

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 avril 2014

---

Présidence de        Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :        M.     Neu et Mme Pasche  
Greffier     :        M.     Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Cugy, recourante, représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA ; 28a al. 3 LAI et 27bis RAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, ressortissante israélienne en Suisse depuis 2007 et titulaire d'un permis « B », a travaillé de mars 2007 jusqu'en septembre 2009 en tant qu'assistante de direction (au taux de 60 %) au sein de l'entreprise T.\_\_\_\_\_ SA, sise à [...]. Le 22 septembre 2011, elle a déposé une demande de prestations AI en indiquant se trouver en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 juin 2011 en raison de « douleurs dorsales insupportables », depuis sa seconde grossesse datant de 2008.

Dans le formulaire intitulé « Détermination du statut » complété le 14 octobre 2011, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% depuis avril 2011 dans le domaine de l'architecture pour des motifs d'intérêt personnel et financiers.

Dans un rapport médical du 17 octobre 2011, les Drs N.\_\_\_\_\_, et L.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en neurochirurgie au Centre de la Douleur [...], ont posé les diagnostics suivants :

14.01.2011	Diagnostic	Lombalgies. Insuffisance segmentaire L4-L5.
	Opération	Blocs facettaires L4-L5 bilatéraux sous guidage radioscopique.
11.03.2011	Diagnostic	Lombalgies. Insuffisance segmentaire L5-S1.
	Opération	Blocs facettaires L5-S1 bilatéraux sous guidage radioscopique.
13.05.2011	Diagnostic	Lombalgies. Insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1.
	Opération	Blocs facettaires L4-L5 et L5-S1 bilatéraux sous guidage radioscopique.
01.09.2011	Diagnostic	Insuffisance segmentaire L4-L5. Sténose dynamique L4.
	Opération	Stabilisation dynamique L4-L5 avec plastie interépineuse (Aperius)."

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : position assise continue et position debout statique limitées à 1h., changements de position fréquents souhaitables, position en porte-à-faux à éviter, port de charges limité à 10 kilos et rotations bassin/épaules à éviter. Ces spécialistes estimaient la capacité de travail résiduelle à 25 % dans la profession d'architecte indépendante, en précisant qu'il était alors encore trop tôt pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail à long terme.

Des documents transmis le 17 octobre 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par l'assurée, il en ressort notamment que cette dernière a obtenu, en 2001, un diplôme de bachelor en architecture délivré par l'université du pays de Galles.

Selon un extrait du compte individuel (CI) du 20 octobre 2011, l'assurée a réalisé, pour la période de janvier à décembre 2009, dans son dernier emploi auprès de la société T. \_\_\_\_\_ SA, un revenu annuel brut soumis à cotisations AVS de 48'046 francs (35'640 fr. + 3'500 fr. + 5'548 fr. + 3'358 fr.)

A l'occasion d'un rapport d'entretien initial du 24 octobre 2011 au domicile de l'assurée, il a notamment été relevé les renseignements suivants en lien avec la demande déposée par l'intéressée :

"[...]

2. Préambule, analyse de la demande

L'assurée travaillait comme architecte en Israël. A obtenu un bachelor reconnu par les accords de Bologne. N'a jamais travaillé sur le territoire suisse dans cette profession.

A travaillé comme assistante de direction pour une entreprise internationale ayant fait faillite en 2009. L'assurée est arrivée sur le territoire Suisse en 2007. En 2009, elle accouche de son deuxième enfant. N'a plus travaillé depuis cette date. Son taux de travail habituel était de 60 %."

Par communication du 3 novembre 2011, l'Office AI a informé l'assurée que compte tenu de son état de santé aucune mesure de réadaptation professionnelle ne pouvait alors être envisagée.

Dans un rapport du 2 décembre 2011, la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1 et d'épisode dépressif réactionnel (depuis 1990 environ). Ce médecin indiquait que sa patiente semblait souffrir depuis l'âge de 16 ans de lombalgies qui s'étaient exacerbées lors de sa seconde grossesse en 2009. Le traitement prodigué consistait en de la physiothérapie combinée avec la prise de médicaments. Du point de vue médical, la Dresse G.\_\_\_\_\_ était d'avis que l'activité exercée n'était plus exigible de la part de l'assurée, sans que des mesures de réadaptation professionnelle n'apparaissent indiquées. Etaient joints, les pièces et documents médicaux suivants :

- Un Protocole opératoire établi le 16 mai 2011 par le Dr N.\_\_\_\_\_ à la suite d'une intervention chirurgicale pratiquée le 13 mai 2011 (blocs facettaires L4-L5 et L5-S1 bilatéraux sous guidage radioscopique) en raison de lombalgies résistant au traitement conservateur aux niveaux L4-L5 et L5-S1. Il y était mentionné une opération sans complications avec un status neurologique post-opératoire immédiat inchangé.
- Une lettre du 23 août 2011 adressée à la Dresse G.\_\_\_\_\_ par le Dr N.\_\_\_\_\_, dont il résultait que l'insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1 dont souffrait l'assurée n'avait pas pu être résolue par les traitements conservateurs et les blocs facettaires mis en place. Seule une stabilisation dynamique interépineuse, d'abord au niveau L4-L5 uniquement, paraissait indiquée avec un risque minimal pour l'assurée.
- Un document intitulé « Information patient - Stabilisation dynamique (Aperius) » établi par le corps médical du Centre de la Douleur [...] en relation avec une telle intervention pratiquée sur l'assurée en date du 1<sup>er</sup> septembre 2011 par le Dr N.\_\_\_\_\_.

Au terme d'un rapport du 1<sup>er</sup> février 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_ a précisé à l'OAI que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient les

suivantes : port de charges limité à 5 kilos, position assise continue limitée à 1h. ou 2h. (selon les jours), position debout statique limitée à 1h., changements de position fréquents souhaitables, position en porte-à-faux à éviter et rotations bassin/épaules à éviter. S'agissant de la capacité de travail résiduelle dans la profession d'architecte indépendante, le Dr N. \_\_\_\_\_ l'estimait à 25 % en indiquant néanmoins qu'un examen par le médecin-conseil de l'AI lui paraissait indispensable.

Dans son rapport complémentaire du 6 février 2012, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a répondu comme il suit aux questions qui lui étaient posées par l'Office AI :

"[1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de votre patiente depuis votre dernier rapport médical du 2 décembre 2011 ?]

Après une brève diminution des douleurs lombaires sous traitement, réapparition et exacerbation de celles-ci sans changement de traitement. Apparition d'importantes nuchalgies pendant 5 jours obligeant la patiente à dormir assise.

Péjoration de l'état dépressif avec pleurs fréquents, sentiment de culpabilité augmenté, perte d'entrain, irritabilité et fringales.

[2. Quelles sont les limitations à tenir en compte ?]

Voir rapport Dr N. \_\_\_\_\_.

[3. Quelle est la capacité de travail dans son activité habituelle et depuis quand ?]

Capacité de travail de 0%. Voir rapport 2.12.11.

[4. Si l'activité habituelle n'est pas adaptée, qu'elle est la capacité de travail dans une activité adaptée et depuis quand ?]

Pour le moment aucune activité, même adaptée, n'est envisageable au vu de l'état physique et psychique actuel de Madame."

A l'occasion d'un avis du 28 mars 2012, les Drs P. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ont constaté la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assurée compte tenu d'une part, de l'insuffisance des renseignements médicaux et d'autre part, de l'absence d'imagerie médicale au dossier.

A l'occasion d'un rapport CT-scan du 25 avril 2012 de la colonne lombaire de l'assurée, le Prof. B.\_\_\_\_\_, radiologue à l'Institut de radiologie de la Clinique [...] à [...], a décrit un status après mise en place d'un dispositif interépineux L4-L5, sans évidence de pincement discal et sans hypermobilité disco-vertébrale. Le dispositif interépineux en question se trouvait en place sans modification de sa position. Il n'y avait en outre pas d'hypermobilité ou de signe d'instabilité à la flexion-extension.

A la suite d'une IRM lombaire de l'assurée du 24 avril 2012, dans son rapport du 25 avril 2012, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a constaté ce qui suit :

"Pas d'anomalie disco-vertébrale de D10 à L3.

En L3-L4, on retrouve une très discrète dessiccation discale mais sans protrusion ni signe de conflit disco-radiculaire. Pas de signe de micro instabilité aiguë ou chronique. Pas d'arthrose interapophysaire postérieure significative.

En L4-L5, on note une discopathie dégénérative grade Pfirmann III sans protrusion discale significative. Pas de conflit disco-radiculaire visible. Présence d'une importante inflammation facettaire prédominant du côté gauche et s'étendant en péri-radiculaire au niveau du foramen intervertébral du côté gauche le long de la racine L4 gauche. On retrouve le dispositif interépineux postérieur L4-L5 qui ne semble pas avoir bougé et qui ne présente pas de signe de complication. Pas d'anomalie dans les parties molles adjacentes.

Au niveau L5-S1, on retrouve une discrète discopathie pincée grade Pfirmann IV sans protrusion discale ni signe de conflit disco-radiculaire. Pas d'inflammation ou d'arthrose significative interfacettaire postérieure.

La trophicité musculaire des muscles lombaire est excellente. Les longissimus ne présentent que de très discrets signes d'infiltration graisseuse prédominant en L5-S1. Au niveau des multifidus, la trophicité musculaire est excellente sauf au niveau de L4-L5 où l'on note une infiltration graisseuse de cette loge musculaire. Il n'y a pas d'anomalie en périphérie de la colonne pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente."

A la suite d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée pratiqué en date du 10 juillet 2012, dans leur rapport d'examen SMR du 5 septembre 2012, les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, se sont exprimés en ces termes sur l'état de santé de l'examinée :

## “DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
- Lombalgies chroniques M54.5.
- Troubles dégénératifs débutants.
  - o Troubles statiques avec déconditionnement musculaire et involutions graisseuses au niveau de la musculature posturale.
  - o Status après stabilisation dynamique L4-L5 par plastie interépineuse (septembre 2011).
- sans répercussion sur la capacité de travail
- Surcharge pondérale avec pré-obésité.
- Déconditionnement musculaire global et focal avec dysbalance.
- Eléments de non organicité selon Waddell et présence de 14 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie.
- Trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée F43.21.
- Trouble somatoforme indifférencié F45.1.

## APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une jeune assurée âgée de 38 ans, d'origine israélienne, diplômée en architecture, en Suisse depuis février 2007. Une demande de prestations AI est déposée le 22.09.2011 dans un contexte de lombopygialgies chroniques évoluant depuis sa deuxième grossesse, avec accouchement par césarienne au mois de janvier 2009. Vu une évolution insatisfaisante sous traitement conservateur, un traitement chirurgical, sous la forme d'une stabilisation dynamique interépineuse est pratiquée par le Dr N.\_\_\_\_\_ le 01.09.2011. L'évolution post opératoire est marquée par la persistance d'une symptomatologie douloureuse invalidante. Ce praticien évalue la capacité de travail résiduelle à 25% dans une activité adaptée, tout en nous décrivant que l'état de santé de l'assurée est considéré comme non stabilisé.

La Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin traitant, dans son rapport du 08 [recte : 06].02.2012, mentionne un trouble dépressif réactionnel et des lombopygialgies chroniques avec une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit.

A l'examen clinique au SMR, nous nous trouvons en présence d'une assurée algique, déclarant impossible la position assise au-delà de 1 à 2 minutes (l'ensemble de l'anamnèse a été effectuée en position couchée, décubitus dorsal, sur la table d'examen). L'assurée revendique une symptomatologie douloureuse maximale, 9 à 10/10 de façon continue, exacerbée par toute forme d'activité mettant à contribution le rachis, de même que les positions assises, les positions couchées, ou la marche. Cette symptomatologie évolue

depuis sa deuxième grossesse, et a été aggravée par un accouchement difficile par césarienne et reprise opératoire pour hématome de paroi. Les différents traitements pratiqués à ce jour sont décrits comme inefficaces. A l'examen clinique, mise en évidence d'un trouble statique manifeste, avec projection antérieure du tronc et du bassin, non réductible, dans un contexte de déconditionnement musculaire global et focal, avec dysbalance. Le déconditionnement musculaire est confirmé par la mise en évidence d'un infiltrat graisseux au niveau de la musculature longissimus et multifidus, en regard de L4-L5 et L5-S1. L'assurée présente une diminution de la mobilité fluctuante du rachis lombaire dans un contexte algique surtout pour les mouvements en rotation, flexion et extension. Aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires n'a été constatée.

L'examen neurologique est sp [sans particularités], hormis la description d'une zone algique, centrée sur la jonction lombo-sacrée, irradiant sur les deux fesses. L'assurée décrit une faiblesse globale au niveau des MI [membres inférieurs], sans mise en évidence d'amyotrophie, de trouble des réflexes ou de trouble de la sensibilité.

Le reste de l'examen met en évidence une surcharge pondérale avec une pré-obésité (BMI à 27), déconditionnement musculaire global avec dysbalance et mise en évidence de 4 signes sur 5 selon Waddell en faveur d'un processus à caractère de non organicité (signes comportementaux).

L'assuré[e] présente aussi 14 points sur 18 selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie, un diagnostic formel de fibromyalgie n'est toutefois pas retenu, au vu du trouble dépressif présenté par l'assurée et de l'ensemble de la symptomatologie revendiquée.

La documentation radiologique à disposition met en évidence des discopathies débutantes de L3 à S1 sans mise en évidence de hernie discale ou d'élément en faveur d'une compression radiculaire. Mise en évidence d'une inflammation facettaire au niveau L4-L5 G et du matériel de stabilisation dynamique en place, sans remaniement osseux.

En résumé, cette jeune assurée de 38 ans, présente une symptomatologie douloureuse diffuse, ayant débuté par des lombalgies dans un contexte de deuxième grossesse avec accouchement difficile par césarienne en janvier 2009. Les différents traitements pratiqués à ce jour, y compris le traitement opératoire, se sont soldés par un échec total. L'examen clinique au SMR met en évidence essentiellement un déconditionnement musculaire, confirmé par une IRM lombaire et d'importants troubles statiques, aggravés par une surcharge pondérale et un trouble dépressif.

L'ensemble de la symptomatologie présentée par l'assurée ne peut être attribué uniquement au trouble structurel objectivé sur les examens complémentaires et les examens cliniques réalisés à ce jour. Une composante à caractère de non organicité est clairement mise en évidence par les signes de Waddell et la présence de 14

points sur 18 selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie.

Le trouble structurel ostéoarticulaire, aggravé par le déconditionnement musculaire est à l'origine d'incapacité de travail dans des activités à forte charge et moyenne physique. Une activité à caractère semi-sédentaire, avec possibilité de variations des positions est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100%. Actuellement, au vu du déconditionnement musculaire important, une diminution de rendement de 50% est à prendre en considération.

Après traitement de reconditionnement musculaire, réadaptation à l'effort et Ecole du dos, il est tout à fait vraisemblable que cette jeune assurée puisse récupérer une pleine capacité de travail dans des activités à caractère semi-sédentaire permettant des variations de positions à sa guise.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des éléments objectifs mis en évidence par les différents examens complémentaires à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère de non organicité mise en évidence par les signes de Waddell et Smythe, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée de 38 ans, d'origine israélienne, entrée en Suisse en 2007, mariée, deux enfants, titulaire d'un Bachelor d'architecture, qui a travaillé comme assistante de direction à 60% de 2007 à 2009, dans une start-up qui a fait faillite. Cette assurée sans antécédents psychiatriques, a développé au cours de sa deuxième grossesse un syndrome douloureux lombaire, et n'a pas repris d'activité professionnelle depuis 2009. Ces lombalgies chroniques se sont accompagnées d'une réaction dépressive, prise en charge par le médecin traitant de l'assurée, la Dresse G. \_\_\_\_\_. Dans son rapport médical du 02.12.2011, la Dresse G. \_\_\_\_\_ retenait les diagnostics d'épisode dépressif réactionnel et de lombalgies chroniques. Dans son rapport médical du 06.02.2012, [elle] fait état d'une péjoration de l'état dépressif de l'assurée, et estime la capacité de travail nulle pour des raisons physiques et psychiques.

L'examen psychiatrique de ce jour n'objective pas d'épisode dépressif caractérisé: un seul critère majeur sur trois est présent, un abaissement de l'humeur d'intensité légère à moyenne. Il n'existe en effet pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, ni de réduction de l'énergie d'origine dépressive, celle-ci étant en relation avec les douleurs. Par ailleurs, tous les critères mineurs de la dépression sont absents, hormis une idéation suicidaire passive fluctuante: il n'existe pas de diminution de la concentration ou de l'attention, pas de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi (l'assurée interrogée sur ce sujet déclare avoir confiance en elle), pas d'idée de dévalorisation ou de culpabilité, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclare « vivre au jour le jour »), pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, pas de diminution de l'appétit, l'assurée précisant même qu'elle a pris 15 kg en un an. Enfin, tous les symptômes du syndrome somatique sont absents: il n'existe pas de diminution de l'intérêt et du plaisir pour

des activités habituellement agréables (l'assurée aime regarder des séries américaines à la TV, lire des livres d'art en hébreu ou en anglais, s'occuper de ses enfants quand elle le peut). Pas de manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances habituellement agréables, pas de réveil matinal précoce (l'assurée a précisé que son heure de réveil actuelle est son heure habituelle), pas de dépression plus marquée le matin, pas de ralentissement psychomoteur objectivable par autrui, pas de perte marquée de l'appétit, pas de perte de poids (l'assurée a pris 15 kg en un an) ni de diminution marquée de la libido.

L'assurée déclare: « *il y a des jours où ça va mieux, et je sens tout de suite la joie de vivre revenir. Mais quand les douleurs sont fortes, je suis perdue. Ma situation émotionnelle suit ma situation physique* ».

Dans ce contexte, nous retenons le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. Nous rappelons qu'il s'agit d'un état de perturbation émotionnelle survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important (ici, l'apparition des douleurs lombaires). Cette altération de l'humeur n'est pas suffisamment caractérisée pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif. La relation intime existant entre les fluctuations de l'humeur et la prégnance des douleurs confirme ce diagnostic.

Devant un tableau de douleurs persistantes, non expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, intenses, constituant en permanence la préoccupation essentielle de l'assurée, mais non accompagnées d'un sentiment de détresse, le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié est retenu. Celui-ci impose la discussion des critères de sévérité. D'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, si l'on peut considérer que jusqu'à ce jour le traitement a échoué, on ne peut affirmer l'état psychique de l'assurée cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique, en l'absence de prise en charge spécifique. Enfin, comme le montre la « Vie quotidienne », il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Dans ces conditions, l'affection présentée par l'assurée n'est pas du ressort de l'AI, elle ne relève pas de l'AI.

L'assurée dit avoir commencé un programme de réadaptation depuis deux mois, avec des séances d'hydrothérapie deux fois par semaine, d'ostéopathie une fois par semaine, et de Pilate deux fois par semaine. Elle attend beaucoup de cette prise en charge, dont elle espère qu'elle va lui permettre d'aller mieux. Elle estime qu'une aide financière de l'AI lui enlèverait le stress économique, et lui permettrait de se rétablir plus vite. Elle déclare en fin d'entretien qu'elle n'a pas de maladie psychiatrique mais que son problème est physique.

#### Limitations fonctionnelles

Pas de port de charge[s] supérieur à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Pas de position statique assise au-delà de la ½ h[eure] sans possibilité de varier les positions au

minimum 2 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de position en porte-à-faux et en antéflexion du rachis contre résistance, éviter les activités en hauteur, en genuflexion ou accroupie. Pas de position statique debout immobile avec piétinement, diminution du périmètre de marche à une ½ h[eure] à 1 h[eure] tout au plus.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

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

Cette assurée a cessé son activité professionnelle dans un contexte de grossesse et accouchement en 2009. Depuis, elle n'a pas repris d'activité professionnelle. Sur la base de l'examen clinique de ce jour au SMR, et de l'étude des documents mis à disposition, une incapacité de travail à 100% est retenue depuis janvier 2011.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail de longue durée.

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

100% d'incapacité de travail jusqu'à la fin 2011. Capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à partir de janvier 2012 (trois mois après l'intervention chirurgicale subie le 01.09.2011). Après réussite de mesures de reconditionnement musculaire, réentraînement à l'effort et réinsertion progressive, il est vraisemblable que cette assurée puisse récupérer une pleine capacité de travail.

Au vu du déconditionnement musculaire confirmé par les documents radiologiques à disposition, la réadaptation progressive à l'effort et le reconditionnement musculaire nécessitent un minimum de six à neuf mois.

L'activité habituelle de l'assurée (architecte ou assistante de direction) est considérée comme une activité adaptée. De ce fait la capacité de travail est de 50% depuis janvier 2012.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

#### CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 50%.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 50% DEPUIS : JANVIER 2012"

Dans un rapport médical du 13 septembre 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation de la Clinique du dos à [...], suivant l'assurée depuis la fin mars 2012, a posé les diagnostics suivants :

"1.1 Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :

Lombopygialgies invalidantes d'origine surtout discogène dans un contexte de :

- Status après stabilisation interépineuse dynamique en L4-L5 (01.09.2011).
- Discopathies dégénératives en L3/S1.
- Sévère déconditionnement physique local et général.
- Hypermobilité articulaire.

Etat dépressif récurrent moyen-sévère depuis 2012.

Existant depuis quand ?

2011

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

Constipation opiniâtre secondaire à la prise de Targin (2011).

Hyperlipidémie.

Insomnies chroniques.

Status après déchirure du tympan droit.

Deux accouchements : par voie basse en 2004, par césarienne en 2009."

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ estimait que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011 dans la profession d'architecte compte tenu de son intolérance aux positions statiques et dynamiques avec une composante douloureuse mal contrôlée. Ce médecin était cependant d'avis que moyennant le suivi d'une réhabilitation intensive adaptée complétée par des mesures antalgiques instrumentales si nécessaire, une réduction des restrictions d'ordre rhumatologique étaient possible chez l'assurée.

A l'occasion d'un rapport SMR du 14 septembre 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_ a suivi les constatations et les conclusions ressortant de l'examen bidisciplinaire organisé au SMR. Ce praticien a ainsi retenu qu'en raison de l'atteinte principale à la santé de lombalgies chroniques, dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, l'assurée disposait d'une capacité de travail théorique de 100 % mais avec une diminution de rendement de 50 % au vu du déconditionnement musculaire, ceci dès janvier 2012. De janvier à décembre 2011, la capacité de travail résiduelle de l'assurée était nulle. Le Dr M.\_\_\_\_\_ observait par ailleurs qu'il était vraisemblable que moyennant une prise en charge optimale (réadaptation progressive à

l'effort et reconditionnement musculaire), l'intéressée puisse recouvrer une pleine capacité de travail.

Le 22 octobre 2012, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 5 novembre 2012, l'enquêtrice X. \_\_\_\_\_ a arrêté un statut de l'assurée d'active à 50 % et de ménagère à 50 %. Au terme de son examen, l'enquêtrice prénommée a conclu à un empêchement total de 59, 25 % de l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux ménagers.

Dans un rapport final du 28 novembre 2012, une collaboratrice de la division réadaptation de l'Office AI a résumé comme il suit la situation médico-économique de l'assurée :

“L'assurée souffre d'un problème de lombalgies voir rapport médical du 14.09.2009.

Selon l'avis SMR l'assurée a un[e] CT [capacité de travail] de 50 % dans son activité habituelle de manager et d'architecte et ceci, malgré les limitations fonctionnelles.

L'assurée travaillait à 50 % et souhaite reprendre un emploi à 50 % (statut ménager du 14.10.2012), en conséquence l'assurée n'a pas de perte économique.

Nous renonçons à toutes mesures, car malgré les limitations fonctionnelles de l'assurée son activité est parfaitement adaptée.”

Par projet de décision du 21 janvier 2013, l'OAI a proposé de refuser le droit à la rente à l'assurée. Ses constatations s'articulaient en ces termes :

“Résultat de nos constatations :

Depuis janvier 2011, votre capacité de travail et de gain est notablement restreinte.

Selon nos observations, vous continue[riez] à exercer votre activité d'architecte à 50 % sans problèmes de santé. Les 50 % restants correspondent à vos travaux habituels.

En raison de votre atteinte à la santé et selon les renseignements médicaux en notre possession, vous avez présenté les incapacités de travail et de gains suivantes :

- 100 % du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011.

- 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Il ressort de l'instruction de votre dossier, que votre activité d'architecte est adaptée à votre état de santé et elle respecte les limitations fonctionnelles suivantes ; pas de port de charges supérieur à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Pas de position statique assise au-delà de la demi-heure sans possibilité de varier les positions au minimum 2 fois par heure, de préférence à votre guise. Pas de position en porte-à-faux et en antéflexion du rachis contre résistance, éviter les activités en hauteur, en genuflexion ou accroupie. Pas de position statique debout immobile avec piétinement, diminution du périmètre de marche à une demie à une heure tout au plus.

Selon nos observations, au terme du délai de carence d'une année, soit au 1<sup>er</sup> janvier 2012, vous êtes à même d'exercer votre activité habituelle d'architecte à un taux de 50 %. Dès lors, vous ne subissez aucun préjudice économique concernant la part active.

En ce qui concerne la part ménagère, l'empêchement dans la tenue du ménage a été évalué à 59.25 %, selon enquête du 22 octobre 2012.

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50 %	0 %	0 %
Ménagère	50 %	59.25 %	29.65 %
Degré d'invalidité			29.65 %

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

Le 19 février 2013, l'assurée a transmis copie d'un rapport établi le 13 février 2013 par le Dr Q. \_\_\_\_\_ à l'intention du médecin-conseil de l'OAI, dont il résultait que l'octroi d'une rente « transitoire » à la faveur de l'assurée s'avérait un moyen de participer à l'investissement réalisé à ce jour dans un contexte familial lourdement éprouvé. Ce praticien relevait en particulier que ce n'était que depuis le début 2013 qu'une exigibilité professionnelle à temps partiel pouvait réellement être exigible de la part de l'assurée mais en aucun cas préalablement.

Le 20 février 2013, J. \_\_\_\_\_, dès lors représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a fait part de ses déterminations sur le projet de décision de refus de rente précité. Elle a notamment produit à cet égard, un rapport établi le 15

février 2013 par son médecin traitant la Dresse G.\_\_\_\_\_ adressé au médecin-conseil de l'AI, et dont la teneur était la suivante :

“Je fais suite à votre projet de décision du 21 janvier 2013 de refus de rente invalidité.

En tant que médecin traitant de Madame J.\_\_\_\_\_, je me permets d'exprimer mon désaccord avec le refus d'une rente étant donné que l'assurée était en incapacité de travail à 100% en tout cas jusqu'au 31 décembre 2012.

Comme il est bien décrit dans l'examen clinique du SMR du 10 juillet 2012, Madame J.\_\_\_\_\_ souffre de douleurs lombaires importantes d'une intensité pouvant aller jusqu'à 10/10. Elle est obligée de se faire aider par des tiers pour le[s] tâches quotidiennes étant donné qu'elle n'arrive pas à rester plus que quelques minutes en position debout et qu'elle reste difficilement assise. De plus, ces douleurs l'obligent à s'allonger lors de l'examen clinique effectué le 10 juillet. Comment s'imaginer que cette patiente puisse travailler à 50% comme architecte ?

Il est aussi dit dans le rapport du 10 juillet 2012 que Madame J.\_\_\_\_\_ ne souffre pas d'un trouble dépressif. Je conteste que cette patiente ne présente pas les critères suivants: elle ressent souvent de la culpabilité surtout face à son incapacité de s'occuper dignement de ses enfants et de devoir demander constamment de l'aide à son mari qui travaille à 100%; je vous accorde qu'elle ne présente pas de diminution de l'appétit, mais elle présente des moments boulimiques mal contrôlés. Madame J.\_\_\_\_\_ présente clairement des troubles du sommeil qui ne sont pas seulement causés par les douleurs, mais par des réveils fréquents avec des ruminations l'empêchant de se rendormir. Elle présente aussi parfois des réveils matinaux précoces. C'est pour cela que je pense que le diagnostic d'état dépressif réactionnel doit être retenu. C'est pour ces raisons, que Madame J.\_\_\_\_\_ était à l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 31.12.12.

Cette patiente a fait un énorme effort de musculation et de reconditionnement du dos durant l'année 2012. Ces efforts ont porté leurs fruits, étant donné qu'elle est beaucoup moins algique et qu'elle a pu renoncer en cette fin d'année au Targin. Par contre, un essai de l'arrêt du Saroten s'est soldé par un échec avec une recrudescence de l'état dépressif avec des pleurs fréquents, un sentiment de culpabilité, un sommeil perturbé et manque d'entrain, ainsi qu'une augmentation des douleurs. Avec le [recte : la] réintroduction du Saroten, l'humeur s'est améliorée et les douleurs ont diminué.

C'est pour cela qu'il me semble nécessaire d'octroyer à Madame J.\_\_\_\_\_ une aide financière sous forme de rente en tout cas pour l'année 2010 et 2011, années durant lesquels [recte : lesquelles] j'ai suivi personnellement cette patiente.

Le pronostic, malgré une nette amélioration, reste réservé. [...]"

A la suite de ces déterminations du 20 février 2013, le dossier de l'assurée a à nouveau été soumis par l'OAI à son service médical. Au terme d'un avis médical SMR du 2 avril 2013, les Drs F.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont estimé que les conclusions ressortant du précédent rapport du 14 septembre 2012 restaient valables. Il en ressort en particulier les constatations et précisions suivantes en lien avec les rapports médicaux et les arguments développés par l'assurée :

"[...]

L'assurée n'est pas d'accord avec les conclusions des experts SMR et nous met à disposition par l'intermédiaire de son avocat, deux rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH Médecine physique et réhabilitation, (13.12.2012 et 13.02.2013). Notre confrère retient le diagnostic de lombopyalgies invalidantes d'origine discogène dans un contexte de stabilisation inter-épineuse dynamique L4-L5, une discopathie dégénérative L3-S1, un sévère déconditionnement physique local et général, et une hypermobilité articulaire. Les diagnostics décrits par le Dr Q.\_\_\_\_\_ sont les mêmes que présentés par les experts SMR, mais l'interprétation des données est différente.

D'après le Dr Q.\_\_\_\_\_, l'assurée a bénéficié d'une rééducation récente après des infiltrations radiculaires L4 et L5 gauches, permettant de diminuer l'intensité des douleurs et en même temps de bénéficier d'une mobilisation active en piscine, parallèlement à un reconditionnement musculaire et un traitement antalgique. Notons par ailleurs que l'assurée a bénéficié déjà d'infiltrations sous forme de « blocs facettaires L4-L5, L5-S1 » (le 14.01.2011, 11.03.2011 et 15.05.2011, Dr N.\_\_\_\_\_), gestes qui à l'époque n'ont pas apporté de réels soulagements (Dr Q.\_\_\_\_\_, rapport du 13.09.2012). Une légère amélioration est notée dans l'examen clinique du 13.09.2012 : « l'intensité de la douleur oscille entre 5 et 10 sur une échelle AVS, les symptômes ne sont pas impulsifs à la toux et non rythmés par le Valsalva, la position debout immobile est impossible nécessitant une recherche d'appuis immédiate, aucune boîtierie ou claudication intermittente n'est évoquée et l'impact talonnier est douloureux, la qualité du sommeil est respecté[e] ». L'assurée reste cependant indépendante pour l'habillement et les soins personnels. Ensuite, on note « les aires insertionnelles sont indolores, mais la patiente démontre des signes et symptômes d'un état dépressif marqué ». Cervicalgies hautes droites avec une souffrance algodysfonctionnelle C4-C5 gauche, une trophicité musculaire cervicale dans les normes, verrouillage C7-D1, mais pas de documents radiologiques à disposition pour la colonne cervicale. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ nous écrit « qu'une réinsertion professionnelle n'est pas envisageable étant donné l'importance de la composante douloureuse d'une part et d'autre part en raison de l'intolérance aux positions statiques et dynamiques ». Malgré une amélioration, le progrès notable sur le plan fonctionnel est lié à un lourd investissement personnel (avec des répercussions psychologiques secondaires, un sentiment « de culpabilité » surtout face à son incapacité de s'occuper dignement de ses enfants et de devoir

demander constamment de l'aide à son mari qui travaille à 100% » (Dresse G.\_\_\_\_\_, le 15.02.2013). Le MT [médecin-traitant], la Dresse G.\_\_\_\_\_, généraliste, n'apporte pas de nouveauté concernant le trouble dépressif de sa patiente, mais vu la relation médecin traitant - patient, elle décrit sur le plan psychologique les symptômes avec beaucoup d'empathie vis-à-vis d'une assurée jeune, mère de deux enfants en bas âge et qui ne travaille plus depuis 2009. Il s'agit plutôt d'un contexte socio-économique, compte tenu des implications financières et la vie de couple auxquelles la famille a dû faire face. « Je pense que malgré tout une rente transtoire aurait été un moyen de participer à l'investissement réalisé dans un contexte familial lourdement éprouvé » nous écrit dans son rapport du 13.02.2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Les répercussions psychologiques existent certes, mais elles ne remplissent pas les critères d'une atteinte incapacitante.

Les conclusions du rapport SMR du 14.09.2012 restent inchangées."

Par décision du 19 avril 2013, confirmant l'intégralité de son projet de décision rendu le 21 janvier 2013, l'OAI a refusé le droit à une rente à l'assurée.

**B.** Par acte du 8 mai 2013, J.\_\_\_\_\_, représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus de rente précitée. Elle conclut avec dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision, une nouvelle expertise médicale judiciaire (rhumatologique et psychiatrique) devant être mise en œuvre. La recourante se plaint en substance d'une mauvaise appréciation de son état de santé dès lors que dans sa décision, l'OAI s'est fondé sur l'avis des médecins de son SMR. A la suivre, les rapports médicaux du Dr Q.\_\_\_\_\_ des 13 septembre 2012 et 13 février 2013 mettraient suffisamment en doute les constatations et conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMR du 5 septembre 2012. De plus, la position des médecins du SMR serait contestée par les Drs G.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, lesquels retiennent une capacité de travail résiduelle de l'intéressée de 0% pour la première et de 25 % pour le second, même dans l'exercice d'une activité adaptée. Il s'imposerait ainsi de rediscuter le bien-fondé de l'avis du SMR, ce d'autant que dans le cadre de leur

discussion sur les rapports établis par le Dr Q.\_\_\_\_\_, les médecins de l'AI n'ont ni rencontré ni examiné la recourante. Pour cette dernière raison, la réalisation d'une expertise médicale judiciaire bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) se justifierait.

Au terme de sa réponse du 26 juillet 2013, l'Office AI conclut au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il se détermine comme il suit sur les arguments avancés par la recourante :

“En substance, la recourante considère que les pièces médicales versées au dossier sont de nature à faire naître un doute quant au bien-fondé des conclusions du rapport d'examen clinique du Service médical régional (ci-après SMR) du 5 septembre 2012, sur laquelle (recte : lequel) la décision querellée s'est notamment fondée, de telle sorte qu'une instruction complémentaire s'imposerait. Pour rappel, les conclusions contestées attestent une capacité de travail exigible de 0 % du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011 et de 100 % avec diminution de rendement de 50 %, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, dans l'activité habituelle. Elles suggèrent, en outre, qu'une pleine capacité de travail pourrait être recouvrée si des mesures de reconditionnement musculaire et une réinsertion progressive seraient mises en œuvre.

A notre sens, le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, au cours duquel le médecin s'est entretenu avec l'intéressée, remplit les exigences formulées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante. En effet, en l'espèce, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude fouillée et le rapport s'est fondé sur des examens circonstanciés. En outre, celui-ci tient également compte des plaintes exprimées par la recourante et a été rédigé en pleine connaissance de l'anamnèse de cette dernière. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale, quant à elles, sont claires et les conclusions de l'expert dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). Finalement, nous constatons que ce rapport est bien étayé et qu'il ne présente aucune contradiction.

Au préalable, la recourante nous reproche de ne pas avoir pris en considération les documents médicaux postérieurs au rapport d'examen clinique susmentionné, du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2012 et du 13 février 2013, ainsi que de la Dresse G.\_\_\_\_\_, en date du 15 février 2013, pièces sollicitées par ses soins. Or, un tel reproche n'a pas lieu d'être. Ces rapports ont été soumis pour appréciation au SMR qui nous a fait connaître son point de vue par avis médical du 2 avril 2013. Il en ressort que les éléments apportés ne sont pas de nature à remettre en cause la position exprimée dans son rapport d'examen du 14 septembre 2012.

On constate pour le surplus que les deux praticiens précités sortent de leur champ de compétence. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, « compte tenu des difficultés financières auxquelles la famille a dû faire face », estime « malgré tout qu'une rente transitoire aurait été un moyen de

participer à l'investissement réalisé, dans un contexte familial lourdement éprouvé ». Force est d'admettre que l'intéressé est influencé par des considérations sortant du champ médical, à mesure qu'il se prononce sur le droit à la rente, notion à caractère juridique. La Dresse G. \_\_\_\_\_ en fait en quelque sorte de même en évoquant la nécessité d'octroyer « une aide financière sous forme de rente pour l'année 2010 et 2011 ». Nous rappelons que la tâche des médecins doit se limiter à porter un jugement sur l'état de santé de l'intéressée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler (Arrêt I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3). De plus, nous observons que le rapport de la Dresse G. \_\_\_\_\_ est entaché d'une contradiction manifeste. D'une part, elle relève que la recourante est « *en incapacité de travail à 100% en tout cas jusqu'au 31 décembre 2012* », et, d'autre part, qu'il lui « *semble nécessaire d'octroyer à Madame J. \_\_\_\_\_ une aide financière sous forme de rente en tout cas pour l'année 2010 et 2011* ». Compte tenu de ce qui précède, nous relevons que la valeur probante de ces documents médicaux se voit fortement diminuer.

La recourante affirme également que les rapports du Dr N. \_\_\_\_\_, de la Dresse G. \_\_\_\_\_ et du Dr Q. \_\_\_\_\_ contestent de manière unanime les conclusions du rapport d'examen clinique réalisé par le SMR. Cette affirmation est incorrecte, comme la lecture de ces dits rapports le démontre bien. En effet, le premier fait état d'une capacité de travail exigible de 25%, les deux autres, quant à eux, de 0%. Il existe ainsi une divergence entre les conclusions des médecins ayant suivi l'intéressée.

Dès lors, on peine à imaginer que les pièces médicales précitées dont les conclusions sont tantôt divergentes tantôt contradictoires et dont le contenu révèle l'empathie que ces médecins éprouvent pour leur patiente puissent instiller le doute quant aux conclusions du rapport d'examen clinique du SMR du 5 septembre 2012."

Dans sa réplique du 3 septembre 2013, la recourante indique persister dans les conclusions de son recours du 8 mai 2013. S'agissant du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique SMR du 5 septembre 2012, elle fait part des remarques suivantes : la capacité de travail de 50 % reconnue depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 l'est seulement trois mois après l'opération subie en date du 1<sup>er</sup> septembre 2011, quand bien-même les médecins du SMR constatent l'échec des différents traitements pratiqués à ce jour, y compris le traitement opératoire précité. Alors que les médecins du SMR considèrent que la situation n'est pas encore stabilisée - puisqu'ils conseillent un « traitement de reconditionnement musculaire, une réadaptation à l'effort et l'Ecole du dos » en vue d'une « vraisemblable » augmentation de la capacité de travail -, il est difficilement concevable que la recourante puisse travailler à plein temps avec un rendement à 50 %, tout en poursuivant des traitements intensifs

qui prennent eux aussi du temps et sont éprouvants comme l'ont souligné les Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ dans leurs rapports respectifs de février 2013. La recourante en déduit qu'il ne serait pas acceptable de retenir qu'elle dispose d'une capacité de travail médico-théorique de 100 % avec une diminution de rendement de 50 %, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012. S'agissant des critiques de l'intimé en lien avec la valeur probante des rapports médicaux des Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ du mois de février 2013, elles seraient sans fondement : d'une part la mention de la situation financière de l'assurée ne constituerait en aucun cas la motivation de la capacité de travail (nulle) retenue. D'autre part, ces rapport médicaux seraient cohérents entre eux ainsi qu'avec ceux rédigés par le Dr N. \_\_\_\_\_ (constat par trois médecins d'une incapacité de travail totale, voire de 75 % minimum [le Dr N. \_\_\_\_\_ n'ayant quant à lui pas pris en compte dans son appréciation, les troubles dépressifs dont ses deux confrères font état], constat par les trois médecins d'un état de santé pas stabilisé consécutivement à l'intervention de septembre 2011 et attestations par les trois médecins, d'un mauvais pronostic). Partant, la recourante précise maintenir sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle soutient par ailleurs que l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle telle qu'elle l'a été par les médecins du SMR est incorrecte : même en tenant compte de ses indications communiquées en son temps à l'OAI selon lesquelles, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à mi-temps uniquement, sa capacité de travail aurait ainsi dû être fixée à 25 % tout au plus (et non pas à 50 %). Elle observe que la diminution de rendement mise en évidence ne saurait disparaître dès lors qu'elle occuperait un poste de travail à temps partiel.

Dans sa duplique du 11 septembre 2013, l'Office AI indique maintenir sa position tendant au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il observe que dans sa réplique, la recourante ne ferait que reprendre les arguments formulés à l'appui de son écriture du 8 mai 2013 sur lesquels il a déjà eu l'occasion de se prononcer.

## **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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). A teneur de l'art. 95 LPA-VD, le recours au Tribunal cantonal s'exerce dans les 30 jours dès la notification de la décision ou du jugement attaqués.

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 19 avril 2013 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée

de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle, de la recourante dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et partant, son droit éventuel à la rente AI.

**3. a)** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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

**b)** Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable, entre les trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs, art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGa et l'art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, art. 28a al. 3 LAI). La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2, 125 V 146 consid. 2c et 117 V 194 consid. 3b; TF 9C\_496/2013 du 4 décembre 2013, consid. 4.2 ; TFA I 707/2001 du 20 février 2003, consid. 2.1).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode

mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 137 V 334 consid. 3.1.3).

**c)** Le Tribunal fédéral a eu à se prononcer sur la question de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et, à cette occasion, a pris position sur les critiques régulièrement formulées par la doctrine à propos de cette méthode (cf. ATF 137 V 334). De cet arrêt du 8 juillet 2011, il ressort notamment ce qui suit:

Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) – est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C\_496/2013 op. cit., consid. 5.2 et 9C\_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss. de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 130 V 61 et 128 V 93; TF I 246/2005 du 30 octobre 2007, consid. 5.2.1 et les références, in SVR 2008 IV n° 34 p. 111; voir également ATF 133 V 504 consid. 4).

Tel que défini à la base, le risque "invalidité" comporte ainsi, selon la jurisprudence, deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative; dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques; dans le second cas, on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique d'une situation factuelle particulière. Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle a été appréciée. Cette discordance est inhérente au système légal de l'évaluation de l'invalidité et ne saurait donner lieu à critique. La difficulté à laquelle a été confrontée la jurisprudence au cours du temps fut de concilier ces deux méthodes - très différentes dans leur conception - dans la situation d'une personne exerçant une activité lucrative à temps partiel et consacrant le reste de son temps à ses activités habituelles.

Compte tenu de la dualité méthodologique imposée par le législateur à l'art. 28a al. 3 LAI, la détermination de l'ampleur du

dommage global subi dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne peut se faire, qu'en évaluant de manière séparée le degré d'invalidité relatif à chaque domaine d'activité (sous réserve de la prise en compte des effets réciproques prévue à l'ATF 134 V 9).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 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).

**c)** 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. Il 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 doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise

externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

**5. a)** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**b)** Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 131 V 49).

Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne

incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (cf. ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (cf. ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 avec les références citées, et TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2).

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 352 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/2006 du 31 janvier 2007, consid. 3.3 in fine et jurisprudence citée).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles

ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49; cf. TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2 et TF I 81/2007 précité loc. cit.).

**6.** S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, on relève à titre liminaire que l'ensemble des médecins consultés s'accordent quant à l'existence d'une incapacité de travail de 100 % pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011, ce point n'étant dès lors pas contesté.

**a)** Sur le plan orthopédique, il ressort des rapports médicaux des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ des 17 octobre 2011, respectivement 2 décembre 2011, que jusqu'à l'intervention pratiquée en date du 1<sup>er</sup> septembre 2011 sous la forme d'une plastie interépineuse en L4-L5, les lombalgies chroniques sur insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1 n'avaient pas pu être résolues ni par les traitements conservateurs ni par les blocs facettaires précédemment mis en place. Le 1<sup>er</sup> février 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail résiduelle de 25 % de l'assurée en indiquant cependant la nécessité d'un examen complémentaire par le médecin-conseil de l'AI. Quant à la Dresse G.\_\_\_\_\_, elle retient le 6 février 2012 une capacité de travail de sa patiente de 0 % et indique qu'aucune activité ne peut pour le moment être exercée au vu de l'état psychique et physique de la recourante. Au terme d'un examen bidisciplinaire réalisé le 10 juillet 2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine physique et rééducation) du SMR pose les diagnostics invalidants de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs débutants avec des limitations fonctionnelles et considère que l'exercice d'une activité semi-sédentaire avec possibilité de varier les positions est possible à un taux de 100%. Il relève en outre un déconditionnement musculaire important de l'assurée alors en cours de traitement (reconditionnement, réentraînement à l'effort et suivi de l'Ecole du dos). Il retient une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à

partir de janvier 2012, soit trois mois après l'opération du 1<sup>er</sup> septembre 2011. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ indique qu'après la réussite des mesures de reconditionnement musculaire, qui nécessite un minimum de six à neuf mois, la recourante va vraisemblablement récupérer une pleine capacité de travail. Selon la recourante, cet avis est contredit en partie d'une part, par celui du Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 13 septembre 2012 et 13 février 2013) et, d'autre part, par celui de la Dresse G.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 15 février 2013). L'intimé a soumis ces nouveaux rapports divergents aux médecins de son SMR qui, le 2 avril 2013, ont retenu que ces appréciations n'étaient pas de nature à rediscuter le bien-fondé de leur conclusions précédentes (à savoir celles du rapport SMR établi le 14 septembre 2012 qui reprennent les résultats de l'examen bidisciplinaire effectué le 10 juillet 2012 au SMR). La recourante soutient quant à elle que les pièces médicales en question sont de nature à faire naître un doute sur l'exactitude des conclusions du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 5 septembre 2012.

On observe en premier lieu avec l'intimé que la recourante n'est pas fondée à lui reprocher un défaut d'examen des rapports des Drs Q.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ produits postérieurement au rapport d'examen bidisciplinaire du 5 septembre 2012. On constate en effet que lesdits rapports médicaux ont effectivement été examinés en détail par le service médical de l'AI dans son avis SMR du 2 avril 2013. Le fait que les médecins de l'AI n'aient alors ni rencontré ni réexaminé l'assurée n'a aucune incidence sur la valeur de leur travail dès lors que leur rôle consistait uniquement à devoir se déterminer sur des avis contraires émanant de confrères. Partant ces critiques ne constituent en aucun cas des motifs impérieux justifiant de s'écarter des conclusions ressortant de l'avis médical SMR précité.

**aa)** Concernant le rapport du 13 septembre 2012 du Dr Q.\_\_\_\_\_, on relève que si les diagnostics posés se recoupent en grande partie avec ceux retenus par les médecins du SMR le 5 septembre 2012, c'est uniquement leur incidence sur la capacité de travail résiduelle de la recourante qui s'en différencie. Par ailleurs, le Dr Q.\_\_\_\_\_ rejoint les constatations des spécialistes du SMR puisqu'il est également d'avis que,

par le suivi d'une réhabilitation intensive, une réduction des limitations rhumatologiques est envisageable. On doit par conséquent admettre que le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne fait pas état de constatations médicales distinctes et qui auraient échappé aux médecins du SMR lors de leur examen bidisciplinaire de juillet 2012. Quoique paraisse en dire la recourante, l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ au terme de son rapport du 13 septembre 2012 ne constitue qu'une appréciation distincte d'un même état de fait sur le plan médical que celui observé en son temps par les médecins du SMR. Cet avis n'est dès lors pas à même de rediscuter le bien-fondé du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 5 septembre 2012. On retiendra ainsi par analogie qu'il ne suffit pas qu'un rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux dont il résulte que les bases de la décision entreprise comporteraient des défauts objectifs (cf. TF 9C\_1051/2012 du 21 mai 2013, consid. 4.2.1 qui traite des conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPG).

**bb)** S'agissant ensuite du rapport médical du 13 février 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, on observe à l'instar de l'intimé que ce médecin y fait des allusions qui sortent de son champ de compétence, à savoir celui de constatations d'ordre purement médical. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ y expose en ce sens que « compte tenu des implications financières auxquelles la famille a dû faire face, je pense malgré tout qu'une rente transitoire aurait été un moyen de participer à l'investissement réalisé, dans un contexte familial lourdement éprouvé ». Le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ datant de la mi-février 2013 ne permet pas de mettre en doute les conclusions du SMR du 5 septembre 2012. Au contraire, il semble les conforter lorsqu'il retient qu'une activité professionnelle à temps partiel est exigible, mais que depuis le début d'année 2013.

**cc)** Quant au rapport médical établi le 15 février 2013 par la Dresse G.\_\_\_\_\_, il appelle la même réserve quant à ses constatations et conclusions que celle précédemment faite en relation avec le rapport du 13 février 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_. Au terme de son analyse de l'état de santé de la recourante, la Dresse G.\_\_\_\_\_ mentionne que « C'est pour cela qu'il me semble nécessaire d'octroyer à Madame J.\_\_\_\_\_ une aide

financière sous forme de rente en tout cas pour l'année 2010 et 2011 (...) ». Il y a ainsi à nouveau matière pour la Cour de céans à se distancer de l'avis médical du médecin traitant de la recourante. Pour l'ensemble de ces motifs, le rapport médical du 15 février 2013 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ n'est également pas de nature à rediscuter le bien-fondé du rapport d'examen SMR du 5 septembre 2012.

**b)** Sur le plan psychiatrique, au terme d'un examen bidisciplinaire réalisé le 10 juillet 2012, le Dr S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie) du SMR ne retient en définitive pas de diagnostic invalidant au sens de l'Al. Il pose uniquement les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Cela s'inscrit en opposition avec le diagnostic d'épisode dépressif réactionnel posé par la Dresse G. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 2 décembre 2011, ainsi que la péjoration de l'état dépressif rapportée par ce même médecin en date du 6 février 2012.

Au terme de son examen clinique, le Dr S. \_\_\_\_\_ constate qu'un seul des critères est rempli chez la recourante, de sorte qu'il n'est pas possible de retenir un épisode dépressif caractérisé. De plus, excepté le critère d'une idéation suicidaire passive fluctuant, ce psychiatre observe que tous les autres critères mineurs de la dépression sont absents. Il ne retrouve également aucun des symptômes en faveur d'un syndrome somatique. Constatant l'impact sur le psychique de l'apparition des douleurs lombaires dont est atteinte la recourante, le Dr S. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de trouble de l'adaptation. Face à un tableau de douleurs persistantes qui ne trouvent pas une étiologie physiologique ou psychique, ce psychiatre discute ensuite les critères de sévérité qui permettent d'apprécier le caractère invalidant de l'affection du trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 5b supra). Il relève ainsi que si le cas d'espèce est effectivement constitutif d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'ensemble des autres critères déterminants n'en sont pas pour autant remplis. C'est pour ces motifs que le Dr S. \_\_\_\_\_ retient au final le diagnostic de trouble somatoforme

indifférencié. Il est par ailleurs ici le lieu de relever que les constatations contraires de la Dresse G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 février 2013, outre le fait qu'elles ne sauraient déjà être suivies pour les motifs ci-avant mentionnés (cf. consid. 6a/cc), n'émanent pas d'un psychiatre - la Dresse G. \_\_\_\_\_ étant spécialiste en médecine générale - et ne s'appuient pas lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu. Or il s'agit là d'exigences à remplir selon la jurisprudence topique pour la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique (cf. consid. 5a supra).

**c)** Il ressort du rapport d'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) des Drs Z. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ du SMR du 5 septembre 2012 que la recourante présente essentiellement un trouble structurel ostéoarticulaire aggravé par le déconditionnement musculaire, qui est à l'origine d'incapacité de travail dans des activités à forte charge et moyenne physique. Dans une activité semi-sédentaire, avec possibilité de variations des positions, un taux médico-théorique de 100 % est possible. En l'état, vu le déconditionnement musculaire important de l'assurée, elle présente une diminution de rendement de 50 %. Après le reconditionnement musculaire, la réadaptation à l'effort et l'Ecole du dos, il est vraisemblable qu'elle puisse récupérer une pleine capacité de travail dans des activités à caractère semi-sédentaire permettant des variations de positions à sa guise. Ils retiennent une incapacité de travail de 100 % du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du mois de janvier 2012. Il était par ailleurs vraisemblable que moyennant une prise en charge optimale (réadaptation progressive à l'effort et reconditionnement musculaire), l'intéressée puisse recouvrer une pleine capacité de travail. Ces conclusions ont par ailleurs été reprises par le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR le 14 septembre 2012. Par contre, un rapport de la division de réadaptation de l'OAI a retenu le 28 novembre 2012 que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et que dans la mesure où celle-ci travaillait à 50 %, elle ne subissait pas de perte économique. Cette appréciation est erronée dans la mesure où les spécialistes du SMR se sont basés sur un taux de 100 %

pour retenir une diminution de rendement de 50 %. Il s'ensuit que l'assurée présente une diminution de rendement de 25 % sur un 50 % dans son activité habituelle, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation correspond par ailleurs à celle du 1<sup>er</sup> février 2012 du Dr N.\_\_\_\_\_. Le degré d'invalidité de la recourante aurait ainsi dû être calculé comme il suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50 %	25 %	12.50 %
Ménagère	50 %	59.25 %	29.65 %
Degré d'invalidité			42.15 %

Ce taux d'invalidité ouvre le droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Compte tenu de la prémisse erronée retenue par l'OAI, celui-ci n'a pas examiné la possibilité pour la recourante de recouvrer une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à 50 % à la suite de la réussite de mesures de reconditionnement et conformément à son obligation de diminuer son dommage.

A cet égard, les spécialistes du SMR retiennent qu'au vu du déconditionnement musculaire confirmé par les documents radiologiques à disposition, la réadaptation progressive à l'effort et le reconditionnement musculaire nécessitent un minimum de six à neuf mois, à compter de l'examen clinique SMR du 10 juillet 2012. Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, il constate que ce n'est que depuis le début de l'année 2013 qu'une activité professionnelle à temps partiel pourrait être exigible de la part de la recourante. La Dresse G.\_\_\_\_\_ atteste pour sa part une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2012 en tout cas et constate que l'assurée a fait un énorme effort de musculation et de reconditionnement du dos durant l'année 2012, que ces efforts ont porté leurs fruits, étant donné qu'elle est beaucoup moins algique et qu'elle a pu renoncer à fin 2012 au Targin®, relevant par contre qu'un essai d'arrêt du Saroten® s'était soldé par un échec. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ fait également mention d'une

rééducation récente après des infiltrations, permettant de diminuer l'intensité des douleurs et en même temps de bénéficier d'une mobilisation active en piscine, parallèlement à un reconditionnement musculaire et un traitement antalgique (rapports des 13 septembre 2012 et 13 février 2013).

Il s'ensuit que s'il est établi que la recourante présente un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, la Cour de céans ne peut déterminer, à défaut d'instruction médicale sur ces questions, si les mesures de reconditionnement entreprises par la recourante lui ont permis d'améliorer sa capacité de travail et le cas échéant à partir de quelle date.

**d)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. Il appartiendra à l'office intimé soit de faire convoquer l'assurée par les médecins du SMR, soit d'ordonner une expertise - rhumatologique et psychiatrique - auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPGGA).

**7.** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le montant à 1'800 fr. TVA comprise, à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGGA ; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 19 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs), à titre de dépens, à J.\_\_\_\_\_.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour J. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :