

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Brélaz Brailard
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

E._____, à Bienne, recourante, représentée par Procap, Service juridique,
à Bienne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. E. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 1988 et 1990 d'une précédente union, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de coiffeuse pour dames obtenu en 1981, d'un diplôme d'esthéticienne-cosméticienne délivré en 1999, et d'un certificat d'aide-soignante acquis en 2001. Sur le plan professionnel, elle a notamment œuvré comme coiffeuse, ouvrière d'usine et aide-soignante (en dernier lieu auprès de la Fondation J. _____, à S. _____, du 1^{er} août 2001 au 31 août 2002), avant d'entreprendre dès 2003 une activité indépendante dans le domaine de la téléphonie mobile, exploitant avec son actuel époux l'entreprise M. _____ SNC et y effectuant plus particulièrement des tâches administratives; cette activité s'est terminée à la fin octobre 2007, la société susdite ayant été radiée du registre du commerce vaudois le 25 octobre 2007, après avoir été dissoute et liquidée.

B. a) Le 4 mars 2008, l'assurée - alors domiciliée dans le canton de Vaud - a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, respectivement d'une rente, en raison d'une chute sur le dos survenue en 1981 à la patinoire.

Aux termes d'un formulaire 531bis complété le 18 mars 2008, l'intéressée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait depuis toujours travaillé à 100% comme aide-soignante, par nécessité financière.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr B. _____, chiropraticien traitant, a fait part de ses observations dans un rapport du 27 mars 2008. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicarthrose sur trouble statique («*évolution chronique depuis [quelques] années*»), de dorsalgies moyennes et de lombosciatalgies droites irritatives dans le contexte d'une discopathie L5-S1 sévère avec décompensation lombo-

pelvienne («*persistantes depuis 2007*»). Il a précisé que la dernière activité d'assistante de vente dans l'entreprise familiale avait été arrêtée pour cause de fin de bail, étant précisé que l'assurée avait présenté dans cette activité une complète incapacité de travail depuis le 8 octobre 2007, incapacité qui perdurait à ce jour. A titre de restrictions, il a indiqué que l'intéressée devait éviter les tâches lourdes, la position assise au-delà de trois-quarts d'heure, et la station debout prolongée; en outre, le périmètre de marche était limité à une demi-heure. Il a considéré que dans un poste de coiffeuse ou d'aide-soignante, l'exigibilité serait vraisemblablement de 50%, sans diminution de rendement. Il a notamment annexé à son compte-rendu les documents suivants :

- un rapport du 13 décembre 2007 du Dr L._____, radiologue, consécutif à une imagerie par résonance magnétique [IRM] lombaire effectuée la veille, concluant à des discopathies sévères avec protrusion discale postérieure médiane avec extension foraminale des deux côtés, extension contribuant à un rétrécissement bilatéral plus important que lors d'un précédent examen en 2002;

- un rapport du 28 décembre 2007 du Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, exposant que la situation de l'assurée était marquée par une lombosciatalgie chronique sur discopathie L5-S1, que les douleurs référées avaient habituellement pu être contrôlées, mais que tel n'était plus le cas depuis l'apparition récente d'une sciatalgie droite rebelle au traitement conservateur; sous l'angle fonctionnel, ce médecin notait plus particulièrement un défaut de stabilisation du plan musculaire profond, une hypoextensibilité musculaire des secteurs sous pelviens postérieurs, et un défaut de conscience corporelle.

Par communication du 21 juillet 2008, l'OAI a informé l'assurée que, selon les investigations effectuées, aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé et que par conséquent l'étude du droit à une éventuelle rente AI était en cours.

Par rapport du 20 août 2008, le Dr P._____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites dans un contexte de discopathie dégénérative avérée L5-S1 avec œdème ostéoméduillaire de type Modic II et de sévère déconditionnement physique avec défaut de stabilisation du plan musculaire profond et de la conscience corporelle - atteintes existant depuis 2003. Il a émis un pronostic réservé en raison de la sévérité du déconditionnement physique. Il a exposé que l'assurée, aide-soignante de profession, se trouvait en totale incapacité de travail depuis le 8 octobre 2007. Il a par ailleurs fait état de restrictions sous forme d'une intolérance aux positions statiques longtemps maintenues ainsi qu'aux activités imposant un porte-à-faux ou un port de charges; il a précisé que nonobstant une remise en question de son estime de soi, l'intéressée ne présentait pas de symptômes de la lignée dépressive. Il a ajouté que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus envisageable mais que, toutefois, dans une activité allégée et aux contraintes professionnelles moins importantes, une exigibilité professionnelle rentrerait en ligne de compte. Il a par ailleurs produit les pièces suivantes :

- un rapport du 14 avril 2008 du Dr T._____, médecin-chef au Centre thermal de Z._____, signalant des lombosciatalgies droites chroniques dans le contexte d'une discopathie avec discarthrose L5-S1, un déconditionnement musculaire et psychique, ainsi que des cervicobrachialgies droites chroniques, et précisant en outre qu'une prise en charge individuelle avec enseignement ergothérapeutique avait été mise en œuvre auprès du centre précité;

- un compte-rendu du 27 mai 2008 émanant de ce même médecin, évoquant des lombosciatalgies droites chroniques dans le contexte d'une discopathie avec discarthrose L5-S1 ainsi qu'un déconditionnement musculaire, et exposant par ailleurs que la prise en charge physique et ergothérapeutique débutée après la consultation d'avril 2008 s'avérait difficile et que l'on était loin de pouvoir proposer un traitement intensif de reconditionnement.

Entre-temps, le 15 août 2008, 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 rhumatologique effectué par la Dresse O._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 29 août suivant, cette dernière a notamment fait état de ce qui suit :

"Anamnèse actuelle générale

Pour l'assurée tout commence en 1981, où elle fait une chute sur la patinoire de Bienne et ressent par la suite des douleurs rachidiennes, notamment lombaires et entre les omoplates. [...] Avec les années, les douleurs s'empirent, notamment dans le cadre des deux accouchements. [...]

Lors du déménagement en Suisse romande en 2001, les douleurs augmentent encore une fois mais l'assurée « se traîne » jusqu'en 2003. Elle consulte alors le Dr P._____. [...] En octobre 2007, l'assurée se tape violemment contre le bord du lit avec la jambe D et ressent tout de suite des douleurs horribles derrière au dos, qui s'étendent jusqu'au petit orteil à D. Elle consulte le Dr P._____ qui lui fait des infiltrations, la dernière fois au printemps 2008. Ceci [ne] diminue cependant les douleurs qu'à environ 50 % [...].

L'assurée est alors adressée au Dr T._____ à [...], où elle suit actuellement une thérapie active à raison de 2 x/semaine avec piscine thérapeutique. Les consultations se font tou[te]s les 6 à 8 semaines, selon le programme. [...]

DOSSIER RADIOLOGIQUE

RX colonne cervicale f/p/axiale du 23.01.2008 : rectitude, alignement conservés. Diminution de l'espace intervertébral C5-C6 avec spondylose antérieure. Ebauche d'uncarthrose C4-C5, et un[e] plus marquée en C5-C6 G. Pas de rétrécissement significatif des trous de conjugaison, en C6-C7 G il y a quelques discrets spondylophytes postérieurs. Calcification de l'os hyoïde.

RX colonne lombaire f/p du 29.10.2002 : minéralisation et alignement conservés jusqu'à L5 où il y a un petit rétrolisthesis dans le cadre d'une discarthrose L5-S1 avancée avec quelques spondylophytes antérieurs, également au plateau supérieur L4. Déviation de la colonne vers la D. *Sacrum erectum* avec un angle sacré de 140°. Articulations sacro-iliaques sans particularité.

IRM lombaire du 04.11.2002 : rectitude. Discopathie L5-S1 avancée avec rétrolisthesis et signe de MODIC II relativement étendu en miroir. Protrusion postérieure médiane à paramédiane bilatérale s'étendant vers les foramens; racines pas enfl[e]s, mais conflit possible. Musculature bien conservée. Pas de spondylarthrose significative. Pas de signe d'un ancien traumatisme.

RX colonne lombaire f/p du 03.12.2007 : minéralisation et alignement conservés, hormis un rétrolisthesis L5 dégénératif sur discopathie sévère, spondylose antérieure de type *traction spur* du plateau inférieur L5. *Sacrum erectum* avec un angle sacré de 140°.

Discrète déviation de toute la colonne vers la G. Articulations sacro-iliaques bien conservées, pas de signe inflammatoire. Espace articulaire coxo-fémoral large ddc.

IRM lombaire du 12.12.2007 : rectitude. Discopathie sévère L5-S1 avec protrusion médiane et paramédiane bilatérale avec extension vers les foramina contribuant à un conflit avec les deux racines. Remaniement discrètement inflammatoire des plateaux L5-S1. Rétrécissement bilatéral foraminal plus important par rapport à l'examen du 04.11.2002 (Dr L._____).

RX bassin face du 29.10.2002 : minéralisation et alignement conservés. Pas de lésion dégénérative ou inflammatoire visible. Faible couverture des cotyles, sans signe d'une dysplasie. Articulations sacro-iliaques avec petit ostéophyte caudal D. Deux phlébolithes dans le petit bassin.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

• **LOMBOSCIATALGIES D DANS LE CADRE D'UN TROUBLE STATIQUE ET D'UNE DISCOPATHIE L5-S1 SÉVÈRE AVEC RÉTROLISTHÉSIS DÉGÉNÉRATIF AVEC PROTRUSION BILATÉRALE ET PROBABLE IRRITATION DES RACINES S1 ; DYSBALANCES MUSCULAIRES. (M51.3)**

• **CERVICO-SCAPULALGIES BILATÉRALES PLUS MARQUÉES À D DANS LE CADRE D'UNE DISCOPATHIE DÉBUTANTE C5-C6 AVEC DYSBALANCES MUSCULAIRES. (M50.3)**

[...]

APPRÉCIATION DU CAS

Cette assurée présente donc des rachialgies depuis une chute sur une patinoire en 1981, qui se sont accentuées dans le contexte des accouchements et lors d'un déménagement en 2001. En octobre 2007, elle se heurte avec la jambe D contre son lit réveillant des douleurs insupportables, motivant un arrêt de travail comme aide-soignante [sic].

[...]

Le dossier radiologique confirme le trouble de la statique rachidienne et met en évidence une discopathie L5-S1 avancée avec rétrolisthésis dégénératif et signe inflammatoire. Il y a une protrusion médiane qui s'étend vers les foramens, pouvant créer un conflit avec les deux racines, mais une compression nette n'est pas visualisée. Au niveau cervical, on note un début de discopathie C5-C6 avec spondylose et uncarthrose associée, modérée, apparemment sans impact sur les racines puisque les trous de conjugaison sont libres.

En résumé, cette assurée présente des rachialgies étendue, avec sciatalgies D dans le cadre d'un trouble statique et d'une discopathie L5-S1 sévère, protrusive et avec rétrolisthésis de grade I. Une irritation du moins intermittente des racines S1 n'est pas

exclue. L'étendue et l'intensité des douleurs ne sont cependant pas complètement expliquées par les données objectives, l'assurée montre une tendance de type fibromyalgique pour la partie supérieure du corps. La collaboration n'est pas plus que moyenne, ainsi elle bloque la manoeuvre de la jambe tendue autour de 45°, la lève activement jusqu'à 70° et arrive à s'asseoir les jambes tendues sur le lit. Elle reste assise calmement et sans signe non-verbal de douleur pendant une bonne heure, mais se lève lorsque l'on parle des douleurs à la jambe droite, tout en expliquant par après que c'était largement le maximum qu'elle pouvait supporter et que normalement elle se bouge plus tôt.

Malgré ces signes de majoration de symptômes et l'expression du sentiment d'être mal comprise par tous les médecins, il y a objectivement une atteinte rachidienne nette et avancée pour l'âge, définissant des limitations fonctionnelles bio-mécaniques claires. Dans ce contexte, il est évident que l'assurée ne peut ni travailler en tant qu'aide-soignante, ni comme coiffeuse, vu la sollicitation du rachis que ces professions demandent. Dans une activité adaptée, une incapacité de travail totale n'est cependant pas justifiée, à la fin des mesures de reconditionnement elle peut être estimée à au moins 80-90 %, avec probablement quelques fluctuations dans le cadre d'une possible irritation S1 occasionnelle. La diminution est due à la nécessité de changer régulièrement les positions de travail.

Les limitations fonctionnelles

Il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, accroupie et agenouillée. L'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Le port de charges est limité à 5 kg.

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

Depuis le 08.10.2007, selon le rapport médical du Dr B. _____, chiropraticien (31.03.2008).

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

100 % dès lors pour tout travail lourd.

Selon le Dr B. _____, l'assurée pourrait travailler à 50 % dans ses professions apprises de coiffeuse et aide-soignant. Basée sur l'examen de ce jour la capacité de travail dans une activité adaptée est actuellement 50%, à la fin de la rééducation en cours, la capacité de travail devrait s'élever à au moins 80 %.

Concernant la capacité de travail exigible, il est évident que l'atteinte rachidienne sévère L5-S1, malgré que le fait qu'elle soit mono-segmentaire, contre-indique tout travail lourd et dans des positions vicieuses. Ainsi, l'activité d'aide-soignante n'est plus exigible, celle de coiffeuse n'est certainement pas vraiment adaptée. Actuellement, l'assurée peut au moins travailler à 50 % dans une activité adaptée, étant donné que les infiltrations et les différentes mesures ont fait diminuer la douleur à 50 % environ, à la

fin de la rééducation, au plus tard à fin septembre 2008, on peut attendre une capacité de travail entière avec une diminution de 10-15% possible à cause du besoin de changer les positions. Théoriquement, les mesures professionnelles peuvent commencer en août 2008 à 50%

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME AIDE-SOIGNANTE.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50 % À AUGMENTER APRÈS LA FIN DE LA RÉÉDUCATION.

DES MESURES PROFESSIONNELLES PEUVENT ÊTRE ENTAMÉES À 50 % DEPUIS AOÛT 2008, À 85 % DÈS FIN SEPTEMBRE 2008."

Dans un rapport médical SMR du 15 septembre 2008, la Dresse O._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies droites dans le cadre d'un trouble statique et d'une discopathie L5-S1 sévère protrusive avec probable irritation radiculaire bilatérale et dysbalances musculaires. Elle a observé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, respectivement de «50%, 85% *théoriquement après reconditionnement*» dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles observées lors de l'examen clinique du 15 août 2008.

U._____, assureur perte de gain en cas de maladie versant des indemnités journalières à l'assurée depuis le 7 novembre 2007, a transmis le dossier de cette dernière à l'OAI en date du 7 octobre 2008. Y figuraient notamment les documents suivants :

- un rapport du Dr T._____ du 1^{er} juillet 2008 signalant des cervico-scapulalgies chroniques et des lombosciatalgies droites dans le contexte d'une discarthrose L5-S1 avec dysbalances musculaires, depuis 1981. Il était également précisé que le traitement physiothérapeutique débuté au Centre médical de Z._____ n'allait pas sans difficultés en raison des douleurs très fluctuantes de l'intéressée, qu'une prise en charge hospitalière était prévue pour septembre 2008, et qu'il existait certainement un surmenage sur le plan psychique non reconnu par l'assurée;

- un avis du 4 septembre 2008 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, adressé au médecin-conseil de U._____ et libellé comme suit :

"Nous vous faisant parvenir déjà ci-après quelques renseignements concernant votre mandat d'expertise.

1. Diagnostic ?

Axe I nihil

Axe II nihil

Axe III* cf. spécialiste concerné

Axe IV fermeture et difficulté économiques de l'entreprise du couple en novembre 2007, autres (?)

2. Capacité de travail dans la profession actuelle (% et dates) ?

Rien n'indique que l'assurée ait souffert d'un trouble psychique particulier. Nous estimons que, d'un point de vue strictement psychiatrique, sa capacité de travail a toujours été entière.

L'assurée partage cette appréciation.

3. traitement ?

[...]

Nous n'avons aucune proposition de traitement à faire.

[...]

N.B. : l'expertise suivra prochainement."

- un rapport d'expertise du 8 septembre 2008 émanant du Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en maladies rhumatismales, diagnostiquant des cervico-dorso-lombalgies chroniques ainsi qu'un «*Trouble somatoforme/Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*», relevant qu'une hospitalisation de trois semaines était prévue prochainement à l'Hôpital [...] pour un traitement intensif de reconditionnement musculaire, et précisant que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité d'aide-soignante mais que, dans une activité adaptée (avec possibilité de changer de position périodiquement, sans charge, sans travail en porte-à-faux), le temps de travail comme le rendement devraient être normaux.

Par communication du 5 décembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une orientation professionnelle. Dans ce contexte, après avoir

déménagé à [...] (BE), l'intéressée s'est entretenue en mai 2009 avec une spécialiste en réadaptation de l'Office AI Berne (antenne de [...]). A cette occasion, elle a signalé que son état de santé s'était fortement dégradé depuis quelques temps - en raison d'une ménopause précoce, d'une aggravation de ses troubles dorsaux et arthrosiques, de l'apparition de problèmes allergiques et de l'augmentation rapide de sa presbytie - et qu'elle ne se voyait pas travailler au-delà de 30 ou 40%, soit douze à quinze heures hebdomadaires (cf. rapport final de l'Office AI Berne du 5 juin 2009). Elle a par ailleurs produit un certificat médical du 2 juin 2009 rédigé par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, et médecin traitant depuis le 1^{er} septembre 2008. Ce dernier faisait état d'une lombosciatalgie droite chronique et invalidante, correspondant radiologiquement à une spondylo-discarthrose L5-S1 sévère ainsi qu'à une hernie discale et à une arthrose des petites articulations du même étage. Il ajoutait que l'assurée se plaignait par ailleurs de cervicalgies correspondant sur les radiographies à une spondylodiscarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Il précisait que l'évolution était défavorable, avec une aggravation des douleurs et surtout une raideur le matin au réveil d'une durée de plusieurs heures malgré le traitement antalgique prescrit. Il considérait enfin qu'en tant qu'aide-soignante, coiffeuse ou vendeuse, la capacité de travail de l'intéressée était nulle, et que dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges excédant 7 kg, la capacité de travail ne dépassait pas 40%.

Par avis médical SMR du 10 août 2009, la Dresse O._____ a notamment relevé que le traitement de l'assurée demeurait inchangé et que quand bien même le Dr F._____ signalait une hernie discale dans son certificat du 2 juin 2009, il demeurait que l'IRM lombaire du 12 décembre 2007 concluait à une protrusion médiane-paramédiane bilatérale avec extension foraminale pouvant créer un conflit avec les racines, le signe Modic bien présent en 2002 étant devenu discret. Cela étant, la Dresse O._____ a considéré qu'il n'y avait pas d'explication objective plaidant dans le sens d'une incapacité de travail totale [sic] depuis juin 2009 et a proposé de demander au Dr F._____ un status

clinique détaillé récent ainsi que les rapports médicaux d'éventuelles nouvelles investigations, surtout radiologiques.

Le 24 août 2009, le Dr F. _____ a notamment transmis à l'OAI un rapport établi par ses soins le 14 octobre 2008 à l'attention de l'assureur U. _____. Sur le plan somatique, ce compte-rendu dépeignait une situation essentiellement superposable à celle décrite dans le certificat 2 juin 2009 susmentionné, alors que sous l'angle psychique, il était fait mention d'une souffrance psychologique importante chez l'assurée - laquelle se déclarait «*au bout du rouleau*» et évoquait des idées suicidaires - justifiant une prise en charge psychiatrique; au terme de son rapport, le Dr F. _____ invitait par ailleurs l'assureur U. _____ à mettre sur pieds une expertise avant de se déterminer sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressée.

Le 23 septembre 2009, le Dr F. _____ a établi un rapport médical à la demande de l'OAI, lequel l'invitait par ailleurs, sous la rubrique «*Questions complémentaires*», à transmettre «*un status clinique détaillé récent, ainsi que les rapports médicaux d'éventuelles nouvelles investigations, en particulier radiologiques*». Dans son rapport, le Dr F. _____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs sévères, et de lombosciatalgie droite invalidante correspondant à la présence d'une hernie discale L5-S1 ainsi qu'à des troubles dégénératifs au même étage. Il a en outre émis un pronostic défavorable, relevant que l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible, mais que des mesures de réadaptation professionnelle dans une activité légère et adaptée demeuraient possibles.

Par avis médical SMR du 3 novembre 2009, le Dr V. _____ a observé que le dernier rapport du Dr F. _____ ne mentionnait aucun élément médical nouveau, étant souligné que, comme précédemment, ce médecin évoquait une hernie discale L5-S1 alors même que seule une protrusion discale avait été révélée par imagerie. Cela étant, le Dr V. _____ a maintenu que la capacité de travail dans une activité adaptée

s'élevait au moins à 50%, avec une augmentation progressive jusqu'à 85% après une période de reconditionnement de trois mois au plus.

b) En date du 3 décembre 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations. Il a en particulier retenu que l'intéressée n'était certes plus en mesure d'exercer une activité lourde depuis le 8 octobre 2007, mais que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle disposait en revanche d'une capacité de travail de 50% dès août 2008, puis de 85% dès septembre 2008 (c'est-à-dire après une période de reconditionnement). Soulignant que des mesures d'ordre professionnel n'avaient pas été mises sur pied dans la mesure où l'intéressée avait déclaré à l'Office AI Berne qu'elle ne pouvait travailler au-delà de 30 à 40%, l'OAI a procédé à une approche théorique du cas. A cet égard, il a relevé que la cessation de l'activité indépendante en octobre 2007 n'avait pas été causée par des motifs médicaux, de sorte qu'il y avait lieu de retenir que, sans ses troubles de santé, l'intéressée aurait occupé, après la fin de son activité d'indépendante, un poste d'aide-soignante dans le cadre duquel elle aurait pu réaliser un revenu sans invalidité de 60'000 fr. en 2008. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'019 fr. en 2006 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], 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 2006 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux (+ 1,60% de 2006 à 2007, et + 2,07% de 2007 à 2008), d'une diminution de rendement de 15% et d'un abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel avec invalidité de 39'886 fr. 75. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 60'000 fr., mettait en évidence une perte de gain de 20'113 fr. 35 correspondant à un degré d'invalidité de 33,52%, excluant le droit à une rente AI. L'office a enfin relevé que les chances de succès d'éventuelles mesures d'ordre professionnel apparaissaient vouées à l'échec compte tenu de la position de l'assurée quant à l'exigibilité médicale.

L'intéressée a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet par acte du 22 décembre 2009. En substance, elle a fait valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'évolution de son état de santé et de l'appréciation du Dr F._____, et a contesté disposer d'une capacité résiduelle de travail de 85%.

Dans une écriture complémentaire du 23 février 2010, l'intéressée, désormais représentée par un mandataire, a estimé qu'il y avait lieu d'actualiser son dossier au moyen de nouveaux examens radiologiques tant au niveau lombaire que cervical, les derniers clichés remontant à fin 2007/début 2008. Elle s'est par ailleurs prévalu d'un taux d'invalidité de 51% compte tenu, d'une part, d'un revenu sans invalidité de 63'480 fr. fondé sur les statistiques de l'Union syndicale suisse, et, d'autre part, d'un revenu d'invalidité de 30'819 fr. découlant des chiffres de l'ESS 2008 sous déduction d'une baisse de rendement de 20% et d'un abattement de 25%. Cela étant, elle a considéré qu'elle pouvait prétendre à une demi-rente d'invalidité.

Par avis médical SMR du 27 avril 2010, les Drs V._____ et Q._____ ont exposé que les limitations fonctionnelles ne se lisaient pas sur une radiographie ou tout autre examen d'imagerie, mais ressortaient de l'examen clinique, c'est-à-dire du status tel que constaté par le médecin. Ils ont souligné qu'il était connu, et même fréquent, que des lésions radiologiques avancées ne se traduisent par aucune limitation fonctionnelle dans la vie courante, et qu'inversement, on pouvait constater d'importantes limitations fonctionnelles en l'absence de toute atteinte radiologique. Ils ont relevé qu'au cas d'espèce, la capacité de travail avait été définie sur la base d'un examen clinique effectué selon les règles de l'art, qu'une incapacité de travail totale avait été reconnue pour les professions de coiffeuse ou aide-soignante, mais que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité avait été évaluée à 50% au moins, puis à 85-90% après une période de rééducation de deux mois. Au vu de ces éléments, ils ont conclu qu'il n'y avait aucune raison de revenir sur l'appréciation du SMR.

c) Par décision du 31 janvier 2010 [recte : 2011], l'OAI a confirmé son projet du 3 décembre 2009.

Par lettre explicative du même jour, l'office a réfuté les griefs formulés par l'assurée sur le plan médical, eu égard à l'avis SMR des Drs V._____ et Q._____ du 27 avril 2010 ainsi qu'au rapport d'examen rhumatologique de la Dresse O._____ du 29 août 2008, considéré comme pleinement probant. Sous l'angle économique, l'OAI a exposé que selon les indications fournies par l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS), le revenu annuel d'une aide-soignante au bénéfice d'un certificat idoine était de 60'892 fr. en 2009, ce qui correspondait à un revenu de 60'000 en 2008, montant retenu en l'espèce au titre de revenu de valide; ce montant était du reste favorable à l'assurée, dès lors que sur la base des informations obtenues auprès de la Fondation J._____, dernier employeur de l'intéressée, le revenu annuel en 2008 aurait été de 50'677 fr. L'OAI a également maintenu sa position s'agissant de revenu d'invalidé, soulignant à cet égard que la capacité de travail retenue sur le plan médical était de 85%, et considérant qu'un abattement de 10% était adéquat en l'occurrence attendu que le revenu avec invalidité tenait déjà compte d'une diminution de rendement de 15%, que l'âge de l'intéressée ne justifiait aucune déduction supplémentaire, et qu'en définitive seule une réduction liée aux limitations fonctionnelles entrait en considération.

C. a) Agissant par l'entremise d'un nouveau mandataire, l'assurée a recouru le 7 mars 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonale à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente AI. Préalablement, l'intéressée demande à être exonérée des frais de justice au titre de l'assistance judiciaire. Sur le fond, elle allègue que l'intimé s'est fondé sur un dossier radiologique datant de 2007 et ne reflétant donc pas la situation médicale actuelle, raison pour laquelle il s'impose - à ses yeux - d'ordonner un complément d'instruction sous la forme de nouveaux examens radiologiques aux niveaux cervical

que lombar. Par ailleurs, elle relève que les Drs F._____ et T._____ ont évoqué une problématique psychique qui n'a pas été prise en compte par l'OAI et qui mériterait également d'être investiguée dans le cadre d'une instruction complémentaire. Elle ajoute qu'au terme de l'examen clinique du 15 août 2008, la Dresse O._____ a fixé la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à au moins 80% sous réserve du succès du programme de rééducation qui était alors en cours et dont les résultats demeurent cependant inconnus en l'état du dossier, ce qui justifie d'autant plus un complément d'instruction. La recourante reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir motivé la capacité de travail de 85% retenue dans une activité adaptée et de s'être vraisemblablement fondé sur l'analyse contradictoire de la Dresse O._____. Cela étant, elle soutient qu'il convient tout au plus de retenir une capacité résiduelle de travail de 80% et d'appliquer sur le revenu d'invalidé un abattement de 25%, compte tenu de son âge, de sa longue période d'inactivité, de son taux d'activité réduit, et de ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, elle estime que, sur la base d'un gain de valide de 60'000 fr. tel que calculé par l'OAI et d'un revenu d'invalidé de 30'820 fr. procédant des tables de l'ESS 2008 (après adaptation à la durée hebdomadaire du travail, et compte tenu d'un taux d'activité de 80% et d'un abattement de 25%), son taux d'invalidité s'élève - à défaut de mesure d'instruction complémentaire - à 48,63% et lui ouvre par conséquent le droit à un quart de rente AI.

A l'appui de ses dires, la recourante produit un rapport du Dr F._____ du 28 février 2011, rendant compte d'un état anxio-dépressif sévère avec des idées suicidaires justifiant un suivi psychiatrique auprès d'un spécialiste. Ce médecin relève par ailleurs que la situation ostéo-articulaire demeure inchangée, et conclut qu'il n'y a pas d'élément nouveau à signaler.

Par décision du 11 mai 2011, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 7 mars 2011.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 8 juin 2011. S'agissant de la nécessité d'actualiser le dossier radiologique, l'OAI renvoie aux explications apportées par les Drs V._____ et Q._____ du SMR dans leur avis du 27 avril 2010. Il observe que les Drs T._____ et F._____ ont évoqué une composante psychique sans toutefois se prononcer sur la nature incapacitante de celle-ci, et souligne que le Dr X._____ a pour sa part considéré que l'assurée ne présentait aucun trouble psychique et avait toujours disposé d'une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. En outre, l'intimé souligne que dans son rapport du 29 août 2008, pleinement probant, la Dresse O._____ a retenu que la capacité de travail dans un poste adapté était de 50% au moment de l'examen mais pourrait atteindre 100% à l'issue d'une période de reconditionnement, sous déduction d'une perte de rendement de 15% due à la nécessité d'alterner les positions; l'OAI ajoute qu'il est du reste parfaitement raisonnable d'attendre de l'assurée qu'elle se plie à un programme de rééducation. Enfin, l'intimé considère qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé s'avère parfaitement justifié en l'occurrence, seules les limitations fonctionnelles de la recourante devant être prises en compte dans ce contexte.

c) Aux termes de sa réplique du 15 août 2011, la recourante maintient ses précédents motifs. Elle ajoute qu'elle a dans l'intervalle été victime de troubles psychiques, qu'elle été admise le 16 mars 2011 aux Services psychiatriques R._____, et que selon l'appréciation des médecins consultés à cette occasion, elle n'est en mesure de travailler que seize heures par semaine, soit à 40%. Cela étant, elle relève que, compte tenu d'un taux d'activité de 40% et d'un abattement de 25% qui se justifie d'autant plus aux vu des récents développements, son revenu d'invalidé s'élève en définitive à 15'410 fr., ce qui, comparé au gain de valide de 60'000 fr., conduit à un taux d'invalidité de 74,31%. De ce fait, elle modifie ses conclusions, requérant désormais l'annulation de la décision querellée et sollicitant, à défaut d'instruction complémentaire, l'octroi d'une rente AI entière. Elle demande par ailleurs à ce que soient établies des expertises médicales portant sur les plans somatique et psychique.

L'assurée joint à son écriture un rapport du 26 avril 2011 rédigé par le Dr H._____, et la psychologue C._____, des Services psychiatriques R._____, attestant un traitement ambulatoire depuis le 16 mars 2011 et retenant notamment le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), avec syndrome douloureux chronique. L'intéressée produit également un rapport du 18 juillet 2011 établi par le Dr H._____, et le psychologue A._____, également des Services psychiatriques R._____, dont on extrait ce qui suit :

"Nous réitérons les diagnostics de notre rapport du 26.04.2011, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen [...] avec syndrome somatique.
[...]

1. Répercussions des problèmes de santé sur la capacité de travail :

Mme E._____ se retrouve actuellement sans activité professionnelle en raison de ses problèmes de santé physique, faute d'une nouvelle activité adaptée à ses capacités restreintes par ses fortes douleurs. [...] L'absence d'activité professionnelle entraîne notamment un fort sentiment d'inutilité, une attitude pessimiste vis-à-vis de l'avenir, une diminution de la concentration et de l'estime de soi. Cette souffrance psychique aggrave à son tour l'intensité de ses douleurs chroniques. [...]

2. Capacité de travail résiduelle en pourcent et activités réalisables

Mme E._____ souhaiterait travailler à temps partiel; nous partageons son opinion que cela aurait très probablement un effet très positif sur sa santé psychique, mais qu'en l'état elle n'y arrive pas en raison de l'intensité de ses douleurs, qui peut être très changeante d'un jour à l'autre, ou en fonction de la météo. Cette situation est psychiquement très pesante.

Actuellement, nous considérons que Mme E._____ a une capacité de travail résiduelle de 16h par semaine, pour autant qu'elle puisse répartir son temps de travail librement sur l'ensemble de la semaine.

Sur le plan psychique, nous ne voyons pas de contre-indications pour toute activité à temps partiel qui permette à Mme E._____ d'avoir la souplesse et la flexibilité nécessaire à la gestion de ses douleurs. Idéal[le] serait une activité à domicile, ou à télé-distance, permettant de répartir librement son temps de travail en fonction des douleurs. Il peut également s'agir d'une activité de bureau ou téléphonique, ou encore indépendante. Il est impératif que dans son activité, Mme E._____ puisse changer régulièrement, au moins 1 fois par heure, entre la position assise et debout.

3. Pronostic

En l'absence de mesures d'aide et de reconnaissance par l'AI de la souffrance physique et psychique de Mme E._____, notre pronostic concernant une amélioration significative de sa symptomatologie dépressive est des plus [réservé].

Si Mme E._____ bénéficie de mesures de réinsertion et/ou d'une formation adaptée à sa situation actuelle et lui offrant une perspective d'avenir, ainsi que sous condition de la poursuite du traitement psychiatrique intégratif actuel pour l'aider à gérer la douleur, nous escomptons une rémission de la symptomatologie dépressive."

d) Dans ses déterminations du 30 septembre 2011, l'OAI se réfère à un avis médical SMR du 6 septembre précédent rédigé par les Drs V._____ et Q._____, dont il ressort que les rapports psychiatriques susdits des 26 avril et 18 juillet 2011 ne contiennent pas d'élément précis permettant de revoir la position de ce service et qu'en particulier le problème de la date de la survenance de l'atteinte psychiatrique alléguée n'est pas résolu; à supposer que cette date soit postérieure à la décision litigieuse, l'atteinte ne devrait pas être prise en compte dans le cadre de la présente affaire, alors que si cette date est antérieure, il resterait à déterminer si le trouble dépressif s'inscrit dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Cela étant, l'intimé relève que la recourante n'a consulté les Services psychiatriques R._____ que le 16 mars 2011, soit après la décision litigieuse, et qu'une incapacité de travail n'a été attestée que le 18 juillet 2011. Il rappelle en outre que, précédemment, le Dr X._____ n'avait retenu aucun trouble psychique et avait conclu à une capacité de travail intacte sous l'angle psychiatrique. Par conséquent, l'OAI estime qu'il n'est pas établi que l'affection psychiatrique diagnostiquée par le Dr H._____ relève de la présente affaire et que cette affection pourrait le cas échéant être investiguée dans le cadre d'une nouvelle demande, notamment sous l'angle d'un syndrome douloureux chronique.

f) Par écriture du 7 novembre 2011, la recourante soutient en substance que ses troubles psychiques sont antérieurs à sa prise en charge auprès des Services psychiatriques R._____ et souligne à cet égard qu'elle a par le passé régulièrement été suivie par les Drs D._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), N._____ (médecin

généraliste traitant) et F._____. Elle estime dès lors que l'instruction menée par l'OAI est incomplète, que ses troubles psychiques relèvent bel et bien de la présente procédure et qu'à défaut, il y a à tout le moins lieu de compléter l'instruction sur le plan psychique [recte : somatique] dans la mesure où son état de santé physique après rééducation n'a toujours pas été objectivé. Elle fait enfin valoir qu'il serait contreproductif d'investiguer ses troubles psychiques dans le cadre d'une nouvelle demande.

g) Par envoi du 15 décembre 2011, la recourante produit une attestation médicale du 17 novembre 2011 rédigée par le Dr N._____, lequel certifie avoir prescrit des médicaments à l'assurée en raison d'un état anxio-dépressif sévère entre le 3 juin 2002 et le mois de février 2003, l'intéressée ayant ensuite été suivie par un autre médecin pour son problème psychique. La recourante verse également au dossier une attestation médicale du 24 novembre 2011 émanant du Dr D._____, lequel précise avoir suivi l'assurée du 3 septembre 2002 au 11 mars 2003 pour un épisode dépressif majeur en rémission partielle, l'intéressée ayant à cette occasion fait l'objet d'un traitement antidépresseur ainsi que d'une prise en charge psychothérapeutique individuelle et en groupe.

Se déterminant le 17 janvier 2012, l'OAI relève que le suivi psychiatrique dispensé de septembre 2002 à mars 2003 ainsi que le traitement médicamenteux prescrit de juin 2002 à mars 2003 remontent à plus de huit ans avant le prononcé de la décision entreprise, que la demande de prestations du 4 mars 2008 ne fait pas état de troubles psychiatriques, que le Dr X._____ n'a pas décelé de telles affections dans son rapport du 4 septembre 2008, et que dans sa réplique du 15 août 2011, l'assurée indique avoir «*dans l'intervalle*» été victime de troubles dépressifs. A l'aune de ces éléments, l'intimé considère que, nonobstant les attestations des Drs N._____ et D._____, rien ne démontre que les troubles psychiques apparus en 2002 auraient motivé la prise en charge auprès des Services psychiatriques R._____ dès le mois de mars 2011.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. 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 (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante 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'assurance-invalidité.

3. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b; cf. TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4; cf. TF 9C_25/2012 précité, *ibid.*).

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

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

b) 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).

c) 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).

5. En l'occurrence, l'OAI considère que la recourante souffre d'atteintes incapacitantes sous l'angle somatique mais pas sous l'angle psychique. En ce qui concerne plus particulièrement l'aspect physique, l'office retient – se basant sur l'examen clinique rhumatologique effectué par la Dresse O. _____ du SMR – que l'assurée n'est certes plus en mesure d'effectuer des travaux lourds, mais qu'elle conserve néanmoins une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

De son côté, la recourante conteste ce point de vue. Elle reproche essentiellement à l'intimé de ne pas avoir suffisamment investigué ses affections somatiques et d'avoir ignoré ses troubles psychiques.

a) Sur le plan somatique, la Cour de céans constate ce qui suit.

aa) L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au SMR le 15 août 2008, effectué par la Dresse O. _____. Dans son rapport du 29 août suivant, cette dernière a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites dans le cadre d'un trouble statique et d'une discopathie L5-S1 sévère avec rétrolisthesis dégénératif avec protrusion bilatérale et probable irritation des racines S1 avec dysbalances musculaires, et de cervico-scapulalgies bilatérales plus marquées à droite dans le cadre d'une discopathie débutante C5-C6 avec dysbalances musculaires. Elle a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans sa profession habituelle d'aide-soignante, mais qu'à la fin de la rééducation alors en cours, soit au plus tard à la fin septembre 2008, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (nécessitant d'une part d'éviter les positions statiques prolongées assise, debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, accroupie et agenouillée, et contre-indiquant d'autre part le travail à la chaîne ou sur machine vibrante, ainsi que le port de charges

de plus de 5 kg) serait d'au moins 80 à 90%, respectivement serait entière avec une diminution de rendement de 10 à 15% possible en raison du besoin d'alterner les positions. Dans son rapport ultérieur du 15 septembre 2008, la Dresse O._____ a précisé que la capacité de travail était de «50%, 85% *théoriquement après reconditionnement*» dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

La Dresse O._____ a fondé son analyse sur des clichés radiologiques effectués en 2002, 2007 et 2008 (cf. rapport de la Dresse O._____ du 29 août 2008 p. 5 s.), dont la recourante prétend qu'ils ne seraient pas représentatifs de sa situation médicale actuelle car trop anciens. L'assurée n'avance toutefois aucun élément concret susceptible d'étayer objectivement le caractère obsolète du dossier radiologique en mains de l'OAI, le simple écoulement du temps ne pouvant sur ce point être déterminant à lui seul. Pour le reste, les renseignements médicaux recueillis au cours de l'instruction ne laissent pas à entendre que les examens radiologiques au dossier ne seraient plus d'actualité. En particulier, la Cour se trouve confortée dans cette opinion au vu de l'attitude du Dr F._____, lequel, bien que dûment interpellé par l'intimé (cf. rapport du 23 septembre 2009), n'a fourni aucun rapport concernant d'éventuelles nouvelles investigations radiologiques, pas plus qu'il n'a préconisé de procéder à de tels examens. On rappellera au surplus que, comme l'ont exposé les Drs V._____ et Q._____ du SMR dans leur avis du 27 avril 2010, les limitations fonctionnelles ne se lisent pas sur une radiographie ou tout autre examen d'imagerie, mais ressortent d'examens cliniques tels que celui du 15 août 2008, et qu'il est du reste fréquent que des lésions radiologiques avancées ne se traduisent par aucune limitation fonctionnelle dans la vie courante, ou que l'on constate inversement d'importantes limitations fonctionnelles en l'absence de toute atteinte radiologique. Il s'ensuit que les griefs invoqués par la recourante sur cette question s'avèrent mal fondés.

C'est ici le lieu de souligner que selon la Dresse O._____, l'exigibilité dans une activité adaptée était de 50% au moment de l'examen clinique du 15 août 2008, mais que dès la fin du

reconditionnement en cours à l'époque, soit au plus tard à la fin septembre 2008, cette exigibilité atteindrait au moins 80 à 90% (cf. rapport du 29 août 2008 pp. 7 et 8), respectivement 100% avec une diminution de 10 à 15% (cf. ibid., p. 8). Cela étant, dans son rapport du 15 septembre 2008, la Dresse O._____ a finalement retenu une valeur médiane, soit un taux de 85% - et non de 80% contrairement à ce qu'il ressort de l'argumentation de l'assurée (cf. mémoire de recours du 7 mars 2011 p. 9 ch. 6) - dont l'OAI ne s'est pas écarté. Contrairement à ce que soutient la recourante, peu importe que ce taux ait été arrêté sans que l'on connaisse l'issue concrète du traitement rééducatif suivi par l'intéressée en 2008. En l'état du dossier, rien n'indique en effet que cette prise en charge ait mis en exergue d'éventuels paramètres permettant d'infirmier les conclusions de la Dresse O._____.

bb) Il ne se trouve au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions de la Dresse O._____.

En particulier, les différents médecins consultés ont posé des diagnostics somme toute superposables à ceux évoqués par la Dresse O._____. Tout au plus sied-il de préciser ici que l'on ne saurait s'arrêter sur la hernie discale L5-S1 évoquée par le Dr F._____ (cf. rapports des 2 juin et 23 septembre 2009), attendu que ce praticien se limite à en faire état sans s'appuyer sur des constatations scientifiques objectives et que seule une protrusion discale a été révélée par imagerie (cf. avis SMR de la Dresse O._____ du 10 août 2009 et du Dr V._____ du 3 novembre 2009).

Par ailleurs, à l'instar de la Dresse O._____, la majorité des médecins interpellés a retenu que les atteintes physiques constatées induisaient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle (que ce soit comme coiffeuse ou aide-soignante), étant relevé qu'au vu de ces circonstances, il n'y a donc pas lieu de faire cas de l'opinion largement minoritaire du Dr B._____ fixant l'exigibilité dans l'activité habituelle à 50% (cf. rapport du 27 mars 2008).

Reste à traiter la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Ce point n'a pas été abordé par le Dr B. _____ dans son rapport du 27 mars 2008. Quant au Dr P. _____, il s'est laconiquement contenté de relever, dans son compte-rendu du 20 août 2008, qu'une exigibilité professionnelle rentrait en ligne de compte dans une activité adaptée, mais sans toutefois préciser à quel taux. De son côté, le Dr T. _____ ne s'est pas non plus déterminé sur cette problématique dans le cadre de ses divers constats. S'agissant du Dr K. _____, il a mentionné, dans son rapport d'expertise du 8 septembre 2008, que dans une activité adaptée (avec possibilité de changer de position périodiquement, sans charge et sans travail en porte-à-faux), le temps de travail comme le rendement devraient être normaux. Il a ainsi émis un avis plus sévère que celui de la Dresse O. _____, tout en se fondant paradoxalement sur des constatations médicales essentiellement comparables à celles figurant dans le rapport de cette dernière du 29 août 2008. Dans la mesure où il s'agit en définitive d'une appréciation différente d'un même état de fait, rien ne commande d'écarter les conclusions de la Dresse O. _____ - au demeurant plus favorables à la recourante - au profit de celles du Dr K. _____. S'agissant du Dr F. _____, il a estimé le 2 juin 2009 que dans une activité permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges excédant 7 kg, la capacité de travail s'élevait tout au plus à 40%; quant aux autres comptes-rendus rédigés par ce médecin (les 14 octobre 2008, 23 septembre 2009 et 28 février 2011), ils ne comportent pas d'évaluation précise de la capacité de travail dans une activité adaptée. Si le taux d'occupation de 40% évoqué par le Dr F. _____ est largement inférieur à celui retenu par la Dresse O. _____ dans une activité adaptée, il n'en demeure pas moins que le médecin traitant ne mentionne aucun point décisif dont cette dernière aurait omis de tenir compte (cf. également dans ce sens les avis médicaux SMR de la Dresse O. _____ du 10 août 2009 et du Dr V. _____ du 3 novembre 2009). L'appréciation du Dr F. _____ ne saurait donc l'emporter sur celle de la Dresse O. _____. Au surplus, on relèvera encore que l'avis médical SMR du Dr V. _____ du 3 novembre 2009 procède d'une mauvaise lecture du dossier lorsqu'il mentionne une capacité de travail dans une activité adaptée devant progressivement passer de 50%

à 85% après une période de reconditionnement de trois mois au plus; en effet, aux termes de son rapport du 29 août 2008, la Dresse O. _____ a clairement exposé que le taux de 85% serait atteint à l'issue de la mesure de rééducation alors en cours, au plus tard à la fin septembre 2008.

Enfin, le rapport de la Dresse O. _____ du 29 août 2008 a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, et comporte une motivation détaillée et convaincante. Ce compte-rendu s'avère par conséquent pleinement probant (cf. consid. 4c supra). Cela étant, on retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante n'est certes plus à même d'exercer son activité habituelle, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée, elle conserve une capacité résiduelle de travail s'étant élevée dans un premier temps à 50% et ayant atteint 85% au terme de sa rééducation, mais au plus tard depuis septembre 2008. Par conséquent, il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise sur le plan somatique (cf. réplique du 15 août 2011 p. 7), puisque les faits pertinents ont été établis à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

b) Il convient à présent d'examiner la situation sous l'angle psychique.

aa) A l'aune des documents recueillis au cours de la procédure administrative, il apparaît que, le 14 avril 2008, le Dr T. _____ a signalé un déconditionnement psychique, puis que, le 1^{er} juillet 2008, il a évoqué un surmenage psychique non reconnu par l'intéressée. Le 20 août 2008, le Dr P. _____ a précisé ne pas avoir objectivé de symptômes de la lignée dépressive. Dans son rapport du 29 août 2008 (p. 7), la Dresse O. _____ a pour sa part notamment relevé que l'assurée présentait une tendance fibromyalgique pour la partie supérieure du corps. Par la suite, mandaté par l'assureur U. _____ en vue de réaliser une expertise psychiatrique sur la personne de l'assurée, le Dr X. _____ a fait part de ses conclusions préliminaires dans un constat du 4 septembre 2008, retenant que

l'intéressée ne souffrait d'aucun trouble psychique particulier et que, d'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail avait toujours été entière; cet écrit précisait encore que le rapport d'expertise serait prochainement transmis à U._____. Le 8 septembre 2008, le Dr K._____ a de son côté mentionné le diagnostic de «*Trouble somatoforme/Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*». Enfin, le 14 octobre 2008, le Dr F._____ a fait état d'une souffrance psychologique importante chez l'assurée, laquelle se déclarait «*au bout du rouleau*» et lui avait fait part d'idées suicidaires, circonstances justifiant pour ce médecin la mise en œuvre d'une prise en charge psychiatrique.

Il découle de ce qui précède que les différents médecins somaticiens interpellés ont émis des opinions divergentes concernant la composante psychique. Ainsi, le Dr P._____ s'est limité à déclarer qu'il n'avait pas objectivé de symptômes de la lignée dépressive. En revanche, les Drs T._____ et F._____ ont clairement fait état de problèmes psychiques, tandis que la Dresse O._____ a évoqué une tendance fibromyalgique pour le haut du corps et que le Dr K._____ a de son côté signalé un «*Trouble somatoforme/Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*». Il est vrai qu'aucune incapacité de travail n'a été mentionnée en lien avec les troubles constatés (le rapport du 14 octobre 2008 du Dr F._____ préconisant à cet égard la mise en œuvre d'une expertise). Cela étant, il n'en demeure pas moins qu'à la lumière des points de vue discordants adoptés par les médecins susmentionnés, seul un avis psychiatrique suffisamment probant pouvait permettre à l'OAI d'appréhender objectivement la situation et de statuer en toute connaissance de cause. Or, lorsque l'office a rendu la décision litigieuse, le 31 janvier 2011, le constat du Dr X._____ du 4 septembre 2008 constituait le seul avis psychiatrique au dossier. Toutefois, dès lors que ce bref compte-rendu - de moins de deux pages - ne contenait que les conclusions préliminaires du Dr X._____, était dépourvu de toute discussion de la situation et ne comportait aucune motivation, il ne répondait par conséquent manifestement pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. consid. 4c supra). Le

Dr X._____ s'y référait certes à un rapport d'expertise qui allait prochainement être transmis à U._____. Cependant, l'OAI n'a pas requis la production de ce rapport d'expertise, lequel ne figure donc pas au dossier, de sorte que l'on ne peut en apprécier la valeur et la portée. Dans ces conditions, force est de constater que l'intimé a statué sur la base d'un dossier lacunaire sous l'angle psychique, carence à laquelle il s'impose de remédier au moyen d'investigations complémentaires.

bb) A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport du Dr F._____ du 28 février 2011 constatant un état anxio-dépressif sévère avec idées suicidaires justifiant un suivi psychiatrique auprès d'un spécialiste. Même à admettre que ce rapport, postérieur à la décision entreprise, se réfère à des troubles préexistants, il demeure que la Cour de céans ne dispose d'aucun avis psychiatrique probant lui permettant de prendre position à l'égard de ce compte-rendu (cf. consid. 5b/aa supra). Ce point devra donc être éclairci dans le cadre d'un complément d'instruction.

cc) En cours de procédure de recours, le 26 avril 2011, le Dr H._____ et la psychologue C._____ ont signalé la mise en œuvre d'un suivi ambulatoire aux Services psychiatriques R._____ depuis le 16 mars 2011 et ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome douloureux chronique. Le 18 juillet 2011, le Dr H._____ et le psychologue A._____ ont confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, et ont fait état d'une capacité de travail s'élevant à seize heures par semaine. Puis, le 17 novembre 2011, le Dr N._____ a attesté qu'un traitement médicamenteux avait été prescrit du 3 juin 2002 jusqu'au mois de février 2003 en raison d'un état anxio-dépressif sévère. Enfin, le 24 novembre 2011, le Dr D._____ a certifié qu'un suivi psychiatrique avait été mis en œuvre du 3 septembre 2002 au 11 mars 2003 pour un épisode dépressif majeur en rémission partielle, et que l'intéressée avait bénéficié à cette occasion d'un traitement antidépresseur ainsi que d'une prise en charge psychothérapeutique individuelle et en groupe.

Par avis du 6 septembre 2011, les Drs V._____ et Q._____ du SMR ont considéré que la question de la date de la survenance de l'atteinte psychiatrique mentionnée dans les rapports des Services psychiatriques R._____ des 26 avril et 18 juillet 2011 n'était pas résolue et que, pour le cas où cette date serait antérieure à la décision litigieuse, il y aurait lieu d'examiner ladite affection à la lumière d'un éventuel syndrome douloureux chronique. En d'autres termes, les médecins du SMR ont donc considéré que les éléments apportés par la recourante justifiaient de nouvelles investigations. Malgré tout, l'intimé s'est contenté de retenir que les troubles psychiques signalés ne relevaient pas de la présente affaire, motifs pris que les rapports psychiatriques des 26 avril et 18 juillet 2011 étaient postérieurs à la décision entreprise et que le Dr X._____ n'avait pas constaté d'atteinte psychiatrique incapacitante dans son avis du 4 septembre 2008 (cf. déterminations du 30 septembre 2011). Or, contrairement à ce qu'allègue l'OAI, le fait que les rapports susdits aient été établis à une date postérieure à celle de la décision litigieuse n'exclut pas pour autant que les troubles et l'incapacité de travail qui y sont évoqués ne puissent pas être préexistants. C'est également en vain que l'OAI cherche à tirer argument du constat du Dr X._____ du 4 septembre 2008, celui-ci étant dénué de valeur probante ainsi qu'il a été précisé ci-avant (cf. consid. 5b/aa supra). Il apparaît par conséquent que les interrogations soulevées par l'avis SMR du 6 septembre 2011 des Drs V._____ et Q._____ demeurent entières à ce jour et méritent d'être levées dans le cadre d'une instruction complémentaire.

A cela s'ajoute qu'en l'état, on ignore de quelle manière les troubles psychiques rencontrés par l'assurée en 2002/2003 ont évolué, singulièrement s'ils ont pu perdurer - même de manière sous-jacente - jusqu'à aujourd'hui. Plus particulièrement, rien au dossier ne permet de déterminer s'il existe un lien entre, d'une part, les troubles psychiatriques attestés de 2002 à 2003 et, d'autre part, les difficultés psychiques ayant motivé le suivi entrepris par l'assurée dès le 16 mars 2011. En effet, contrairement à ce retient l'office intimé (cf. écriture de l'intimé du 17 janvier 2012), peu importe que la demande de prestations du 4 mars 2008 ne fasse pas état de troubles psychiques et que la recourante ait déclaré,

dans sa réplique du 15 août 2011, qu'elle avait «*dans l'intervalle*» été victime de troubles dépressifs, ces éléments ne revêtant aucune valeur médicale objective. On rappellera également que l'on ne saurait se fier à l'avis du Dr X. _____ du 4 septembre 2008 concluant à l'absence de troubles psychiques incapacitants, cet avis étant dépourvu de valeur probante (cf. consid. 5b/aa supra). Partant, sur ce point également, il se justifie de procéder à des investigations supplémentaires.

dd) Au vu de ce qui précède, il apparaît que le dossier de la cause est manifestement lacunaire en ce qui concerne la santé psychique de l'assurée et qu'il ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit, la Cour de céans n'étant pas en mesure de déterminer si l'intéressée présente ou non des affections psychiques susceptibles d'être prises en compte dans le cadre de la présente procédure.

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

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

b) En l'occurrence, les carences dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimé. A ce jour, l'OAI n'a en effet procédé à aucune mesure d'instruction concrète sous l'angle psychique, omettant en particulier de s'enquérir du rapport d'expertise psychiatrique du Dr X. _____ à l'attention de l'assureur U. _____ et se satisfaisant - à tort - des conclusions préliminaires de ce médecin telles que communiquées par l'assureur perte de gain le 7 octobre 2008 (cf. consid. 5b/aa supra). C'est donc sur la base d'un dossier lacunaire que l'office a statué le 31 janvier 2011 puis s'est déterminé dans le cadre de la présente procédure de recours. Il se justifie donc de lui renvoyer la cause pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique (art. 44 LPG), laquelle aura pour but de déterminer si la recourante présente des affections psychiques susceptibles d'être prises en considération dans le cadre de la demande de prestations du 4 mars 2008 et, dans l'affirmative, d'établir leur évolution ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail de l'intéressée.

c) Vu l'issue de l'affaire, il n'y a pas lieu de prendre position sur les griefs soulevés par la recourante sous l'angle économique.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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

- I. Le recours déposé le 7 mars 2011 par E. _____ est admis.

- II. La décision rendue le 31 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (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 :