

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 février 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville
Greffier : M. Cuérel

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourante, assistée de Me François Magnin, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assurée), née le 23 août 1960, a travaillé comme femme de ménage dans un hôtel puis comme employée d'exploitation au centre hospitalier Z._____, à 50 %. Elle a souffert de dorsalgies bilatérales dès 1997 et s'est retrouvée en incapacité de travail complète au mois de novembre 2003 (au terme d'une période d'incapacités de travail variables ayant commencé au début de l'année 2003).

Le 11 novembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), mentionnant, au titre d'atteinte à la santé, une fibromyalgie ainsi qu'une dépression existant depuis décembre 2002.

Dans un rapport du 31 octobre 2003, le Dr T._____, médecin du personnel au centre hospitalier Z._____, a diagnostiqué un état dépressif modéré ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux (fibromyalgie). Il indiquait en outre que la poursuite de l'activité exercée jusqu'alors par l'assurée n'était plus envisageable.

Le 17 juillet 2003, le Dr L._____, médecin auprès du service de rhumatologie du centre hospitalier Z._____, a établi un rapport médical dans lequel il a posé le diagnostic de fibromyalgie et a notamment mentionné, à titre de co-morbidité, un probable état anxio-dépressif réactionnel.

Dans un rapport du 30 septembre 2003, les médecins du Département de psychiatrie adulte P._____ ont à leur tour diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi qu'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Ils précisaient au demeurant que l'incapacité de travail de l'assurée leur semblait complète et le

pronostic à long terme réservé au vu d'une déjà longue histoire de plaintes somatiques diverses.

Le 8 décembre 2003, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI, se fondant sur divers examens effectués à sa demande. Il y attestait notamment les périodes d'incapacité de travail suivantes :

- 100% du 22 janvier au 19 février 2003 ;
- 50% d'avril à (environ) juin 2003 ;
- 75% de juillet à octobre 2003 ;
- 100% depuis novembre 2003.

Il posait en outre les diagnostics influant sur la capacité de travail de troubles somatoformes douloureux et d'épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique. Ce praticien précisait encore que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que la capacité de travail ne pouvait plus être améliorée par des mesures médicales. Enfin, il se ralliait à l'avis du Département de psychiatrie adulte P._____ selon lequel la capacité de travail de l'assurée était nulle (précisant que tel était le cas dans toute activité) et le pronostic à long terme réservé.

Le 30 décembre 2003, le Dr L._____ a établi un nouveau rapport médical à l'adresse de l'OAI. Il y a notamment diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'un probable état anxio-dépressif réactionnel, troubles ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Retenant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis en tout cas un examen qu'il avait effectué en juillet 2003, il relevait encore ce qui suit :

"[...] Par ailleurs, l'état psychologique justifie un avis psychiatrique, qui doit être confronté au status physique, afin de déterminer l'exigibilité médicale dans une activité épargnant en tout cas le rachis. Il est probable que la mise en route d'un traitement, si l'état dépressif se confirme, justifierait encore une période d'arrêt de travail pouvant aller de plusieurs mois à 2 ou 3 ans."

L'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre de psychothérapie cognitive C._____ à [...].

Dans son rapport du 20 janvier 2006, celui-ci a notamment formulé les conclusions suivantes :

"[...] D'un point de vue **psychopathologique**, Mme R._____ a présenté des plaintes somatiques multiples depuis la naissance de son premier enfant qui se sont notablement aggravés en 2003, lorsque celui-ci a pris progressivement son autonomie en débutant l'école enfantine.

Rapidement, une « fibromyalgie » ou trouble somatoforme indifférencié a été évoqué. Examinée par le Département de psychiatrie adulte P._____, puis par le Dr T._____, on parle aussi d'un « état dépressif moyen ». Cette symptomatologie semble avoir répondu en partie favorablement à l'introduction de deux antidépresseurs bien conduits, respectivement le Citalopram, puis actuellement la Fluoxétine, pour lequel l'observance au traitement est bonne, telle qu'en témoignent nos examens paracliniques (cf. point 3.2).

Pour notre part, nous parlerons ici d'un **état dépressif majeur, actuellement de gravité légère à moyenne.**

Il faut tenir compte dans l'évaluation clinique le caractère volontiers plaintif et dramatique, voire démonstratif lié à ce type de personnalité, qui induit par nature une discordance importante potentielle entre l'évaluation réalisée par un expert, et celle du médecin traitant qui, pour pouvoir préserver le lien thérapeutique, se doit de faire le postulat de sincérité de son patient.

Il existe aussi certains éléments pouvant suggérer un **trouble panique avec une très légère agoraphobie**, mais les conduites d'évitement paraissent peu marquées. Le trouble anxieux permet surtout à Mme R._____ d'exprimer ses besoins régressifs et de dépendance vis-à-vis de son entourage.

Les plaintes de la sphère digestive, urogénitale, neurologique sont toutefois peu marquées, par conséquent insuffisantes pour rentrer dans le champ des pathologies graves du registre hystérique qu'est le trouble de somatisation. Ici, il s'agit d'une forme mineur, ou trouble somatoforme indifférencié souvent appelé « fibromyalgie » en médecine générale.

L'ensemble du tableau clinique, associé à la personnalité du registre passif-dépendant, évoque un **trouble hystérique polysymptomatique léger (trouble somatoforme indifférencié).**

En effet, le tout prend racine sur une personnalité fragile, dépendante, suggestible. Les éléments histrioniques ne sont pas au premier plan et l'on parle dans ce type de situation, d'une **personnalité passive-dépendante**, qui paraît tout au plus **sub-décompensée**. Souvent, les facteurs de décompensation chez ce type de personnalité, sont des stress existentiels habituels la naissance d'un enfant, secondairement une certaine prise d'autonomisation avec le début de l'école enfantine, comme c'est le cas dans la situation qui nous occupe. Fragile, sensible, dans les faits incapable de véritablement assumer le rôle de mère, d'épouse, les somatisations permettent d'exprimer ses besoins de dépendance, de sécurité, ses difficultés à assumer ses responsabilités.

Dès lors, qu'en est-il de la capacité de travail de l'assuré(e) en fonction des troubles psychiatriques susmentionnés.

Juger de la capacité de travail, dans les pathologies du registre hystérique est toujours un exercice difficile. Il s'agit de prendre en compte un certain nombre de facteurs pour en déterminer l'exigibilité.

Dans le cas qui nous occupe, nous ne relevons pas d'antécédent de graves carences affectives ou maltraitances. Il n'y a pas non plus d'antécédents familiaux de trouble psychiatrique ou psychosomatique qui puissent suggérer ici un terrain de vulnérabilité constitutionnelle. De surcroît, nous relevons que l'environnement social et économique, familial et affectif de Mme R. _____ peut être jugé comme parfaitement adéquat et la prise en charge médicale est tout à fait optimale.

S'agissant de la comorbidité psychiatrique, nous retenons la présence d'un épisode dépressif de gravité légère à moyenne tout au plus, ainsi qu'un trouble panique sans grande incidence sur sa capacité de travail. En définitive, cette symptomatologie dépressive somme toute modérée ne devrait pas jouer un rôle prépondérant s'agissant d'une activité manuelle simple, exigeant peu de capacité de réflexion, de prise de responsabilité, relativement répétitive. Les plaintes somatiques sont plus subjectives qu'objectives et ne paraissent pas grandement l'affecter dans les activités hors professionnelles, notamment jugées agréables, comme on le retrouve facilement dans ces pathologies du registre hystérique.

En d'autres termes, la discordance notable entre l'importance des plaintes et le handicap allégué avec notre observation objective, s'explique ici en grande partie par « l'accoutumance hystérique », autrement dit l'importance des bénéfices secondaires qu'obtient ce type de personnalité dans le maintien de statut de malade puis d'invalidé.

De notre point de vue, la diminution de sa capacité de travail essentiellement au motif de l'état dépressif, est d'un maximum de 30% sur la base d'un temps plein, dans une activité peut-être plus légère que femme de ménage, que ce soit dame de buffet, vendeuse dans une boulangerie ou autre.

Un reclassement, une reconversion professionnelle ne paraissent pas indiqués, car avec ce type de personnalité, l'échec est déjà annoncé. Dans les faits, on ne voit pas bien ce qui l'empêcherait de rechercher d'elle-même une activité plus légère, à sa convenance.

Le traitement ad hoc a été entrepris. Il s'agit bien entendu de le poursuivre. Nous ne pouvons que souscrire à l'augmentation programmée de la posologie de fluoxétine à 40 mg/j.

Dans ce type de situation, il faut éviter la précipitation médicale et exploratoire devant toute nouvelle plainte, car le risque de iatrogénèse est important. Le souci principal du médecin est de ne pas nuire."

Le 22 mai 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente, retenant une capacité de travail résiduelle dans toute activité de 70% et un taux d'invalidité de 30%.

Ce projet a été contesté par l'intéressée, qui a produit un rapport de la Dresse K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 15 juin 2007. Cette dernière y critique l'appréciation posée par le Dr J._____ dans son rapport d'expertise et remet en cause ses conclusions. Elle relève en particulier qu'en sa qualité de médecin-traitant de l'assurée, elle est susceptible de présenter un tableau anamnésique et une interprétation de la situation plus objectifs que ceux offerts par un expert. Ainsi, selon elle, l'assurée a souffert d'une dépression péri-partum qui n'a pas été reconnue ni soignée comme telle et qui a été aggravée par l'absence d'un entourage familial rassurant. Cette décompensation s'était à présent chronicisée. Le mode expressif des troubles de l'assurée étant, du fait de la culture et de la personnalité hystérisée de cette dernière, essentiellement somatique, personne n'aurait trouvé à la soulager. Du fait d'une exclusion de la part de l'employeur de l'assurée, l'effet pathogène de ces troubles a été renforcé et chronicisé. Enfin, elle propose "d'essayer encore, par ex. pendant 2 ans, et de rendre compte à l'AI" et, dans l'intervalle, de considérer l'assurée comme incapable de travailler durablement.

Dans un avis médical du 24 octobre 2007, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé que l'interprétation de la Dresse

K._____, divergente de celle du Dr J._____, ne constituait qu'une appréciation différente d'une situation clinique identique.

Par décision du 15 janvier 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision. Dans le courrier accompagnant cette décision, il indiquait s'être fondé sur les conclusions du Dr J._____ et avoir retenu un statut d'active à 50% et de ménagère à 50% jusqu'au 31 décembre 2003, puis d'active à 100% dès le 1^{er} janvier 2004. Ainsi, le revenu d'invalidité à l'échéance du délai de carence (soit au 1^{er} avril 2004) représentait le 70% de ce que l'assurée aurait obtenu sans invalidité dans son activité habituelle d'employée d'exploitation au centre hospitalier Z._____, d'où une invalidité de 30% n'ouvrant pas le droit à une rente.

Pour calculer le revenu sans invalidité pour l'année 2004, l'OAI s'est fondé sur les données communiquées téléphoniquement par l'employeur de la recourante, qui a communiqué un montant de 51'127 francs, ainsi qu'en atteste une note du 26 décembre 2006. S'agissant du statut de l'assurée, l'OAI s'est fondé sur une enquête économique qui a fait l'objet d'un rapport établi le 19 juin 2006 et dont il ressort notamment que, selon ses déclarations, l'assurée aurait travaillé à 100% dès janvier 2004, son enfant se trouvant alors en âge d'être scolarisé.

B. L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 18 février 2008, au pied duquel elle a formulé les conclusions suivantes :

- I.- Le recours est admis.
- II.- **Principalement**, la décision du 15 janvier 2008 de l'Office Assurance Invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'il est alloué à la recourante une rente d'invalidité entière dès le mois de janvier 2004, subsidiairement depuis le mois que justice dira.
- III.- **Plus subsidiairement**, le dossier de la recourante est retourné à l'Office Assurance Invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision."

Dans son mémoire de recours, la recourante a exposé avoir été hospitalisée le 29 janvier 2008 en raison de lombosciatalgies, ce dont

il convenait selon elle de tenir compte. Ne contestant pas le diagnostic de fibromyalgie posé par les différents praticiens qui étaient intervenus, elle opposait en revanche à l'appréciation du Dr J._____ les conclusions des médecins du Département de psychiatrie adulte P._____ de même que celles de la Dresse K._____.

Dans sa réponse du 12 mars 2008, l'OAI a en substance indiqué que le rapport du Dr J._____ revêtait une pleine force probante et que les faits nouveaux évoqués par la recourante étaient irrecevables.

Un second échange d'écritures n'a pas amené d'éléments nouveaux.

C. Différents documents médicaux ont été produits par la recourante dans le cadre de l'instruction.

Dans un rapport du 11 février 2008, le Prof. N._____ et le Dr W._____, respectivement chef de service et médecin assistant au Service de rhumatologie du centre hospitalier Z._____, ont indiqué que la recourante avait été hospitalisée le 29 janvier 2008 en raison de lombosciatalgies ainsi que d'une hypoesthésie sur hernie discale. Annonçant une prochaine intervention chirurgicale relative à l'hernie discale, ils attestaient une incapacité totale de travail. La capacité de travail de la recourante devait toutefois être réévaluée après l'opération, une activité adaptée étant selon ces médecins possible dans la plupart des cas d'hernie discale opérée. Enfin, ils précisaient que la recourante était également connue pour une fibromyalgie depuis plusieurs années ainsi qu'un état dépressif actuellement relativement stabilisé, trouble dont ils ne pouvaient évaluer l'impact sur la capacité de travail.

Par courrier du 12 février 2008 adressé au conseil de la recourante, le Dr V._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en rhumatologie, a notamment indiqué qu'une partie des plaintes de la recourante était expliquée par la présence de l'hernie discale (qui avait déjà été mise en évidence en 2002) et n'avait

donc pas de relation avec le diagnostic de fibromyalgie. Selon lui, au vu des constatations actuelles et des traitements prévus, la recourante ne pourrait plus reprendre son ancienne activité mais devrait trouver un travail plus adapté.

Dans un rapport post-opératoire du 9 mai 2008, la Dresse H._____, médecin associée, et le Dr A._____, chef de clinique adjoint, tous deux au Service de neurochirurgie du centre hospitalier Z._____, ont exposé que la recourante avait subi deux interventions chirurgicales les 21 février et 2 mai 2008 et qu'elle avait été hospitalisée du 30 avril au 8 mai 2008. Ils indiquaient en outre que son évolution post-opératoire était favorable, marquée par une régression des lombosciatalgies gauches avec disparition de la composante de lombosciatalgie droite ; son examen neurologique excluait tout déficit moteur des membres, son status sphinctérien était non déficitaire et la marche effectuée de façon autonome. Enfin, ils signalaient qu'au vu de l'évolution clinique favorable, la recourante serait réévaluée en contrôle post-opératoire six semaines plus tard, et que le pronostic était bon compte tenu de la régression de la symptomatologie préopératoire ainsi que du status neurologique non déficitaire à la sortie.

Le 1^{er} décembre 2008, le Dr V._____ a écrit à la Dresse G._____, spécialiste FMH en médecine interne, pour l'informer notamment de ce que l'évolution post-opératoire n'était pas favorable, la recourante se plaignant toujours de lombalgies et de scatalgies bilatérales, décrivant même une situation pire que celle prévalant avant les interventions. La physiothérapie, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antalgiques simples et morphiniques restaient inefficaces ou étaient mal supportés. Pour lui, il était évident que la recourante était dans l'incapacité totale d'avoir une activité professionnelle quelconque.

Le 9 février 2009, ce même médecin écrivait à la Dresse D._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie au centre hospitalier Z._____, que l'évolution de l'état de santé de la recourante ensuite des deux opérations subies était défavorable, la situation ayant

même empiré. En raison des irradiations dans le membre inférieur droit, celle-ci ne pouvait plus marcher et ne sortait plus de chez elle. Il pria ainsi la Dresse D._____ de procéder aux investigations qu'elle jugerait nécessaires.

D. Sur demande de la recourante qui sollicitait une ultime mesure d'instruction, le juge instructeur a requis du Dr A._____ qu'il précise le taux d'incapacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Ce praticien a en substance indiqué, dans des courriers des 22 décembre 2008 et 28 janvier 2009, que la capacité de travail de cette dernière était fortement limitée mais qu'il ne pouvait se prononcer sur un pourcentage précis, suggérant sur ce point une évaluation auprès du Centre de réhabilitation professionnelle de la CNA.

Le 12 février 2009, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer son taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

Le 17 février 2009, le juge instructeur a informé les parties de sa décision d'ordonner une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Cette expertise a été confiée aux Drs B._____ et X._____, respectivement rhumatologue et psychiatre au centre d'expertise médicale Y._____.

Le 24 février 2009, l'OAI s'est déterminé, persistant à considérer que la problématique rachidienne était postérieure à la décision querellée alors que le moment déterminant était celui de la date de cette décision. Confirmant ses conclusions, il préavisait pour le rejet du recours.

Les Drs B._____ et X._____ ont déposé leur rapport d'expertise le 25 août 2009. Ils y relèvent notamment ce qui suit :

"[...] Situation actuelle :

Sur le plan somatique Mme R._____ continue de se plaindre d'importantes douleurs diffuses concernant le dos et les membres.

L'anamnèse n'est pas toujours précise lorsqu'on essaie de préciser les caractéristiques des douleurs.

Du point de vue objectif, l'expertisée présente certes des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec notamment une discopathie en L5-S1 pour laquelle elle a été opérée en février et en mai 2008. Toutefois à l'examen clinique on observe des discordances, des variations de la gestuelle si elle se sent observée ou non et des signes de non organicité selon Waddell, alors qu'il n'y a pas de déficit neurologique clair, ni de signe évident d'irritation radiculaire.

Pour mémoire en février lors de l'hospitalisation au centre hospitalier Z. _____ un examen ENMG s'est révélé normal. L'ensemble des plaintes ne peut donc pas être expliqué par les troubles organiques objectifs au niveau lombaire. Ceux-ci entraînent certainement des limitations fonctionnelles pour les activités sollicitant le dos. Sinon à l'examen clinique on observe la présence de points algiques à la palpation caractéristiques d'une fibromyalgie, même si d'autres points non typiques sont également déclarés douloureux. De ce point de vue le tableau semble comparable à celui décrit par le Dr V. _____ en 2003, celui-ci retenait une fibromyalgie et un trouble somatoforme douloureux.

Sur le plan psychique Mme R. _____ se plaint de pleurs quotidiens, d'un sentiment d'inutilité, d'être nerveuse, irritable, d'avoir des troubles de la mémoire, de l'orientation, n'arrive pas à s'occuper de son fils, en retrait à domicile, elle n'a pas d'envie. Elle reconnaît avoir une anxiété quasi permanente, avec des symptômes neurovégétatifs importants et récurrents. Elle a des comportements d'évitement, principalement de la foule, car elle craint d'avoir des attaques de panique. Elle décrit un comportement explosif, une humeur triste qui peut devenir un peu plus joyeuse, mais rarement et seulement transitoirement, l'image de soi est négative, la confiance en soi est diminuée, elle a chaque semaine des idées dépressives, les intérêts et plaisirs seraient absents, la libido est absente, l'énergie vitale est nettement diminuée, une fatigue importante est présente. Elle reconnaît des tendances aux ruminations anxieuses générant des céphalées. Elle a des idées suicidaires plusieurs fois dans la semaine. L'appétit est diminué, elle décrit des troubles du sommeil en partie liés aux cauchemars, des troubles neurocognitifs importants, des troubles de la compréhension, elle ne supporte pas les critiques.

Dans ses activités quotidiennes, elle déclare une limitation à cause de la fatigue et des douleurs. Elle peut s'occuper de son hygiène, faire la poussière, mettre la lessive dans le lave linge, faire le choix des aliments durant les courses avec son mari, préparer le repas de midi pour son fils, sortir chercher son fils à l'école, visiter une amie ou la marraine de son fils une fois par semaine. Elle se couche souvent si elle n'a pas de rendez-vous. Il lui est impossible de faire toutes les autres activités.

Les plaintes suggèrent un trouble douloureux somatoforme, car les douleurs sont diffuses et mal systématisées, n'ont pour la plupart pas de base organiques, entraînent le recours à de nombreux examens somatiques qui restent négatifs et l'utilisation importante de médicaments dont l'effet est insuffisant. Les plaintes permettent

aussi d'évoquer un épisode dépressif sévère, alors que dans ses activités quotidiennes les limitations ne sont pas sévères. Il existe donc un décalage entre la sévérité des plaintes et ses capacités dans la vie quotidienne, même si celles-ci semblent partiellement limitées.

A l'observation, on note que l'assurée maintient son hygiène corporelle et vestimentaire, la démarche est lente et hésitante, la gestuelle n'est pas fluide. La collaboration est d'abord difficile, car elle parle beaucoup et ne répond pas aux questions. Elle se montre difficilement souriante, mais y parvient vers la fin de l'entretien, à aucun moment elle n'est en mesure de rire. Il y a un ralentissement modéré, le ton de la voix est peu ferme. Un comportement douloureux est observé, elle peut rester assise durant un très long entretien. La fatigabilité est modérée, l'humeur modérément déprimée, une absence d'intérêt ou de plaisir est exprimée, il y a une baisse modérée de l'énergie vitale, des signes anxieux modérés, sans signe neurovégétatif, une idéation morbide envahissante. L'expression émotionnelle au cours de cet entretien est peu fluctuante. Le discours n'est pas précis, la collaboration est mauvaise, le processus de pensée montre un fonctionnement en circuit fermé. On observe des traits dépendants, des troubles modérés de la concentration et de la mémoire d'évocation.

L'examen objectif ne permet pas de conclure à un syndrome dépressif sévère. Il y a donc aussi un décalage avec les plaintes sévères.

Durant l'examen somatique, l'assurée s'est montrée bien plus expressive et moins ralentie lorsqu'elle n'était pas observée. Ceci est en lien avec l'aspect démonstratif lié aux traits dépendants et permet de considérer une exagération de certains symptômes dépressifs. Elle n'est actuellement pas complètement isolée socialement, puisqu'elle a pu constituer un nouveau réseau d'amis. Elle n'est pas complètement inactive et peut prendre des décisions comme lors de ses courses et pour chercher son fils. Nous considérons donc qu'elle souffre d'un épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique.

L'assurée présente des traits de personnalité dépendante et évitante, mais il n'y a pas assez d'argument pour retenir un trouble de la personnalité qui nécessiterait plus de critères selon la CIM-10. Elle présente par contre un fonctionnement psychique privilégiant la somatisation à l'expression orale dans un registre démonstratif, ce qui explique l'exagération des symptômes.

Nous ne pouvons pas retenir un trouble panique ou une agoraphobie, car le trouble dépressif est au premier plan, les symptômes en question sont à mettre sur le compte du trouble dépressif.

Synthèse et conclusions :

Sur le plan somatique Mme R. _____ se plaint principalement de rachialgies avec pseudo-sciatalgies bilatérales avec un status après hernie discale en L5-S1 ayant motivé deux opérations en février et

mai 2008. Il n'y a toutefois pas de déficit neurologique périphérique séquellaire qui soit significatif.

Mme R._____ se plaint également de douleurs diffuses des membres, mais également des céphalées et des douleurs abdominales en lien avec une fibromyalgie diagnostiquée depuis 2003.

Elle présente également de discrets troubles statiques du rachis et une hypertension artérielle traitée.

Ces derniers éléments n'influencent pas la capacité de travail.

Du point de vue somatique les activités physiques lourdes ou sollicitant particulièrement le dos sont contre-indiquées. Dans une activité d'employée d'exploitation comme elle exerçait auparavant, on peut estimer globalement que la capacité de travail est de 50%, en raison des discopathies, en particuliers L5-S1, qui ont motivé les opérations.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100%.

Sur le plan psychique Mme R._____ présente un trouble douloureux somatoforme depuis 1997.

Elle présente actuellement un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. La première évaluation psychiatrique est effectuée en septembre 2003 et conclut à un épisode dépressif moyen. Il est raisonnable de considérer qu'il existe depuis septembre 2003.

Sur la base des éléments en notre possession, l'évolution est fluctuante avec des périodes d'amélioration de plusieurs mois en 2006 et de quelques semaines début 2008. Malgré un suivi psychiatrique et psychothérapeutique avec un traitement antidépresseur adapté, l'évolution subjective est peu favorable puisqu'une capacité de travail totale n'a pas pu être retrouvée.

Le trouble somatoforme n'est donc pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, il n'y a pas de perte de l'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé. [...]"

Au terme de cette analyse, les Drs B._____ et X._____ ont posé les diagnostics suivants :

- "4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
- Depuis quand sont-ils présents ?
- Lombalgies chroniques sur hernie discale en L5-S1 (2002).
 - Status après microdisectomie L5-S1 gauche le 21.02.2008 pour radiculopathie S1 gauche sur hernie discale.
 - Status post microdisectomie L5-S1 droite et exploration de la racine S1 gauche le 02.05.2008.

- 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?
- Trouble douloureux somatoforme F45 depuis 1997.
 - Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 depuis 2003.
 - Fibromyalgie (2003).
 - Hypertension artérielle traitée.
 - Troubles statiques modérés du rachis.
 - Surcharge pondérale."

Enfin, ils indiquaient notamment, en réponse aux questions qui leur avaient été soumises sur proposition des parties, que dès 2003, la capacité de travail de la recourante n'était plus que de 50% dans son ancienne activité mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations rhumatologiques (absence de port de charges de plus de 10 kg ou de port répétitif de plus de 5 kg, de mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc, de préférence alternance des positions assise-debout) ; sur le plan psychique, ils précisait qu'une incapacité transitoire avait pu exister, mais qu'il n'existait pas d'incapacité durable.

Invité à se déterminer sur ce rapport d'expertise, l'OAI a relevé que celui-ci confirmait que la capacité de travail était, du point de vue somatique, entière dans une activité adaptée, et que du point de vue psychique, il n'existait aucune incapacité de travail. En conséquence, il confirmait sa position.

Egalement invitée à se déterminer sur ce rapport, la recourante a produit un avis médical établi le 18 septembre 2009 par la Dresse G._____ à l'attention de son conseil, avis auquel elle déclarait se référer intégralement. La Dresse G._____ y exposait en substance qu'une activité à 100% n'était pas exigible chez la recourante qui, en plus de troubles douloureux somatoformes, souffrait également de lombalgies chroniques post-opératoires invalidantes.

Se déterminant le 21 octobre 2009 sur cet avis médical, l'OAI a exposé que celui-ci ne saurait remettre en question les conclusions bien motivées de l'expertise des Drs B._____ et X._____. La Dresse G._____ motivait en particulier sa position divergente en invoquant

l'existence de lombalgies post-opératoires invalidantes ; or, cet élément avait précisément été pris en compte par les experts. Au demeurant, les opérations en question dataient des 21 février et 2 mai 2008 et étaient donc postérieures à la décision attaquée.

Le 16 décembre 2009, la recourante a produit le certificat médical du 8 décembre 2009 du Dr V._____, lequel écrivait à la Dresse G._____ que malgré les deux opérations chirurgicales subies, des douleurs lombaires et des sciatalgies persistaient. Une IRM pratiquée le 17 novembre 2009 démontrait une image de récurrence d'hernie discale L5-S1 luxée vers le bas, entrant en contact avec les deux racines S1 à leur émergence du sac thécal, une arthrose L5-S1 postérieure bilatérale active avec importante prise de contraste des parties molles entourant les articulations ainsi qu'un remaniement postopératoire sur la voie d'abord chirurgicale gauche ; ce remaniement cicatriciel était proche de la racine S1 et était susceptible d'engendrer une contrainte. Les examens mettaient également en évidence une importante hypersensibilité de signal de l'os sous-chondral avec prise de contraste des plateaux vertébraux L5-S1, traduisant des altérations dégénératives actives (Modic II). Ces diverses lésions expliquaient selon ce praticien la symptomatologie de la recourante, qui relevait du plan physique et non psychique, et qui la rendait incapable de travailler, même dans une activité adaptée. Les plaintes exprimées par la recourante correspondaient à des constatations radiologiques objectives entrant dans le cadre d'une hernie discale, d'un trouble dégénératif L5-S1 et d'un diagnostic de Failed Back Surgery Syndrome. Enfin, ce médecin signalait que le traitement médicamenteux se poursuivait, que la physiothérapie demeurait sans résultat et qu'il ne voyait pas quel autre traitement proposer pour l'instant.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse selon toute vraisemblance supérieure à 30'000 fr. s'agissant de l'octroi d'une rente d'invalidité.

2. 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).

Sont seules litigieuses en l'espèce les questions de la capacité résiduelle de travail de la recourante et de son taux d'invalidité.

3. a) La demande de rente AI litigieuse a été déposée le 11 novembre 2003. Quant à la décision entreprise, elle a été rendue le 15 janvier 2008.

La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par

conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 15 janvier 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2003 - si besoin est -, au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, une invalidité d'au moins 40 % ouvre le droit à un quart de rente, celle de 50 % au moins à une demi-rente, et celle de 66 2/3 % au moins à une rente entière. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa version postérieure au 1^{er} janvier 2004 (qui n'a pas été modifié lors de la 5^e révision, si ce n'est qu'il est devenu 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.

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 ; cf. art. 4 al. 1 aLAI). 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.

Aux termes de l'art. 16 LPGA (cf. art. 28 al. 2 aLAI), 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.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF, 10 mars 2009, 9C_519/2008, consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références citées).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent pour leur part 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; Pratique VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Cela étant posé, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitant, la valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a précité) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur

probante. Néanmoins, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193 ; ATF 119 V 9 et les arrêts cités ; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., Berne 2003, n° 30 p. 331 ; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 422-423).

d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner – outre les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité

lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

En particulier, dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence ; TF 9C_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des

affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

4. a) En l'espèce, l'OAI, se fondant sur les conclusions du rapport J._____, a considéré que la capacité de la recourante était de 70% dans toute activité.

Dans le cadre de l'instruction, le magistrat instructeur a mis en œuvre une expertise judiciaire bi-disciplinaire afin notamment de tenir compte, outre des troubles psychiques (seuls troubles que le Dr J._____ a pris en considération), également des troubles physiques dont l'existence a été révélée ultérieurement. Les Drs B._____ et X._____ ont, dans leur rapport d'expertise du 25 août 2009, retenu l'existence de troubles rhumatologiques influençant la capacité de travail de la recourante dès début 2003 déjà. Sur le plan psychique, ils ont considéré que les différents troubles diagnostiqués (trouble douloureux somatoforme, fibromyalgie et état dépressif moyen avec syndrome

somatique) n'étaient pas de nature invalidante malgré une évolution peu favorable, relevant en particulier que le trouble somatoforme n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave et qu'il n'existait aucune perte d'intégration sociale ni un état psychique cristallisé.

Au regard des critères posés par le Tribunal fédéral, ce rapport revêt une pleine force probante. Circonstancié, basé sur une anamnèse complète et procédant d'un examen exhaustif du cas, celui-ci décrit clairement la situation médicale de la recourante. Il tient compte de l'entier de la symptomatologie de même que des plaintes subjectives et est exempt de contradictions internes. Enfin, les experts examinent de manière cohérente et motivée la question de la capacité de travail résiduelle, qui est, selon leur appréciation, entravée à raison de 50% dans l'activité exercée jusqu'alors, mais demeure entière dans une activité adaptée aux limitations rhumatologiques; ils exposent en particulier de manière tout à fait convaincante (eu égard aux critères posés par la jurisprudence de notre Haute cour) les raisons pour lesquelles les troubles psychiques dont souffre la recourante ne sauraient être tenus pour invalidants (absence de comorbidité psychiatrique grave, de perte d'intégration sociale ou encore d'état psychique cristallisé).

La recourante conteste les conclusions de ce rapport en se prévalant de rapports et avis médicaux émanant de différents médecins et psychiatres qu'elle a consultés. Ces documents ne sont toutefois pas de nature à remettre en cause la force probante de l'expertise judiciaire. Vu leur provenance, ils doivent en effet, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 3c ci-dessus), être appréhendés avec circonspection et ne sauraient l'emporter sans autre sur l'avis des experts neutres mandatés par la Cour de céans. Ces différents rapports sont pour l'essentiel plus succincts que l'expertise des Drs B._____ et X._____, ne comportent que des appréciations divergentes d'un même tableau clinique, et n'apportent en tous les cas aucun élément pertinent qui n'ait été pris en considération par les experts ou qui mettrait en doute le bien-fondé de leurs conclusions.

A cet égard, le diagnostic de Failed Back Surgery Syndrome posé par le Dr V. _____ dans son avis médical du 8 décembre 2009 se rapporte à un trouble qui n'est apparu que postérieurement aux opérations chirurgicales subies par la recourante les 21 février et 2 mai 2008. Or, ces faits sont également postérieurs à la décision querellée, si bien qu'ils ne sauraient, contrairement à ce que soutient la recourante, être pris en considération. La Cour de céans se doit en effet d'apprécier la légalité de la décision attaquée uniquement d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF, 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366, 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les arrêts cités par la recourante (ATF 133 V 108 consid. 5 et ATF 130 V 71) ne lui sont d'aucun secours en l'espèce, dans la mesure où ils concernent la question du point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité dans le seul cadre d'une procédure de révision de rente ; ils ne sont dès lors pas applicables en l'occurrence.

Dans ces circonstances, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions du rapport des Drs B. _____ et X. _____. Il convient ainsi de retenir que la recourante disposait, au moment déterminant où la décision querellée a été rendue, certes d'une capacité de travail résiduelle réduite à 50% dans son activité habituelle, mais d'une capacité entière dans une activité adaptée à ses limitations rhumatologique (absence de port de charges de plus de 10 kg ou de port répétitif de plus de 5 kg, de mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc, de préférence alternance des positions assise-debout).

b) Cela étant posé, il y a lieu de déterminer le taux d'invalidité de la recourante en procédant à la comparaison des revenus, avec et sans invalidité, que cette dernière était susceptible de réaliser en 2004, année

à compter de laquelle elle pourrait, le cas échéant, prétendre à l'octroi d'une rente.

Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait vraisemblablement s'il était en bonne santé.

En l'espèce, il résulte des renseignements fournis par l'employeur de la recourante que sans invalidité, celle-ci aurait réalisé, en 2004, un revenu annuel brut à 100 % de 51'127 francs.

Quant au revenu avec invalidité, il convient, conformément à la jurisprudence, de l'évaluer sur la base de statistiques salariales, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé (cf. ATF 126 V 75). Il faut ainsi se fonder sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (édition 2004) en retenant le salaire mensuel statistique moyen afférant à un niveau de qualification 4, soit aux activités simples et répétitives (qui correspondent au type d'activité adapté au niveau de formation et aux limitations physiques de la recourante). Ce salaire est de 4'993 fr. par mois. En réajustant cette valeur centrale en fonction de l'horaire hebdomadaire moyen, qui est de 41.7 heures (cf. ATF 126 V 75 précité ; TFA, 26 juin 2003, I 616/02 ; La Vie économique, n° 10/2006, p. 90), l'on obtient un revenu théorique pour l'année 2004 de $(4'993 / 40 \times 41.7 =)$ 5'205 francs.

Selon la jurisprudence, le montant ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25%. Enfin, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent,

substituer son appréciation à celle de l'administration dans la fixation de cette déduction (ATF 126 V 75 précité, consid. 5b s.).

Dans le cas présent, compte tenu de la nationalité de la recourante, de ses limitations fonctionnelles, de son absence de formation professionnelle, mais aussi de la longue période d'interruption du travail, une déduction globale de 10% apparaît adéquate.

En conséquence, le revenu exigible annuel brut s'élève à $([5'205 - \{5'205 \times 10\%\}] \times 12 =) 56'214$ francs.

Il résulte ainsi de la comparaison du revenu que la recourante pourrait obtenir en mettant à profit sa pleine capacité de travail résiduelle théorique dans une activité adaptée à ses limitations rhumatologiques (activité qui est exigible au regard de l'obligation faite à l'assuré de réduire son dommage - cf. art. 6 in fine LPGA) avec le revenu théorique qu'elle aurait obtenu sans invalidité dans son ancienne activité, que les atteintes à la santé constatées n'entraînent, sur le plan économique, aucune incapacité de gain.

En l'absence d'une incapacité de gain, l'existence d'une invalidité au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA doit être niée. Partant, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'accorder une rente à la recourante.

5. En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 600 fr. et mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI, 49 LPA-VD). Cette dernière succombant à la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 600 (six cents) francs est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me François Magnin, avocat (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :