'est amené qui jetterait un doute sérieux sur les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire effectué par ce service le 7 janvier 2011. Quant au certificat du Dr W. _____ du 21 juin 2011, l'OAI considère qu'il n'amène aucun élément nouveau. En dernier lieu, l'OAI relève qu'il n'est pas fait état d'une aggravation durable de la situation de la recourante depuis janvier 2011.

Par réplique du 18 juin 2012, la recourante a renouvelé sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de sa requête, elle produit en outre les certificats médicaux suivants :

- un rapport médical de la Dresse L. _____ du 12 mai 2012 dans lequel cette praticienne explique n'avoir revu sa patiente qu'à 4 reprises depuis son rapport du 18 juillet 2011, à raison d'une séance tous les deux mois et que celle-ci n'est plus revenue après le 14 novembre 2011. Elle précise que sa patiente ne s'est à nouveau manifestée que peu de temps avant la fin de son délai de recours fixé au 16 mai 2012. Du point de vue psychiatrique, cette doctoresse considère que la situation de la recourante n'a pas changé et qu'il n'y a pas d'élément nouveau qu'elle puisse faire valoir depuis son dernier rapport, les diagnostics restant les mêmes. Elle précise que si la recourante et son conseil estiment qu'un recours contre la décision de l'OAI garde tout son sens, une expertise psychiatrique, effectuée par un spécialiste au sein d'un centre pluridisciplinaire agréé, mériterait d'être considérée.
- un rapport médical du 12 juin 2012 établi par le Dr W. _____ dans lequel ce médecin indique que sa patiente souffre depuis 2004 de douleurs lombaires épisodiques sur troubles dégénératifs (spondylarthrose, discopathie) de la colonne, douleurs qui se sont aggravées après son accouchement en 2007 et sont devenues persistantes par la suite. Il précise qu'un état dépressif s'est installé

progressivement peu de temps après. Ce praticien souligne que malgré les différentes thérapies appliquées (antalgiques, anti-inflammatoire, physiothérapie, anxiolytique, antidépresseur, soutien psychologique), son état ne s'améliore guère. Il écrit enfin que sa patiente souffre toujours de douleurs ostéo-articulaires à la colonne vertébrale, particulièrement au niveau lombaire, avec un état dépressif chronique, de troubles du sommeil et d'un état de fatigue. Il confirme au surplus qu'une activité professionnelle, même adaptée, n'est pas possible en l'état.

Par duplique du 5 juillet 2012, l'OAI a confirmé sa position et produit un avis établi le 28 juin 2012 par les Dr F. _____ et P. _____, médecins SMR, auquel il déclare se rallier. Il ressort de cet avis ce qui suit :

"Cet avis médical fait suite à l'avis SMR du 09.08.2011 et surtout à l'examen clinique SMR rhumatologique et psychiatrique du 07.01.2011.

Notre assurée et son avocat, Me Minh Son Nguyen, font recours en mars 2012 contre la décision de l'AI du 17.11.2011, en produisant :

1) Sur le plan somatique, un rapport médical du Dr W. _____, du 12.06.2012, qui mentionne que notre assurée a des lombalgies sur troubles dégénératifs depuis 2004, aggravées par l'accouchement de 2007. Un état dépressif s'est installé par la suite.

(...)

Le Dr R. _____, dans son examen clinique rhumatologique au SMR, en janvier 2011, retenait aussi les rachialgies communes, non irritatives, non déficitaires.

Le scanner pratiqué en août 2010 objectivait des troubles dégénératifs banals pour l'âge de l'assurée.

Il n'y a pas d'éléments objectifs nouveaux, dans la lettre du Dr W. _____.

Sur le plan somatique, la capacité de travail retenue par l'expert était de 100%.

2) L'assurée et son avocat produisent également une lettre de la Dresse L. _____, psychiatre, du 12.05.2012, qui a vu notre assurée car elle avait sollicité un rendez-vous d'urgence à sa consultation, parce que le délai pour son recours avait été fixé au 16.05.

