

## VD\_FINDINFO AI 48/11 - 34/2013 vom 21. Februar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-02-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_48\\_11\\_-\\_34\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_48_11_-_34_2013)

FR: VD\_FINDINFO AI 48/11 - 34/2013 du 21 février 2013

IT: VD\_FINDINFO AI 48/11 - 34/2013 del 21 febbraio 2013

### Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 21.02.2013 AI 48/11 - 34/2013

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 48/11 - 34/2013 ZD11.005615 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 21 février

2013 \_\_\_\_\_ Présidence de \_\_\_\_\_ Mme Röthenbacher Juges :

Mme Di Ferro Demierre et M. Perdrix, assesseur Greffière : \_\_\_\_\_ Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\* Cause pendante entre : E. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Benoît Morzier, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 et 28 LAI

**E n f a i t :** A. a) E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1962, sans formation professionnelle, mère de deux enfants aujourd'hui majeurs, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 17 février 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), indiquant avoir subi en 2006 une opération du dos avec pose d'une prothèse L4-L5 en relation avec des troubles existant depuis 2005. Elle a par ailleurs expliqué qu'elle avait travaillé en dernier lieu comme gouvernante à temps complet au service de la G. \_\_\_\_\_, à [...], et qu'elle présentait une complète incapacité de travail depuis le 15 novembre 2008. Aux termes d'un formulaire 531bis non daté, indexé par l'OAI le 3 mars 2009, l'assurée a exposé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé comme gouvernante à 100% depuis toujours. A teneur d'un questionnaire pour l'employeur rempli le 3 mars 2009, le Service du personnel de la G. \_\_\_\_\_ a exposé que l'intéressée était employée depuis le 22 octobre 2007 en qualité d'assistante gouvernante, qu'elle avait exercé cette activité jusqu'au 14 novembre 2008, et qu'elle se trouvait en arrêt maladie à 100% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Il était encore précisé qu'à l'heure actuelle, sans ses troubles de santé, l'assurée percevrait un salaire annuel de 50'400 fr. Interpellé par l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a fait part de ses observations dans un rapport le 9 avril 2009. En substance, ce médecin a exposé que l'assurée ne pouvait pas travailler dans l'activité exercée à ce jour en raison de douleurs chroniques – ces dernières figurant toutefois sous la rubrique « Diagnostics sans effet sur la capacité de travail » – et qu'elle avait du reste été adressée à un psychiatre en raison d'un syndrome dépressif. Pour le surplus, il a indiqué être dans l'attente de rapports médicaux complémentaires. Il a par ailleurs estimé que n'étaient pas exigibles les activités uniquement en position debout ou dans différentes positions, de même que les activités exercées

principalement en marchant. Il a également exclu les activités nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, de soulever ou porter des poids, ou de monter sur une échelle ou un échafaudage. Il a en outre ajouté que les escaliers ne pouvaient être montés qu'avec d'assez grandes difficultés; à cet égard, il a d'ailleurs préconisé des moyens auxiliaires sous forme d'un support (siège) pour monter et descendre les escaliers. Il a en revanche observé que l'assurée pouvait travailler dans une activité uniquement en position assise avec une performance de 50% et que le rendement était de 25% dans une activité en rotation en position assise/en position debout. Enfin, il a considéré que la capacité de concentration était limitée, de même que la capacité d'adaptation et la résistance. A l'appui de son compte-rendu, le Dr R. \_\_\_\_\_ a notamment produit deux rapports des 26 janvier et 19 mars 2009 du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin associé au Centre N. \_\_\_\_\_ de neurochirurgie, dont il ressortait que l'assurée avait subi une double discectomie avec mise en place d'une prothèse discale lombaire au niveau L4-L5 et L5-S1 en septembre 2006, que les suites opératoires avaient dans un premier temps été favorables, mais que l'intéressée se plaignait depuis 2008 de douleurs lombaires très importantes avec irradiation dans la jambe droite, et que les examens complémentaires effectués dans ce contexte (dont un myélo-CT-scan lombaire du 5 janvier 2009) avaient confirmé le bon positionnement des implants sans permettre d'expliquer la symptomatologie annoncée. Par rapport du 21 avril 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de « facteur psychosocial. Douleurs lombaires », tout en observant que l'assurée se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis décembre 2008. Il a ajouté que l'activité exercée à ce jour n'était plus exigible, signalant à ce propos de possibles restrictions psychiques (« ? stress »), ainsi qu'une diminution de rendement due aux douleurs lombaires avec irradiation dans la jambe droite. Il a précisé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle reprise de l'activité professionnelle, respectivement sur une amélioration de la capacité de travail. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a par ailleurs considéré que seules les activités uniquement en position assise étaient encore exigibles de l'assurée, à l'exclusion des autres activités listées dans le formulaire de l'OAI (dont les activités s'exerçant en position debout, dans différentes positions ou principalement en marchant, ainsi que les activités requérant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux ou en rotation en position assise/debout, de soulever/porter des poids, ou de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers). Il a également fait mention de limitations concernant la capacité de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance, et a préconisé un « ? examen psych (? dépression) ». Le 27 octobre 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée n'avait que très peu évolué et que la capacité de travail était nulle que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il s'est référé à une lettre de sortie du 7 septembre 2009 émanant du Dr F. \_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Unité du rachis du Département de l'appareil locomoteur du Centre [...] [ci-après : le Centre hospitalier T. \_\_\_\_\_]), dont il ressortait que l'intéressée avait séjourné à l'Unité de rééducation du département précité du 17 août au 4 septembre 2009 et qu'à cette occasion, les observations suivantes avaient été formulées : " Diagnostic principal : • Lombo-sciatalgies droites chroniques persistantes dans le contexte d'un failed back surgery. • Status après discectomie avec pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 par voie antérieure (le 19.09.2006). • Status après révision cicatricielle avec révision du nerf ilio-hypogastrique et ilio-inguinal gauche (le 21.05.2007) • Déconditionnement musculaire et psychique. • Troubles dépressifs récurrents. [...] Evolution : [L]a patiente présente donc des lombo-sciatalgies droites persistantes à environ 3 ans de l'implantation de prothèses

discales. Les douleurs se sont nettement péjorées il y a une année. Les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans cette situation et durant son séjour ici à l'Hôpital [...] nous avons axé notre travail sur une approche de la kinésiophobie et sur les facteurs psychologiques ; en effet la patiente présente une ambivalence face à la séparation qui ravive des angoisses de perte de l'objet qui ont contextualisé la première crise suite au décès de son mari et avec une deuxième crise lors du deuil de son père. Une psychothérapie de soutien est donc indiquée et dans ce contexte la patiente a reçu les coordonnées de la polyclinique psychiatrique à [...] pour qu'elle puisse prendre contact. [...] Concernant sa capacité de travail, elle reste malheureusement nulle." Aux termes d'un rapport du 16 novembre 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin interniste et titulaire d'une formation en hypnose médicale SMSH, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent F33, de trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes chez une personnalité dépendante F60.7 et probablement émotionnellement labile type borderline F60.31, de lombosciatalgies droites chroniques dans le contexte d'un failed back surgery syndrom – status après discectomie avec pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 (le 19 septembre 2006), et de probable trouble somatoforme douloureux secondaire. Il a confirmé que l'intéressée était en incapacité de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Il a exposé que l'activité exercée à ce jour n'était plus envisageable, signalant à ce propos que les déplacements et mouvements lors de l'exécution des tâches ménagères au travail ou à domicile engendraient des douleurs. Il a ajouté qu'il ne pouvait pas se prononcer quant à l'exigibilité d'une activité adaptée. Enfin, il a souligné qu'il ne connaissait l'assurée que depuis peu. A ce compte-rendu était joint un rapport non daté émanant du Centre d'intervention P. \_\_\_\_\_ (portant les signatures des Drs V. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ [respectivement chef de clinique et médecin-assistant auprès de cet établissement], de l'assistante sociale I. \_\_\_\_\_ et de l'infirmière H. \_\_\_\_\_), dont il ressortait que l'intéressée avait été prise en charge du 13 juin au 10 août 1994 à la suite d'un tentamen par veinosection dans le cadre d'une rupture sentimentale, et qu'à cette occasion les diagnostics de trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes et de personnalité dépendante avaient été retenus. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a par ailleurs produit un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 22 octobre 2009, diagnostiquant des lombosciatalgies droites chroniques persistantes dans le contexte d'un failed back surgery, un déconditionnement musculaire et psychique, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, et relevant par ailleurs que globalement la situation restait stable. Par rapport du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble de la personnalité borderline F60.31 depuis que l'assurée était jeune adulte, et de trouble dépressif récurrent F33.9 depuis l'âge adulte. Il a précisé qu'il n'avait vu l'intéressée qu'à trois reprises, avant tout sur proposition du Dr F. \_\_\_\_\_, et que lors du dernier contrôle effectué le 17 décembre 2009, il était apparu que la thymie était plutôt neutre, que les plaintes se concentraient avant tout sur la sphère somatique, que les signes dépressifs étaient relativement bien stabilisés, et que l'état de santé psychiatrique n'était pas franchement décompensé. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a observé que l'intéressée souffrait certainement d'un trouble pouvant se décompenser nettement par périodes, avant tout sur un versant dépressif avec irritabilité et possibles passages à l'acte auto-agressifs, et que le vécu douloureux était également susceptible d'être plus important lorsqu'elle présentait des phases de dépression. Il a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre un suivi intensif actuellement, mais qu'il demeurerait à la disposition de l'assurée et de son médecin traitant en cas de besoin

(phases de décompensation). Concernant l'évaluation de la capacité de travail, le Dr N.\_\_\_\_\_ a renvoyé à l'appréciation des médecins somaticiens, tout en précisant que pour sa part il n'avait jamais rédigé de certificat d'incapacité de travail. Le 25 mai 2010, l'assurée a été convoquée au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), où elle a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire réalisé par les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Dans leur rapport du 7 juin suivant, ces derniers ont notamment relevé ce qui suit : " Diagnostics - avec répercussion durable sur la capacité de travail • Lombosciatalgies D et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après discectomie et pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 en 2006. M 54. • Périarthrite scapulo-humérale G. M 75. - sans répercussion sur la capacité de travail • Trouble dépressif récurrent sans précision en rémission complète. • Personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits dépendants, non décompensée F61. • Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0[.] • Syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue F13.25[.]

Appréciation du cas Actuellement, l'assurée se plaint de Lombosciatalgies D à caractère essentiellement mécanique. Elle signale également des céphalées en casque partant de la nuque et irradiant vers les yeux qu'elle appelle migraine. Ces céphalées ont un caractère continu, mais s'accompagnent de photophobie. Elle présente également des cervicalgies et des douleurs de l'épaule G avec limitation de la mobilité de cette articulation. L'assurée se plaint également de douleurs abdominales avec constipation fréquente. Au status, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais on note des signes de non organicité selon Waddel sous forme d'une importante démonstrativité, d'une importante différence entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen ainsi que de lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc les ceintures bloquées. La mobilité cervicale est satisfaisante. Seule la flexion cervicale est limitée par des cervicalgies diffuses et des lombalgies, mais il faut cependant noter que l'assurée développe une importante résistance volontaire à la flexion passive de la nuque. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Seule la mobilité de l'épaule G est limitée à l'élévation et à l'abduction. Cependant, l'élévation passive de l'épaule G est normale, mais l'assurée pousse alors des cris et des gémissements. L'élévation active de l'épaule G est pratiquement normale. L'épreuve de Jobe et du palm up sont douloureuses à l'épaule G et l'épreuve de Hawkins positive à G. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note des douleurs à la palpation des 6 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant bien insuffisant pour poser ce diagnostic. Le status neurologique est par ailleurs sp, si ce n'est une hypoesthésie de la face externe de tout le membre inférieur D et du pied D. Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence un status après pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 tout à fait satisfaisant. Par ailleurs, un myélo-CT-scan lombaire du 5 janvier 2009 aurait montré l'absence de changement de positionnement des implants avec peut-être un contact entre les racines L5-S1 à G, mais non à D. Malgré cela, il y aurait un remplissage tout à fait clair et net de chaque nerf au niveau L5-S1 ddc, ce qui éliminerait la possibilité d'une compression importante. Ainsi, ce myélo-CT-scan lombaire du 5 janvier 2009 ne démontrerait pas d'explication de la symptomatologie de la patiente. Par ailleurs, des radiographies pratiquées en mars 2009 selon la lettre du Dr S.\_\_\_\_\_ du 19 mars 2009, montreraient des mouvements normaux des prothèses aux deux niveaux. Dans cette situation, nous avons demandé à l'assurée de nous faire parvenir ces radiographies et les clichés du myélo-CT-scan lombaire, ce qu'elle n'a malheureusement pas fait. Dans ce

contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité d'aide-gouvernante dans une école hôtelière. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Cependant, des mesures d'ordre professionnel risquent d'échouer au vu du caractère démonstratif de l'assurée qui présente de nombreux signes de non organicité selon Waddel. Sur le plan psychiatrique, notre assurée est une femme labile, dépendante, immature, impulsive, instable, très abandonnique ce qui explique la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle qui a abouti à un tentamen par veinosection dans le cadre d'une rupture sentimentale. Effectivement, selon le Dr V. \_\_\_\_\_ et Dr X. \_\_\_\_\_ du Centre d'intervention P. \_\_\_\_\_ où l'assurée a été prise en charge du 13 juin 94 au 10 août 94, elle souffre d'un trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes et personnalité dépendante. La deuxième décompensation dépressive en 2009 a nécessité une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr N. \_\_\_\_\_, qui dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2010 retient les diagnostics de trouble de la personnalité borderline et trouble dépressif récurrent, mais il ne se prononce [pas sur] son intensité selon les critères de la CIM-10 ni sur la capacité de travail. Au point 1.6, il nous informe « je n'ai pour ma part pas rédigé de certificat d'incapacité de travail à voir avec les différents autres confrères ». Or, selon la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif. Cependant, chez notre assurée, en 1994, les psychiatres n'ont pas retenu le diagnostic d'épisode dépressif en préférant celui de trouble de l'adaptation qui ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant. Les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, ne sont pas réunis, raison pour laquelle, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Quoiqu'il en soit, actuellement l'assurée ne présente aucune symptomatologie dépressive qui puisse justifier une quelconque diminution de la capacité de travail. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits dépendants, non décompensée, présente probablement depuis l'adolescence et qui n'a jamais empêché l'assurée [d']assumer ses responsabilités socioprofessionnelles. Notre assurée souffre également d'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques caractérisés par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Actuellement, l'assurée ne présente pas [de] comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et les critères de sévérité selon la jurisprudence actuelle ne sont pas réunis. Et enfin, le diagnostic de syndrome de dépendance aux benzodiazépines utilisation continue, n'a aucune incidence sur la capacité de travail. Par conséquent, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée a développé deux décompensations anxio-dépressives réactionnelles sans incidence sur la capacité de travail qui est de 100% dans toute activité. Limitations fonctionnelles Rachis : nécessité de pouvoir alterner 3x/h la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de

travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membre supérieur G : alors que l'assurée est droitrière, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule G à plus de 60°, pas de levée de charges avec le membre supérieur G de plus de 8 kg. Actuellement, il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Il y a une incapacité de travail de 100% dans l'activité d'aide-gouvernante depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Sur le plan purement psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Dans l'activité d'aide-gouvernante, l'incapacité de travail est restée complète depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Capacité de travail exigible Dans l'activité habituelle : 0% comme aide-gouvernante Dans une activité adaptée : 100%. Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008. A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation." Par rapport SMR du 29 juin 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est rallié à l'appréciation des Drs Z.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_.

b) Le 22 juillet 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. En substance, se fondant sur les conclusions de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR le 25 mai précédent, l'office a relevé que l'intéressée présentait une incapacité de travail complète dans son activité habituelle, mais qu'elle disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, l'office a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'116 fr. en 2008 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2008 (dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10%), et d'un abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'intéressée était en mesure de réaliser un revenu annuel avec invalidité de 47'201 fr. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 51'458 fr., mettait en évidence une perte de gain de 4'257 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 8,27%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. L'office a par ailleurs relevé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre des mesures professionnelles, motif pris que l'intéressée pouvait trouver une activité adaptée à son état de santé sans formation professionnelle particulière. Par acte non daté, envoyé sous pli recommandé le 3 septembre 2010, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné, se référant à un certificat médical établi le 25 août 2010 par le Dr F.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit : "J'ai pris connaissance de l'expertise faite [au] SMR le 25.05.2010 par le Dr Z.\_\_\_\_\_ et la Dresse A.\_\_\_\_\_ . [...] Une partie de l'examen est basée sur un soi-disant comportement démonstratif avec des signes de non organicité de Waddell. Il est important de signaler que Waddell [...] a depuis longtemps supprimé la partie démonstrative déjà de ces signes de Waddell. Deuxièmement, la différence entr[e] la distance doigts-sol et doigts-orteil doit dépasser 30 cm pour être significative, ce qui n'est pas le cas ici. Ensuite, nous n'avons donc plus que 2/4 signes, ce qui montre que les signes de Waddell ne sont pas positifs pour parler d'un trouble quelconque. N'oublions pas non plus que les signes de Waddell ne sont pas là pour montrer la véracité des plaintes de la patiente, mais uniquement pour nous rendre attentifs au fait que d'autres problèmes sous-jacents peuvent être responsables et que c'est une patiente à ne pas opérer ! Malheureusement les signes de Waddell sont beaucoup utilisés dans la médecine asséculogique. Troisièmement, on fait référence aussi aux signes de Kummel

[...] quand on parle de la flexion cervicale qui déclenche des douleurs de la nuque et du dos, mais les signes de Kummel ne sont positifs que s'ils déclenchent uniquement des douleurs du dos et pas des cervicales. Donc de nouveau nous ne sommes pas en présence d'une exagération. C'est aussi étonnant de constater que des limitations fonctionnelles sont formulées dans cet examen, sans qu'aucun examen de capacité fonctionnelle n'ait été demandé, comme la Société Suisse en Médecine Physique le recommande. Donc cet examen ne peut malheureusement pas être retenu et Mme E. \_\_\_\_\_ devrait bénéficier d'une évaluation de ses capacités fonctionnelles réelles." Par avis médical SMR du 12 novembre 2010, le Dr J. \_\_\_\_\_ a observé que le certificat médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 25 août 2010 n'établissait aucun fait nouveau depuis le rapport d'examen SMR de juin 2010. En particulier, il n'était pas fait mention d'un nouvel élément depuis le printemps 2010, ni d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Quant à la discussion de la valeur des signes de Waddell et Kummel, celle-ci ne remettait aucunement en cause les constatations objectives émises par les spécialistes du SMR à la suite de leur examen bidisciplinaire. Tout au plus s'agissait-il d'une appréciation différente d'une situation similaire. Cela étant, le Dr J. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il y avait lieu de maintenir la position du SMR. c) Entre-temps, le 22 juillet 2010, l'OAI a reconnu à l'intéressée un droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. L'assurée a fait savoir le 10 août suivant qu'elle acquiesçait à la mise en œuvre de cette mesure. Toutefois, lors d'un entretien du 29 septembre 2010, l'intéressée a déclaré ressentir d'importantes douleurs et ne pas se sentir en état physique et moral d'entamer des recherches d'emploi, souhaitant du reste finaliser dans un premier temps la procédure pendante concernant le droit à la rente. Cela étant, la mesure d'aide au placement a été interrompue le 1<sup>er</sup> octobre 2010 (cf. rapport final de la Division administrative de l'OAI du 1<sup>er</sup> octobre 2010). d) Par décision du 7 janvier 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 juillet 2010. Aux termes d'une lettre explicative du même jour, l'office a écarté les arguments invoqués dans le certificat médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 25 août 2010 en reprenant les motifs exposés dans l'avis SMR du Dr J. \_\_\_\_\_ du 12 novembre 2010. B. a) Agissant par l'entremise de son conseil, l'assurée a recouru le 9 février 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux devant être fixé à dire de justice. En substance, l'assurée soutient que les avis respectifs des Drs R. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_, et F. \_\_\_\_\_, bien qu'ils divergent de l'appréciation du SMR, ont pourtant été écartés par les médecins de ce service sans aucune motivation ou discussion. Elle reproche par ailleurs à l'OAI de ne pas avoir spécifié quelles activités demeuraient adaptées à son état de santé. Sur le plan économique, elle critique l'abattement de 10% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidité et estime qu'une déduction de 15 à 20% serait plus adéquate, compte tenu de son âge (près de 50 ans), des douleurs croissantes occasionnées par ses lombosciatalgies, et de son manque de formation professionnelle. Elle considère également que l'OAI aurait dû ordonner une enquête ménagère afin d'évaluer son incapacité dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Enfin, la recourante produit un onglet de pièces se référant à des phases antérieures de la procédure. En date du 22 février 2011, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 9 février 2011, et désigné son mandataire, Me Benoît Morzier, en tant qu'avocat d'office. b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 29 mars 2011. Il relève en particulier que la mise en œuvre d'une enquête ménagère ne

s'effectue qu'en cas de statut totalement ou partiellement ménager, ce qui n'est pas le cas de la recourante. En droit : 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et remplit les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité. A noter qu'en revanche, l'intéressée n'a soulevé aucun grief à l'encontre du fait que l'intimé estime superflu de mettre en œuvre de mesures professionnelles (cf. décision du 7 janvier 2011 p. 2). 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 vertu 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) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). d) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; cf. TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). 4. Se fondant sur les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du 7 juin 2010 des Drs Z. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI considère que l'assurée n'est plus à même d'exercer son activité habituelle d'assistante gouvernante mais qu'elle dispose en revanche d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante, pour sa part, conteste cette appréciation en se prévalant notamment des comptes-rendus établis par ses médecins traitants les Drs R. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. a) Sur le plan somatique, les médecins du SMR ont retenu dans leur rapport d'examen bidisciplinaire du 7 juin 2010 les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies droites et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis après discectomie et pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 en 2006, et de périarthrite scapulo-humérale gauche. Ils ont également mentionné que l'assurée n'était plus en mesure de travailler dans son ancienne activité d'aide-gouvernante dans une école hôtelière, mais qu'elle conservait une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles constatées au niveau du rachis (soit une activité permettant d'alterner 3 fois par heure la position assise et la position debout, et d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ainsi que l'exposition à des vibrations) et du membre supérieur gauche (à savoir un poste ne nécessitant pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°, ni de levée de charges avec le membre supérieur gauche de plus de 8 kg), l'intéressée étant au demeurant droitrière. aa) Contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire de recours du 9 février 2011 pp. 6 à 9), les comptes-rendus des

Drs R. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ne comportent aucun élément susceptible de mettre en cause les conclusions formulées par les spécialistes du SMR dans leur rapport du 7 juin 2010. Ainsi, dans son rapport du 9 avril 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé en substance que l'assurée était totalement incapable d'exercer son ancienne activité en raison de douleurs chroniques. En tant que telles, ces constatations – bien que vagues et ne faisant état d'aucun diagnostic précis – ne s'opposent pas à celles des médecins du SMR s'agissant des plaintes annoncées et de l'exigibilité de l'activité habituelle. On notera en revanche que le Dr R. \_\_\_\_\_ s'est montré extrêmement restrictif dans la délimitation des travaux encore exigibles de l'assurée dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'est toutefois contenté de formuler des observations lapidaires sur le sujet, sans motiver son appréciation, et s'est abstenu de fixer le taux auquel une activité appropriée pourrait être exercée. A l'appui de son analyse, il n'a fait mention d'aucun élément concret et important dont les spécialistes du SMR n'auraient pas tenu compte. Pour ces raisons, l'avis somme toute passablement laconique du Dr R. \_\_\_\_\_ ne saurait faire douter de celui, plus objectif et mieux étayé, des médecins du SMR. S'agissant du Dr S. \_\_\_\_\_, il a exposé dans un premier temps que l'assurée souffrait de douleurs lombaires revêtaient un caractère incapacitant, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, et qu'une activité adaptée ne pourrait être exercée qu'en position assise à un taux toutefois indéterminé (cf. rapport du 21 avril 2009). Ultérieurement, tout en relevant que la situation n'avait que très peu évolué, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu une complète incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'intéressée comme dans une activité adaptée (cf. rapport du 27 octobre 2009). Ainsi, si les observations du Dr S. \_\_\_\_\_ sont compatibles avec celles du SMR s'agissant de l'existence d'une symptomatologie lombaire incapacitante et de l'inexigibilité de l'activité habituelle, on constate néanmoins des divergences concernant l'exercice d'une activité adaptée. Il sied toutefois de relever que dans ses comptes-rendus, le Dr S. \_\_\_\_\_ ne s'est exprimé que de manière très succincte sur ce dernier point, sans exposer les motifs objectifs à la base de son raisonnement. Du reste, on peine à comprendre que ce médecin ait tout d'abord considéré qu'une activité en position assise pouvait être exercée, pour ensuite retenir six mois plus tard, nonobstant l'absence de toute évolution significative sous l'angle médical, que l'assurée n'était finalement pas capable de travailler dans un poste adapté. Il suit de là qu'en ce qui concerne la question de l'exigibilité d'une activité adaptée, l'avis insuffisamment motivé et équivoque du Dr S. \_\_\_\_\_ n'altère en rien le bien-fondé des conclusions des médecins du SMR. Pour ce qui est du Dr F. \_\_\_\_\_, il a établi une lettre de sortie en date du 7 septembre 2009, dans laquelle il a fait état de troubles lombaires en substance superposable à ceux retenus par le SMR, et a signalé une capacité de travail nulle sans toutefois préciser s'il se référait à l'activité habituelle de la recourante ou à une activité adaptée; on relèvera au demeurant que ce constat fait suite à une hospitalisation du 17 août au 4 septembre 2009, au cours de laquelle l'approche thérapeutique a été axée davantage sur la composante psychique que sur les troubles somatiques (cf. rubrique « Evolution » du rapport du 7 septembre 2009; cf. également consid. 4b infra). Cela étant, on observe que ce compte-rendu ne met en lumière aucun élément médical précis – que ce soit au niveau des diagnostics somatiques ou de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail – justifiant de s'écarter de l'appréciation du SMR. Le 22 octobre 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ a rédigé un second rapport évoquant en substance une situation demeurée stable (cf. rapport du 22 octobre 2009 rubriques « Rappel anamnestique » [p.1] et « Appréciation » [p. 2]), sans aborder la question de la capacité résiduelle de travail de la recourante. En particulier,

contrairement à ce que soutient l'assurée (cf. mémoire de recours du 9 février 2011 p. 8, paragraphes 1 et 2), le rapport du 22 octobre 2009 se contente de décrire le status au jour de l'examen mais ne signale aucune limitation fonctionnelle concrète et objective dont les spécialistes du SMR n'auraient pas tenu compte. A l'aune de ces éléments, on en voit pas en quoi ce rapport – relativement peu motivé – pourrait jeter le doute sur les conclusions circonstanciées du SMR. Enfin, dans un certificat médical rédigé le 25 août 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_ a critiqué la valeur des signes de Waddell et Kummel évoqués dans le rapport du SMR du 7 juin 2010, dont il a estimé qu'il y avait lieu de s'écarter. Or, quoi qu'en dise le Dr F. \_\_\_\_\_, il apparaît que les spécialistes du SMR se sont référés à ces signes comportementaux – lesquels ne constituent que l'un des aspects de leur évaluation, leurs conclusions s'appuyant de façon prépondérante sur des constatations d'ordre médical et non pas sur des signes comportementaux – uniquement pour signaler la discordance existant entre les allégations au sujet des douleurs et les constatations objectives. Autrement dit, en évoquant les signes de Waddell (et implicitement, selon le Dr F. \_\_\_\_\_, de Kummel), les spécialistes du SMR ont souligné le fait que les constatations objectives résultant de l'examen clinique ne permettaient pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, respectivement témoignaient d'une certaine démonstrativité. En cela, il n'apparaît pas que l'appréciation de ces médecins soit critiquable (cf. dans le même sens TF 9C\_730/2010 du 11 avril 2011 consid. 5.3), contrairement à ce que prétend le Dr F. \_\_\_\_\_. On notera également que les limitations fonctionnelles ont été établies de manière objective par les médecins du SMR, à la suite d'un examen clinique approfondi, si bien que l'on ne voit pas en quoi un « examen de capacité fonctionnelle » – tel qu'évoqué par le Dr F. \_\_\_\_\_ – aurait pu être utile. Au reste, le certificat médical du 25 août 2010 ne contient aucune indication quant à d'éventuels facteurs qui auraient échappé à l'attention du SMR. Il s'ensuit qu'en définitive, le compte-rendu du Dr F. \_\_\_\_\_ du 25 août 2010 ne jette aucun discrédit sur les conclusions du rapport du SMR du 7 juin 2010. Pour le surplus, bien que l'assurée ne se soit pas prévalu de l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, on notera que dans son rapport du 16 novembre 2009, ce médecin a mentionné des troubles lombaires analogues à ceux évoqués dans le rapport précité du SMR, tout en considérant – à l'instar de ce service – que l'activité habituelle n'était plus envisageable; en revanche, le Dr D. \_\_\_\_\_ a renoncé à se prononcer s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée. Cela étant, l'appréciation de ce praticien ne remet donc pas en cause celle du SMR. bb) S'agissant des troubles affectant l'épaule gauche de l'assurée, ils n'ont été observés que par les médecins du SMR lors de l'examen bidisciplinaire du 25 mai 2010. Dans leur rapport du 7 juin 2010, ces derniers ont exposé de manière claire et convaincante leur point de vue sur la question. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. b) Sous l'angle psychique, la recourante ne soulève aucun grief à l'encontre du volet psychiatrique de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR le 25 mai 2010. Malgré tout, il se justifie néanmoins d'émettre les commentaires suivants. aa) Les médecins du SMR ont exclusivement retenu des diagnostics dépourvus d'impact sur la capacité de travail, à savoir un trouble dépressif récurrent sans précision en rémission complète, une personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits dépendants, non décompensée (F61), une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), ainsi qu'un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F13.25). Ils ont plus particulièrement relevé que l'intéressée présentait une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle qui avait abouti à une première décompensation en 1994 suivie d'une seconde décompensation dépressive en 2009, mais que ces deux décompensations étaient sans incidence sur la capacité de

travail, laquelle atteignait 100% sur le plan psychiatrique, dans toute activité. bb) Rien au dossier n'incite à douter de cette évaluation. En particulier, les diagnostics retenus par le SMR s'inscrivent dans la lignée de ceux posés en 1994 par les spécialistes du Centre d'intervention P. \_\_\_\_\_ (trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes et personnalité dépendante), lesquels n'ont fait état d'aucune incapacité de travail dans leur compte-rendu. S'agissant du Dr N. \_\_\_\_\_, il est vrai que ce dernier a établi un rapport médical le 1<sup>er</sup> mars 2010 retenant les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité borderline (F60.31) et de trouble dépressif récurrent (F33.9). Ce médecin a toutefois très fortement nuancé sa position en signalant qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, point sur lequel il convenait d'interpeller les médecins somaticiens; il a également souligné le caractère fluctuant des affections psychiques de l'assurée et a relevé qu'actuellement la thymie était plutôt neutre, qu'il n'y avait aucune décompensation à signaler et qu'un suivi psychiatrique ne se justifiait pas. Au vu de ces éléments, on ne peut déduire des constatations du Dr N. \_\_\_\_\_ l'existence d'une atteinte psychique susceptible d'avoir un impact réel sur la capacité de travail de l'assurée. A cela s'ajoute que les médecins du SMR se sont écartés de l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_ en expliquant, de manière convaincante, que les critères cliniques en faveur d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent n'étaient pas réunis en l'occurrence, que de toute manière l'intéressée ne présentait actuellement aucune symptomatologie dépressive justifiant une quelconque diminution de la capacité de travail, et que de plus le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits dépendants, non décompensée et présente probablement depuis l'adolescence, n'avait jamais empêché l'assurée d'assumer ses responsabilités socioprofessionnelles (cf. rapport des Drs Z. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2010 9). Pour l'ensemble de ces motifs, on ne saurait préférer l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_ à celui du SMR. De même, les observations formulées par les médecins somaticiens quant aux troubles psychiques de l'assurée n'incitent en rien à rejeter les conclusions du SMR. Ainsi, la simple mention d'un syndrome dépressif dans le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2009, sans aucune précision, n'est nullement révélatrice d'une atteinte psychique incapacitante. Par ailleurs, contrairement à ce qu'a retenu le Dr S. \_\_\_\_\_ le 21 avril 2009, la référence à un facteur psychosocial n'est pas constitutive d'une affection se répercutant sur la capacité de travail. En effet, si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; cf. TF 9C\_837/2011 & 9C\_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3). En outre, le fait que le Dr S. \_\_\_\_\_ ait signalé le 21 avril 2009 de possibles restrictions psychiques (« ? stress ») ainsi qu'une éventuelle dépression ne saurait être considéré comme décisif, puisque ce médecin – qui n'est du reste pas psychiatre – ne s'est exprimé que de manière hypothétique. Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, il a évoqué un déconditionnement psychique ainsi qu'un trouble dépressif récurrent (cf. rapports du 7 septembre et 22 octobre 2009), tout en relevant que les facteurs psychologiques jouaient un rôle important dans la péjoration des lombosciatalgies signalées par l'assurée depuis 2008 (cf. rapport du 7 septembre 2009). Pour autant, il n'a nullement spécifié si, et le cas échéant en quoi, ces troubles se répercutaient sur la capacité de travail; en revanche, les spécialistes

du SMR ont expliqué, dans leur rapport du 7 juin 2010, que la composante dépressive n'était pas incapacitante, tout comme l'impact des difficultés psychologiques sur les symptômes physiques (cf. rapport du 7 juin 2010 p. 9). En définitive, l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_ ne contient donc aucun élément justifiant de s'éloigner de l'avis dûment motivé des médecins du SMR. On relèvera en outre, s'agissant du Dr D. \_\_\_\_\_, que ce dernier a mentionné dans son rapport du 16 novembre 2009 des atteintes psychiques se répercutant sur la capacité de travail, à savoir un trouble dépressif récurrent (F33), un trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes chez une personnalité dépendante (F60.7) et probablement émotionnellement labile type borderline (F60.31), ainsi qu'un probable trouble somatoforme secondaire. Il n'a toutefois nullement motivé son point de vue à ce sujet, si bien que là encore, il y a lieu de préférer l'appréciation plus détaillée des médecins du SMR déniaient tout caractère incapacitant aux troubles psychiques présentés par l'assurée. c) En définitive, il appert que seuls les Drs Z. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ ont procédé à un examen global de la situation et qu'il ne se trouve au dossier aucun avis médical – que ce soit sous l'angle somatique ou psychique – qui inciterait à doute des conclusions exposées dans leur rapport d'examen bidisciplinaire du 7 juin 2010, conclusions du reste confirmées par le Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR le 29 juin 2010. Par ailleurs et surtout, le rapport des Drs Z. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2010 est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Cela étant, il convient donc de retenir avec les spécialistes du SMR – et, corollairement, l'OAI – qu'en raison de ses atteintes physiques, la recourante ne peut certes plus travailler dans son ancienne activité d'aide-gouvernante, mais qu'elle conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. d) A noter que l'assurée reproche en vain à l'intimé de ne pas avoir indiqué les différents types d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles (cf. recours du 9 février 2011 p. 9 s.). En effet, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Il faut souligner qu'à cet effet, une aide au placement a été accordée à l'assurée le 22 juillet 2010, afin qu'elle puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, mais que cette mesure a été interrompue quelques mois plus tard devant les réticences émises par l'intéressée (cf. let. A.c supra). On rappellera enfin que conformément à l'obligation de diminuer le dommage, la recourante est tenue d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées). 5. Il convient d'ajouter à ce stade que c'est à tort que la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir ordonné d'enquête ménagère (cf. mémoire de recours du 9 février 2011 p. 11). a) A ce propos, on relèvera que l'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et

ATF 125 V 146). Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Dans ce contexte, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne concernée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (cf. TF 9C\_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.1). Enfin, lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146 ; 130 V 393, consid. 3.3). b) Il découle de ce qui précède qu'une enquête ménagère ne se justifie que pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels à l'égard des assurés n'exerçant aucune activité lucrative (méthode spécifique), respectivement des assurés, qui en sus d'une activité lucrative à temps partiel, se consacrent pour le reste à leurs travaux habituels (méthode mixte). Or, en l'espèce, il ressort du dossier que l'assurée occupait un poste à 100% auprès de son dernier employeur et qu'elle aurait continué à travailler à ce même taux si elle était demeurée en bonne santé (cf. formulaire 531bis, non daté), ce qu'elle ne conteste pas au demeurant. Elle doit donc se voir reconnaître un statut d'active à 100%. Son invalidité devant par conséquent être évaluée selon la méthode générale, une enquête ménagère s'avère hors de propos. 6. Sous l'angle économique, l'assurée ne soulève aucun grief à l'encontre des revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé échappent du reste à toute critique. L'intéressé conteste, en revanche, le taux d'abattement de 10% pratiqué par l'OAI sur le revenu d'invalide, faisant valoir que cette déduction ne tient pas compte de son âge, des douleurs croissantes engendrées par ses lombosciatalgies, et de ses lacunes sur le plan de la formation professionnelle. a) Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte

des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, il appert que l'intimé a retenu un abattement de 10% eu égard aux limitations fonctionnelles de l'assurée telles que constatées objectivement par les médecins du SMR. Cela étant et compte tenu des critères jurisprudentiels dont il y a lieu de tenir compte pour fixer le taux d'abattement (cf. consid. 6a supra), il appert que les plaintes subjectives de l'assurée ne sauraient justifier une déduction plus importante. Pour le reste, il sied de relever que l'AI n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité – tels que le manque de formation professionnelle ou l'âge. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge ou le manque de formation jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5; cf. VSI 1998 p. 293). En outre, la situation de la recourante n'a pas à être examinée au regard de la jurisprudence sur l'évaluation de l'invalidité des assurés proches de l'âge de la retraite, dès lors que l'intéressée était âgée de 48 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue (soit le 7 janvier 2011), ce qui ne correspond pas à la limite d'âge à partir de laquelle le Tribunal fédéral admet qu'il peut être difficile pour un assuré de se réinsérer sur le marché du travail (cf. TF 9C\_428/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.2). Par conséquent, il apparaît que les griefs invoqués par la recourante sont mal fondés et que le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI est justifié au vu des particularités du cas d'espèce.

c) Partant, il y a lieu de retenir avec l'intimé que le degré d'invalidité s'élève à 8,27%, taux qui s'avère toutefois inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI). C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une telle prestation à la recourante.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en

bénéfice du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Benoît Morzier (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 12 heures de prestations d'avocat, ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 2'160 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, à hauteur de 172 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 66 fr., auxquels il convient d'ajouter 5 fr. 28 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante s'élève ainsi à 2'404 fr. 08 TVA comprise, montant que l'on peut arrondir à 2'404 fr. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 9 février 2011 par E.\_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision rendue le 7 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Benoît Morzier, conseil de la recourante E.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'404 fr. (deux mille quatre cent quatre francs), TVA comprise. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Benoît Morzier (pour la recourante) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.