(...) Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'élément nouveau par rapport au dernier rapport de juillet 2011.

Si l'on reprend la lettre de la Dresse L. _____ du 18.07.2011, elle mentionne avoir vu notre assurée en 2005, 2006 et 2007 et elle a eu des arrêts de travail transitoires, avec à chaque fois une récupération de la capacité de travail à 100% au terme du traitement. Elle mentionne également que les trois épisodes dépressifs qu'elle a eu à traiter étaient dus à des conflits émotionnels et à une situation sociale pénible.

Elle écrit que l'état de sa patiente n'avait pas évolué sur le plan psychiatrique et elle porte le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qui n'avait pas été retenu par les experts.

La Dresse O. _____, dans son examen clinique SMR de janvier 2011, avait bien noté qu'il y avait eu un épisode dépressif moyen en 2005 avec reprise d'une activité professionnelle à 100 %, puis une symptomatologie anxio-dépressive en 2007 avec, par la suite, amélioration de son état. L'examen clinique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété générale, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Le trouble somatoforme douloureux évoqué par la Dresse L. _____, ne serait de toute façon pas incapacitant, car il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste, pas de perte d'intégration sociale (il est noté page 5 de l'examen SMR de janvier 2011 que l'assurée a une vie sociale normale, et voit des amis et connaissances).

En résumé, nous suivons les conclusions de l'examen clinique SMR bidisciplinaire de janvier 2011, qui est fouillé et convaincant, et les lettres récentes ne montrent pas de nouveauté."

Par courrier du 3 mai 2013 aux parties, le juge instructeur les a informées que la cause paraissait en l'état d'être jugée, que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne semblait pas nécessaire, que la requête présentée dans ce sens par la recourante était donc rejetée à ce stade de la procédure, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves et que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait notifié dès que la charge du Tribunal le permettrait.

Les parties n'ont pas fait de nouvelles réquisitions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la 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 (art. 69 al.1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des feries de l'art. 38 al. 4 let c. LPGA auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus spécifiquement sur l'évaluation de sa capacité de travail en raison de son état de santé.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles

(art. 7 al. 1 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.

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement d'après l'état de santé, des facteurs externes fortuits n'ayant pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références citées).

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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente si son taux d'invalidité atteint 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 pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

c) Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, 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. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les arrêts cités, I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références citées, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469). Il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Ainsi, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve.

d) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties ; il administre les preuves et les apprécie librement.

Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

4. a) En l'espèce, l'OAI a considéré, en faisant siennes les conclusions du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 14 février 2011, que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail et de gain restait entière dans son activité habituelle, ce qui justifiait le refus de toute prestation d'invalidité. La recourante estime pour sa part que l'appréciation médicale des Drs W._____ et L._____, qu'elle juge probante, est en contradiction avec l'appréciation des Drs R._____ et O._____. Elle affirme ainsi qu'il subsisterait des doutes sur la fiabilité et les conclusions du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR.

b) Il est utile de rappeler que le SMR a décidé, après avoir pris connaissance du dossier médical de la recourante, qu'un examen bidisciplinaire par des médecins du SMR était nécessaire pour le compléter, son contenu étant jugé insuffisant pour se prononcer sur le cas. C'est dans ce contexte que les Drs R._____ et O._____ ont procédé à l'examen clinique de la recourante le 7 janvier 2011.

Leur rapport du 14 février suivant contient une anamnèse détaillée (antécédents familiaux, anamnèse professionnelle, antécédents personnels, anamnèse psychosociale, psychiatrique et par système). Il énumère les plaintes émises par la recourante et retranscrit la description que celle-ci a donnée de sa vie quotidienne avant d'exposer les status somatique et psychiatrique ainsi que les diagnostics que leurs constatations et leur analyse les ont conduits à retenir.

c) Dans l'appréciation du cas sur le plan somatique, les Drs R._____ et O._____ retiennent en particulier le diagnostic de rachialgies communes, non-irritatives et non-déficitaires. Ils estiment que ces rachialgies, sans signe de gravité, ne permettent pas de retenir d'incapacité de travail et ne justifient pas de limitations fonctionnelles durables sous réserve de celles - naturelles - liées à l'âge de la recourante.

Pour arriver à ces conclusions, ces praticiens expliquent tout d'abord que leur examen démontre un bon état de santé général chez la recourante. Il soulignent qu'il existe des symptômes orientant vers des somatisations multiples avec des vertiges non-systématisables, une hypertension artérielle contrôlée, aucun signe d'insuffisance cardiaque ni de déficit de type radiculaire au niveau neurologique. Ils relèvent également que la recourante a de discrets troubles statiques au niveau des genoux avec un *genum varum*, mais dispose d'une mobilité complète, indolore, sans épanchement.

En ce qui concerne les rachis, ces médecins constatent que la mobilité du rachis cervical est dans la limite des normes même si elle douloureuse en rotation des deux côtés, ainsi qu'en flexion-extension et à la palpation de façon bilatérale mais sans contracture (rachis cervical haut et bas). Ils estiment qu'un syndrome rachidien est exclu au vu de la mobilité mesurée et de la gestuelle spontanée. Ces praticiens déclarent en outre que la palpation du rachis dorsal haut et moyen est douloureuse, sans contracture, avec une mobilité normale à l'indice de Schober dorsal. Ils précisent qu'au niveau lombaire, la recourante a une légère raideur en flexion, indolore, sans contracture, associée à des douleurs multi-étagées de L2 jusqu'au sacrum, sans prédominance segmentaire. Ainsi, tout syndrome rachidien lombaire est exclu. Ils constatent qu'il n'y a pas de sciatalgies et de cruralgies irritatives, que le score de Waddell est globalement négatif pour des signes de non-organicité et qu'il n'est pas possible de retenir le diagnostic de fibromyalgie, le nombre de points de Smythe positifs à la palpation des tissus mous étant insuffisant.

Sur la base du dossier radiologique, les médecins du SMR constatent de minimes troubles dégénératifs mais dans la limite des normes par rapport à la classe d'âge de la recourante. A leurs yeux, les espaces inter-somatiques tant au niveau cervical que lombaire sont conservés. De plus, il n'y a pas d'uncarthrose au niveau cervical susceptible de diminuer les trous de conjugaison. Ils relèvent l'existence des protrusions circonférentielles banales sur les deux derniers étages et des troubles dégénératifs débutants également sur les deux derniers

étages mais excluent une hernie discale. Finalement, ces praticiens estiment que les troubles dégénératifs que présente la recourante n'expliquent pas le ressenti douloureux diffus au niveau du rachis et que cette dernière sous-estime ses capacités physiques, ceci dans un contexte d'anxiété, associé à d'autres somatisations (cardiaques et neurologiques).

d) Sur le plan psychiatrique, ces médecins ont retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte caractérisé par la présence à la fois de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. A l'appui du diagnostic posé, les Drs R._____ et O._____ expliquent que leur 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, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Ils ajoutent que les troubles psychiatriques signalés entre 2005 et 2008 par les Drs L._____ et T._____ sont en rémission complète. Au surplus, ils écartent le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, estimant que les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

e) Au vu des éléments indiqués ci-dessus, il faut admettre que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'avis des Drs R._____ et O._____ a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels. Leurs conclusions, soigneusement motivées, reposent sur l'examen clinique de l'assurée, tiennent compte de ses plaintes, de l'étude de son dossier médical et de l'anamnèse et sont convaincantes.

f) Pour le surplus, les avis médicaux des Drs W._____ et L._____ ne sauraient se voir reconnaître une force probante suffisante pour mettre en doute les constatations des Drs R._____ et O._____.

fa) Sur le plan somatique, dans son rapport du 1^{er} octobre 2010, le Dr W._____ estime pour l'essentiel que sa patiente n'est plus

en mesure de travailler à 100% en raison de ses douleurs vertébrales chroniques récidivantes (sur troubles statiques et dégénératifs) et de son état anxieux, considérant pour le surplus que son activité habituel de [...] au sein de la société X. _____ n'est plus exigible. Il précise que dans une activité adaptée, le rendement de la recourante serait réduit de 50%. Dans le cadre de son certificat médical du 12 juin 2011, ce praticien reprend pour l'essentiel son appréciation précédente en indiquant que sa patiente souffre toujours d'un état anxio-dépressif avec des douleurs ostéo-articulaires persistantes au thorax et à la colonne vertébrale, de troubles du sommeil et d'un état de fatigue. Dans son rapport du 12 juin 2012, il explique que sa patiente présente des douleurs lombaires sur troubles dégénératifs (spondylarthrosie et discopathie) de la colonne devenues persistantes depuis juin 2007 et que son état ne s'améliore guère malgré les traitements mis en place. Pour le surplus, il reprend les termes de son certificat médical du 21 juin 2011.

La Cour de céans relève que les rapports établis par le Dr W. _____ ne sont pas suffisamment complets et motivés pour mettre en doute les constatations et conclusions des médecins du SMR bien plus étayées. En effet, les constatations cliniques posées par ce médecin ne sont pas décrites ou très sommairement et l'étiologie des troubles n'est pas exposée clairement. En outre, ce praticien n'explique pas pour quelles raisons les douleurs lombaires, pour autant qu'elles soient d'origine somatique, revêtiraient une telle intensité qu'elles entraîneraient les conséquences décrites sur la capacité de travail de la recourante que ce dernier atteste.

On relèvera par surcroît que les autres rapports médicaux au dossier, à savoir ceux des Drs S. _____, C. _____ et I. _____, n'apportent aucun élément qui viendrait contredire les avis des médecins du SMR. A l'inverse, convient-il de constater que les informations que ces rapports renferment vont clairement dans le sens d'une symptomatologie somatique non-invalidante.

fb) Sur le plan psychiatrique, la Dresse L._____, dans son rapport du 27 juin 2005, fournit également des explications relativement sommaires et peu motivées. A l'époque, entre 2005 et 2007, elle explique avoir mis la recourante en arrêt de travail à trois reprises. Pourtant à chaque fois, cette dernière a pu reprendre son activité à 100% à la fin du traitement. Aucune consultation n'est à signaler pendant 4 ans, soit jusqu'en juillet 2011. Dans son rapport du 18 juillet 2011, cette spécialiste se contente de poser comme unique diagnostic celui de trouble douloureux somatoforme persistant tout en indiquant qu'elle n'est pas à même d'évaluer correctement la situation de sa patiente après une seule consultation et sans l'avoir revue depuis des années. Dans son rapport du 12 mai 2012, elle indique ne rien avoir de nouveau à ajouter. On constatera que dans aucun de ses deux derniers rapports, cette spécialiste n'atteste elle-même d'une incapacité de travail et qu'elle préconise que la recourante soit soumise à une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique. Or, cet examen bidisciplinaire a été réalisé le 7 janvier 2011 par les médecins du SMR.

Quant au rapport du Dr T._____ du 8 mars 2008, il est également trop sommaire pour justifier une nouvelle expertise après celle, probante, de Drs R._____ et O._____.

Au regard de ce qui précède, le dossier est suffisamment complet pour permettre de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction et en particulier d'ordonner la nouvelle expertise médicale rhumatologique et psychiatrique, demandée par la recourante, laquelle n'apporterait pas d'élément déterminant dans le sens de ses allégations. Il convient par conséquent de rejeter sa demande d'expertise pluridisciplinaire.

d) En définitive, la Cour de céans considère, sur la base du rapport du SMR du 14 février 2011, que la recourante ne souffre d'aucune pathologie somatique ou psychiatrique invalidante.

5. 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 ; 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 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 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 mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Minh Son Nguyen, avocat (pour X. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :