

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

J._____, à Préverenges, recourante, représentée par Me Claudio
Venturelli, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1961, a déposé le 22 septembre 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), du fait de "lombopygalgie dans un contexte de trouble statique sévère et souffrances lombaire 2/4, arthrose, double scoliose, tassement des vertèbres". Elle précisait solliciter des mesures médicales de réadaptation ou une rente. L'assurée disait avoir suivi l'école primaire, puis une formation de 6 mois à l'interne de T._____, qui l'employait encore, en tant que gestionnaire de comptes, à W._____. Elle annexait encore à sa demande des attestations démontrant le suivi de divers modules de formation interne en matière d'affaires hypothécaires, de blanchiment d'argent et compliance, ainsi que de fonds de placement.

Selon le dossier transmis, le 17 octobre 2005, à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) par R._____, assurance perte de gain maladie de l'assurée, le Dr O._____, médecin généraliste FMH, - dans des rapports des 8 décembre 2004 et 3 mai 2005 - et le Dr K._____, médecin praticien, chef de clinique auprès de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, - dans des rapports des 23 février 2005 et 19 avril 2005 - ont attesté plusieurs périodes d'incapacité de travail à 100% de l'assurée, dès le 19 août 2004. A chaque fois, les tentatives de reprises d'activité à 50% avaient échoué, après seulement quelques jours.

Dans un rapport du 15 août 2005 à R._____, le Dr K._____ a posé les diagnostics de "cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de scoliose dorso-lombaire, d'insuffisance musculaire et de discopathie L3/L4". Il attestait une incapacité de travail de 50% du 24 juin 2005 au 31 août 2005, et estimait déjà qu'un tel taux resterait justifié pendant encore au moins 3 mois, vu la lenteur de l'amélioration constatée. Le médecin remarquait encore qu'une adaptation du poste de travail devrait pouvoir être envisagée à l'aide de T._____, permettant une augmentation progressive du taux de travail au-delà de 50%.

Dans une lettre adressée au Dr O. _____ le 3 octobre 2005, le Dr K. _____ a écrit que :

"J'ai eu le plaisir de revoir votre patiente à la consultation de l'Unité du Rachis et Réhabilitation en date du 03.10.2005.

Depuis notre dernière entrevue, Madame J. _____ a de nouveau dû arrêter son activité professionnelle à partir du 06.09.2005 en raison d'une recrudescence des douleurs.

Sur le plan psychique, le Deroxat a été diminué de ½ cp sans qu'il y ait une aggravation des symptômes. Les traitements infiltratifs seront entrepris au niveau dorsal à partir du 04.10.2005.

Dans cette situation, en discutant avec Madame J. _____, le facteur déclenchant des problèmes semble être la distance entre son lieu de travail et son domicile. Nous discutons avec la patiente que si un poste de travail beaucoup plus proche de son lieu de domicile était disponible, la capacité de travail devrait pouvoir être augmentée de manière fixe à 50%, puis progressivement plus haut. Madame J. _____ semble en être aussi convaincue.

L'examen clinique de ce jour reste sinon peu contributif avec une DDS à 26 cm. Le Schöber modifié est à 14/15/20. Les inclinaisons latérales restent asymétriques à 11/15 cm. Pas d'hypoextensibilité dans le plan sous-pelvien.

Appréciation :

Des facteurs indépendants du problème orthopédique de base influencent la présente situation, à savoir les trajets entre le lieu de travail et son domicile, ainsi que l'utilisation médicamenteuse.

Ici je réitère ma position en expliquant à Madame J. _____ la nécessité d'utiliser le Tilur retard de manière systématique le matin, suppléé par du Ketesse si c'est nécessaire. En plus, elle devra effectuer les exercices de gainage non seulement 1x/semaine dans le groupe, mais aussi à domicile de manière quotidienne, comme cela avait été anciennement effectué ici à l'Hôpital il y a plus d'une année.

Madame J. _____ reconnaît que ceci avait été dit à l'époque, mais plus souligné ultérieurement.

Dans cette situation, nous décidons une reprise du travail à 50% à partir du 10.10.2005 et nous nous reverrons d'ici 1 mois."

Le 7 novembre 2005, le Dr K. _____ a adressé à l'OAI un rapport dans lequel il posait les diagnostics de "cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de scoliose idiopathique" et de "déconditionnement musculaire". Le médecin établissait aussi la liste des périodes d'incapacité de travail de l'assurée dont il ressortait qu'elle avait

été entièrement incapable de travailler dès le 19 août 2004, cela à l'exception de quelques périodes où elle avait tenté une reprise de son travail à 50%. De l'avis du médecin, l'état de santé de l'assurée était stationnaire et sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. En revanche, le Dr K._____ considérait que des mesures professionnelles étaient indiquées. Des moyens auxiliaires n'étaient pas nécessaires. Le Dr K._____ écrivait encore ce qui suit :

"Madame J._____ a suivi un traitement intensif de reconditionnement musculaire du mois de mars à avril 2004 qui a permis de stabiliser la situation avec toutefois une rechute douloureuse en automne 2004 sans raison apparente. Depuis ce moment, différents gestes infiltratifs ont été tentés qui soulagent la patiente de manière passagère. Un avis chirurgical a été pris auprès du Dr Z._____ qui n'a pas de proposition chirurgicale actuellement vu le jeune âge de la patiente [...].

Dans cette situation, nous poursuivons un traitement conservateur musculaire ainsi qu'infiltratif, mais le problème principal réside dans le travail et une adaptation du poste de travail devrait être envisagée et surtout permettre à la patiente de retrouver un lieu de travail plus proche de son lieu de domicile avec moins de charge."

Dans l'annexe concernant l'incapacité de gain au rapport médical du 7 novembre 2005, le Dr K._____ a relevé que la patiente exerçait un travail de vente par téléphone. Son poste de travail avait été adapté pour qu'elle puisse alterner les postures et travailler aussi debout, mais sans que cela ait permis une reprise d'activité à plus de 50%. Quant à une réinsertion, le médecin considérait que la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à présent ne pouvait être améliorée. Il réservait une amélioration en cas de rapprochement du lieu de travail. Le médecin estimait que l'exercice d'une autre activité était exigible, mais qu'il fallait "une activité permettant les postures fréquentes, comme actuellement", mais n'était pas certain qu'un travail à plus de 50% soit possible.

Dans un rapport à l'OAI du 30 novembre 2005, le Dr O. _____ a posé, en tant qu'affections influant la capacité de travail de l'assurée, les diagnostics de "cervico-dorso-lombalgies sur scoliose existant depuis 1976" et de "lombopygalgie sur souffrance L2-L4 existant depuis août 2004". Le médecin relevait encore un état anxiodépressif sans incidence

sur la capacité de travail de l'assurée. Il évaluait la capacité de travail à 50% dans l'activité exercée jusqu'alors. L'assurée pouvait travailler 4 heures par jour en position assise, mais avec des pauses. Selon le médecin, une amélioration pourrait intervenir dans le poste occupé jusqu'à présent si celui-ci était adapté et si l'assurée n'avait plus à se déplacer en voiture. En outre, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.

Dans le questionnaire pour l'employeur du 13 février 2006, T. _____ a indiqué que l'assurée travaillait depuis le 1^{er} septembre 1977 dans l'entreprise. Son travail actuel au "back-office" s'exerçait à 95% en position assise et à 5% debout, mais l'assurée avait été autorisée à se lever et à marcher toutes les trente minutes. En 2005, elle avait touché un salaire de 77'096 fr. 75.

Le 18 mai 2006, l'employeur de l'assurée a informé l'OAI qu'un essai de deux mois avait été mis en place pour un poste à Lausanne, ce qui permettait d'éviter les déplacements. Cet essai avait lieu à 50% car l'assurée avait présenté un certificat médical.

Par lettre du 9 octobre 2006, l'assurée a avisé l'Office que son employeur avait résilié son contrat de travail.

Le 9 janvier 2007, l'assurée a été examinée par le Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR). Dans son rapport du 6 février 2007, le médecin a considéré :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :
 - Dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose structurale avec angle de Cob à 32° au niveau dorsal et 30° au niveau lombaire M 54.9).
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - Aucun.

APPRECIATION DU CAS

Assurée âgée actuellement de 45 ans, présentant une scoliose structurale en S associée à un raccourcissement du membre inférieur gauche d'environ 2 cm. Les angles mesurés radiologiquement sont de 32° au niveau dorsal et 30° au niveau lombaire.

L'examen clinique de ce jour met clairement en évidence le trouble statique déjà décrit sans autre mise en évidence d'atteinte à la santé, hormis un déconditionnement musculaire en relation avec le trouble statique constitutionnel. A signaler de façon formelle l'absence de mise en évidence de signe de non organicité aussi bien selon Waddell que Smythe lors de cet examen clinique. L'examen de médecine générale est sans particularité.

En conclusion : cette assurée présente un trouble statique du rachis dorso-lombaire évoluant depuis l'enfance avec actuellement une double scoliose en S fixée avec gibbosité gauche accentuée lors de l'antéflexion. Les documents radiologiques mis à notre disposition mettent aussi en évidence un trouble dégénératif modéré du rachis lombaire sans traduction clinique particulière.

Au vu des atteintes objectives sur le plan ostéoarticulaire, cette assurée présente des limitations fonctionnelles interdisant toute activité à forte charge physique ou nécessitant des positions statiques prolongées. Dans toute forme d'activités de type sédentaire, permettant les variations de positions assises, debout de façon libre, la capacité de travail théorique de l'assurée est de 100%. Nous pouvons tout au plus envisager une diminution de rendement de l'ordre de 30% au vu des limitations fonctionnelles et de la nécessité de réaliser des pauses fréquentes.

[...]

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charge supérieur à cinq kilos de façon répétitive, pas de position assise au-delà d'une demi-heure sans possibilité de varier la position assise debout, pas de position en antéflexion ni en porte-à-faux du rachis, pas de position statique debout au-delà de cinq à dix minutes, diminution du périmètre de marche à vingt minutes, pas d'activité sur terrain instable, pas d'exposition des machines outils, pas d'activité nécessitant un rendement imposé. Possibilité de varier les positions assises debout de préférence à sa guise et au minimum deux fois à l'heure. Possibilité de réaliser des périodes de pause d'environ vingt minutes toutes les deux ou trois heures pour effectuer des exercices de détente au niveau de la musculature posturale cervico-dorso-lombaire.

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

L'assurée présente une incapacité de travail constante à 50% depuis le 15.08.2004 avec la notion de plusieurs périodes d'incapacité de travail à 100% depuis la même date. A signaler que l'assurée est licenciée pour une longue maladie pour le 31.01.2007.

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

L'assurée présente une incapacité de travail continue à 50% depuis le 15.08.2004 avec plusieurs périodes d'incapacité à 100%.

L'examen clinique de ce jour, confirme une atteinte structurelle et statique de la colonne dorsolombaire induisant une scoliose fixée en S associée à un raccourcissement du membre inférieur. Une telle atteinte à la santé induit des limitations fonctionnelles rendant toute activité à forte charge physique contre indiquée de façon formelle. L'activité de conseillère à la clientèle est toutefois facilement adaptable aux limitations fonctionnelles. De ce fait, dans un tel type d'activités, l'assurée présente sur le plan strictement médico-juridique une capacité de travail de 100%.

Au vu des limitations fonctionnelles, de la nécessité de réaliser fréquemment des pauses, une diminution de rendement de 30% est imposée.

Concernant la capacité de travail exigible, cf ce qui précède.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE
DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 70% (DEPUIS LE 15.08.2004)
DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 70% DEPUIS: AOUT 2004."

Le 22 mars 2007, l'assurée a apporté diverses précisions en relation avec le rapport du 6 février 2007. Elle écrivait notamment que, malgré les efforts faits par son employeur, en dernier lieu sous forme du stage organisé à Lausanne, elle n'avait pu retravailler en continu. Elle déposait aussi le certificat de travail délivré le 31 janvier 2007 par T._____ qui mentionnait notamment :

"À son arrivée dans l'entreprise, Mme J._____ a été employée à T._____ de Lausanne [...] jusqu'à sa fermeture, le 8 juin 1996, date où elle été transférée à l'[...] Center de W._____, unité d'affaires T._____. Elle y a été nommée au secteur de la clientèle en tant que cheffe de groupe. Après restructuration de ce secteur en octobre 1998, elle a finalement été occupée en qualité de collaboratrice au service à la clientèle privée.

Ses tâches principales dans sa dernière activité étaient notamment les suivantes :

- soutien et conseil à la clientèle privée par téléphone dans le cadre de l'offre de prestations T._____, pour environ 30'000 clients
- cross-selling dans les prestations « payer », « placer », « épargner »
- divers travaux administratifs relatifs à la gestion des Comptes [...]
- traitement des réclamations par écrit ou par téléphone
- connaissance approfondie des prestations T._____
- formation de nouveaux collaborateurs

Mme J._____ disposait d'excellentes compétences professionnelles et d'une expérience étendue dans son domaine d'activité. Elle a travaillé de manière très autonome et compétente. Intéressée et

disponible, elle a effectué ses tâches avec beaucoup de sérieux et fourni un travail de grande qualité."

Le 13 mai 2008, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, lui reconnaissant un taux d'invalidité de 29,99% et lui niant le droit à une rente.

Par courrier du 2 juin 2008, l'assurée a contesté le projet de décision. Elle rappelait son courrier du 22 mars 2007 et les réserves émises sur le rapport du SMR. Elle informait aussi l'OAI que sa mobilité s'était encore réduite, ses douleurs s'étant accentuées.

Dans un rapport du SMR du 26 septembre 2008, le Dr P._____ a considéré que le courrier de l'assurée du 22 mars 2007 n'apportait que des détails d'anamnèse. Le médecin écrivait que l'assurée présentait un trouble structurel et dégénératif du rachis à l'origine de douleurs chroniques indéniables et que c'était au vu de ces atteintes à la santé que les limitations fonctionnelles avaient été établies. Ces dernières se basaient sur des données biomécaniques en relation avec des troubles ostéoarticulaires présentés par l'assurée. Le médecin confirmait donc une diminution de rendement de 30%, même dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles de façon stricte. Le Dr P._____ réaffirmait aussi que, sur base des indications fournies par l'assurée et son employeur, l'activité habituelle était adaptée à ces limitations.

Par décision du 19 janvier 2009, l'OAI a constaté que l'assurée était capable, à raison de 70%, d'exercer son ancienne activité. Partant d'un revenu annuel 2005 dans l'ancienne activité de 77'096 fr. 75, et d'un revenu avec invalidité -et donc à 70% - de 53'968 fr., la décision évaluait le taux d'invalidité à 29,99%. L'Office refusait de ce fait à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 20 février 2009, J._____ recourt auprès du Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, contre la décision de l'OAI du 19 janvier 2009. La recourante demande préalablement la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, pour déterminer sa capacité de

travail et son rendement. Elle conclut principalement à ce que lui soit octroyée une rente entière, subsidiairement, à la mise en œuvre de mesures professionnelles en sa faveur, et plus subsidiairement, au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante critique d'abord la capacité de travail de 70% retenue par l'OAI – suivant ainsi l'avis du SMR –, alors que les Dr O. _____ et K. _____ n'évaluaient cette capacité qu'à 50%. Selon la recourante, l'avis du Dr P. _____ n'est pas réellement probant, notamment parce qu'il n'expose pas pourquoi il se distance de ceux, concordants, des médecins traitants. La recourante conteste aussi le revenu retenu par l'OAI pour le calcul de l'invalidité : en partant du salaire réalisé auprès de son ancien employeur pour le revenu d'invalidité, l'OAI aurait négligé de prendre en compte le fait que ce montant était lié à 30 ans de fidélité de l'assurée à son employeur et à des formations internes à l'entreprise. Dans cette mesure, la recourante estime que l'OAI aurait dû calculer le revenu d'invalidité exigible sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) et retenir ainsi un taux d'invalidité de 50%. Enfin, la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir décidé la mise en œuvre de mesures professionnelles, notamment d'une formation car, avec la perte de son ancienneté auprès de son ex-employeur, seule une telle mesure serait susceptible de lui restituer sa capacité de gain.

Se déterminant par courrier du 24 avril 2009, l'OAI conclut au rejet du recours.

Le 29 septembre 2010, la recourante produit une expertise privée, établie par le Dr S. _____, spécialiste en rhumatologie. Suite à un examen du 3 juin 2010, le médecin écrit notamment dans son rapport du 22 septembre 2010 :

"DIAGNOSTICS :

- cervicodorsolombalgies chroniques[.]
- troubles statiques sous forme de scoliose dorsolombaire idiopathique.
- [t]roubles dégénératifs pluri-étagés.

APPRÉCIATION :

Mme J._____ est une expertisée âgée de 49 ans, célibataire, sans enfants, sans formation professionnelle certifiée, ayant exercé une activité d'employée aux T._____, depuis son entrée en apprentissage à l'âge de 16 ans dans cette entreprise.

Elle a toujours été fidèle au même employeur et licenciée pour raison d'absences répétées et prolongées pour raison de maladie le 31.01.2007, soit après 29 ans d'activité professionnelle.

Elle est actuellement dans une situation de maladie/sans emploi depuis 4 ans.

D'un point de vue rhumatologique/orthopédique, elle présente une scoliose dorsolombaire structurale idiopathique, diagnostiquée lors d'un examen médical scolaire de dépistage.

Ce trouble statique n'a pas été symptomatique et n'a pas eu de répercussion sur la scolarité, la pratique sportive, le choix professionnel de l'expertisée.

Le traitement prophylactique proposé n'a pas été suivi.

En [...], en raison de réorganisation/restructuration de l'entreprise, le lieu de travail de Mme J._____ a été déplacé de Lausanne à W._____, augmentant ainsi la durée du déplacement du domicile au lieu de travail.

Ces derniers sont effectués en voiture, avec une durée de 2 heures quotidiennes.

Une offre de formation complémentaire avec obtention d'un CFC a été proposée à Mme J._____ en 1998, Mme J._____ l'a cependant refusée, en ne s'estimant pas « d'attaque ».

Elle a par la suite été « rétrogradée » dans son poste de travail et sur son échelle salariale.

L'expertisée n'a également pas souhaité déménager, afin de se rapprocher de son lieu de travail, ne souhaitant pas s'éloigner de sa famille.

Anamnestiquement, les lombalgies sont présentes depuis 1981 (âge de 20 ans) mais n'ont jamais nécessité de traitement particulier, ni de consultation médicale et/ou paramédicale ni entraîné de limitation fonctionnelle ou de gêne.

C'est en 2003, soit à l'âge de 42 ans, que l'expertisée consulte pour la première fois d'elle-même en raison de lombalgies, lesquelles avec le temps, vont progressivement s'étendre tout d'abord à la région du sacrum puis à la colonne dorsale et cervicale.

L'intensité douloureuse va également progressivement augmenter et les douleurs sont actuellement permanentes, perçues comme invalidantes.

Ce sont les douleurs qui ont amenés les incapacités de travail répétées, à un taux variant de 100% à 50% depuis août 2004, soit depuis 6 ans.

Les investigations médicales, paramédicales, effectuées par les médecins traitants (Drs O._____, K._____, Z._____) ont condui[t] au diagnostic de cervicodorsolombalgies chroniques sur scoliose dorsolombaire idiopathique structurelle, présentes depuis l'adolescence.

Il n'y a pas de divergence entre les avis diagnostics des médecins traitant et le médecin du service médical régional de l'AI (Dr P._____).

Le différend actuel porte sur l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité professionnelle passée ou une activité adaptée.

Elle est de 50% pour les médecins traitants (le Dr Z._____, quant à lui, ne se prononce pas sur la capacité de travail), et de 70% pour le Dr P._____.

Les limitations fonctionnelles sont détaillées par le Dr P._____ dans son rapport médical du SMR daté du 09.01.2007 (cf. extraits du dossier).

Au vu de l'anamnèse, de l'examen clinique, de l'étude du dossier radiologique, je retiens également le diagnostic de cervicodorsolombalgies chroniques avec troubles statiques, sous forme de scoliose dorsolombaire structurelle idiopathique, présentes depuis l'enfance/l'adolescence, avec douleurs lombaires peu importantes non invalidantes, ne requérant pas de consultation ni de traitement médical dès l'âge de 20 ans et devenant progressivement invalidantes dès 2003 où débute également la prise en charge médicale.

D'un point de vue anatomique/structurel, on relève par rapport à 2004, soit depuis 6 ans, une progression de l'angle de Cobb passant de 30 à 40% à la colonne lombaire et restant stable à la colonne dorsale.

De plus, il existe des troubles dégénératifs lombaires et dorsaux pluri-étagés, qui pourraient avoir en partie été favorisés par les troubles statiques (scoliose), une partie étant également due à une évolution naturelle.

Actuellement, et dans le passé, il n'y a pas d'élément orientant dans le diagnostic différentiel vers une composante/étiologie : tumorale, inflammatoire, neurocompressive, infectieuse.

Il n'y a pas de signe d'alerte en faveur d'une lombalgie symptomatique, à savoir une lombalgie ayant une origine spécifique rachidienne.

Dans le cas de Mme J._____, nous sommes en présence de dorsolombalgies non spécifiques ou communes, avec troubles statiques et dégénératifs.

La cause précise des symptômes et leur persistance ne peut être établie.

La présence des anomalies statiques n'explique à mon avis pas entièrement l'intensité ni la persistance des douleurs.

On rappellera également que les douleurs sont un phénomène subjectif, non mesurable, variable d'un individu à l'autre, non corrélable avec les données, lésions radiologiques dans le cas des cervicodorsolombalgies communes, et pas uniquement secondaire à des lésions anatomiques structurelles.

De même, l'invalidité lombalgique n'est que très faiblement corrélée à l'intensité douloureuse ou à l'importance du handicap physique. Les facteurs pronostiques favorisant l'invalidité sont davantage professionnels, socio-économiques, médico-légaux, psychologiques, liés également au handicap ressenti.

L'évaluation des contraintes physiques au travail reste également subjective, et il n'y a à l'heure actuelle, à ma connaissance, aucun instrument validé permettant l'évaluation objective précise des contraintes physiques du travail.

Le Dr P. _____ retient les limitations fonctionnelles communément admises dans la littérature sous forme consensuelle.

Les dorsolombalgies présentées par l'expertisée ne sont pas en soit une maladie, mais davantage un symptôme, qui peut relever de causes variées.

Une des causes, comme déjà mentionné, est la présence de troubles statiques et dégénératifs, lesquels n'expliquent cependant pas entièrement l'intensité ni la persistance des symptômes.

La prépondérance des troubles statiques doit être considérée comme faible, pour certains auteurs inférieure à 40%. On relèvera qu'elle ne peut cependant être mesurée à l'heure actuelle de manière objective.

Dans la littérature, il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychosociales, handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminant dans l'évaluation et la reprise d'une activité professionnelle, que les données anatomostructurelles objectivées à proprement parler.

Ceci ne remet cependant pas en cause l'authenticité des plaintes de l'expertisée.

RÉPONSES À VOS QUESTIONS :

[...]

2. Sur la base de vos constatations, quels sont les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de Mme J. _____?
Cervicodorsolombalgies chroniques avec troubles statiques sous forme de scoliose dorsolombaire structurelle, idiopathique, présente

depuis l'enfance/l'adolescence, symptomatique et invalidante depuis 7 ans.

3. Ces affections l'empêchent-elles médicalement d'exercer son activité habituelle ? Si oui, quel est le taux d'incapacité de travail dans son activité habituelle ?

[C]f. également appréciation. D'un point de vue rhumatologique et compte tenu de l'aggravation de la scoliose objectivée radiologiquement entre 2004 et 2010, on peut retenir d'un point de vue rhumatologique une incapacité de travail de 40% dans l'activité d'employée des T. _____ aux [...].

4. Si l'activité professionnelle de Mme J. _____ n'est plus exigible dans la profession exercée jusqu'alors, peut-on exiger de celle-ci qu'elle exerce une autre activité, compte tenu des affections décrites sous point 2?

[L]'activité professionnelle de Mme J. _____ à savoir employée aux T. _____ aux [...] est exigible à un taux de 60%.

Il en va de même pour toute autre profession respectant les limitations fonctionnelles qui seront énoncées au point 5.

5. Si oui, dans quelle activité, à quel taux, et avec quelles limitations fonctionnelles?

Toute profession respectant les limitations fonctionnelles suivantes, à savoir: absence de port de charge supérieure à 5 kg de façon répétitive, pas de position assise au-delà d'une demi-heure sans possibilité de varier la position assise/debout, pas de position en antéflexion ni en porte-à-faux du rachis, pas de position statique debout au-delà de 5 à 10 minutes, périmètre de marche de manière continue maximal de 30 minutes, pas d'activités sur terrain irrégulier, pas d'exposition à des machines outils ou à des vibrations corporelles (conduite d'engins de chantier), pas d'activité nécessitant un rendement imposé (travail à la chaîne notamment). Possibilité de varier les positions assise/debout de préférence en fonction du souhait de l'expertisée et au minimum deux fois par heure. Possibilité de réaliser des périodes de pauses d'environ 20 minutes toutes les deux ou trois heures.

De ce fait, la capacité de travail dans toute profession respectant les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus est d'un point de vue rhumatologique de 60% (dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée).

6. Dans l'hypothèse où votre position se distancierait de celle de l'expertise rhumatologique du 9 janvier 2007 du Service Médical Régional de l'AI, merci de préciser sur quels points ainsi que les raisons de ces divergences.

La divergence consiste sur l'appréciation de l'incapacité de travail exigible qui est dans l'activité habituelle et une activité adaptée de 70% pour le médecin du SMR de l'AI (Dr P. _____) du 06.02.2007 et de 60% pour ma part.

La différence porte donc sur un taux de 10% qui tient compte de l'aggravation des troubles statiques entre 2004 et 2010.

7. Une expertise dans un autre domaine de spécialité vous paraît-elle utile, voire nécessaire ? Si oui, laquelle ?

On peut discuter de l'opportunité d'effectuer une appréciation psychiatrique, afin de déterminer s'il existe un éventuel état dépressif, justifiant une incapacité de travail supérieure à 40% dans

l'activité habituelle ou une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles énoncées au point 5.

8. Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de cette affaire ? non."

La recourante se réclame de cette conclusion pour estimer que l'OAI doit prendre en compte une incapacité de travail de 40%. En outre, comme elle est sans travail depuis plusieurs années, l'assurée estime qu'il faut évaluer son revenu avec atteinte sur base des statistiques ESS. Elle l'établit à 49'119 fr. 07, dans le cadre de l'exercice d'une activité simple et répétitive. Considérant une capacité de 60% et un abattement supplémentaire de 15%, elle estime pouvoir encore réaliser un salaire annuel de 25'050 fr. 72, qui à comparer d'un revenu de 77'096 fr. 75 lui font revendiquer la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 67,50% et l'octroi d'un $\frac{3}{4}$ de rente AI.

Par courrier du 25 octobre 2010, l'OAI conteste que la recourante ait eu une longue période d'inactivité, puisqu'elle travaillait encore en juin 2006, deux ans et demi avant la décision contestée. Comme l'activité auprès de T._____ est réputée adaptée, l'Office estime qu'il n'y a pas à écarter le salaire dans cette activité au profit d'une évaluation sur base de données statistiques. Pour le reste, l'Office se rallie à un avis du SMR du 20 octobre 2010 par lequel le Dr P._____ constate une aggravation de l'état de santé de l'assurée radiologiquement prouvée, mais estime que cette aggravation n'est pas significative d'un point de vue clinique et ne modifie pas les limites fonctionnelles. Pour le médecin, la différence de degré d'incapacité de travail, entre l'expertise privée du Dr S._____ et celle qu'il avait menée au sein du SMR, n'est qu'une différence d'interprétation d'un état de fait identique.

Par déterminations du 24 décembre 2010, la recourante critique l'avis du SMR, qui constate une aggravation mais conclut à une incapacité de gain identique sans plus d'observations cliniques. Elle met en doute la valeur probante de l'avis du Dr P._____, parce qu'il n'examinerait pas suffisamment les aspects musculaires fonctionnels, ni la capacité fonctionnelle sous ses aspects dynamiques, et se basait, en 2007,

sur un dossier radiographique vieux de trois ans. Pour la recourante, le rapport du Dr S. _____ est plus récent et bien motivé: il doit être préféré ou, au moins, mettre en cause la valeur probante du rapport du SMR. Enfin, la recourante réitère ses critiques quant au revenu d'invalidé retenu par l'OAI. Elle produit en annexe à ses déterminations le procès-verbal d'une audition intervenue, du fait de sa longue incapacité de travail, auprès de son ancien employeur.

Le 24 février 2011, l'Office relève que les radiographies constatant l'aggravation qui fonde les conclusions du Dr S. _____ sont postérieures à la décision. Il produit en outre un avis du SMR, daté du 15 février 2011, dans lequel le Dr P. _____ écrivait notamment:

"La science médicale aujourd'hui n'a aucun moyen objectif de pouvoir évaluer de façon concrète au pourcent près la capacité de travail résiduelle d'une personne. Les évaluations de la capacité de travail résiduelle sont d'ordre subjectif, elles se basent sur des constats cliniques objectifs et chaque expert effectue une pondération en son âme et conscience en fonction des constatations objectives qu'il effectue, du consensus médical admis et de son expérience personnelle dans ce domaine.

Un écart d'évaluation de la capacité de travail d'uniquement 10% peut être considéré comme non significatif au plan médical.

L'évaluation de la capacité de travail résiduelle se base essentiellement sur les limitations fonctionnelles objectives présentées par une personne, en fonction des pathologies que celle-ci présente, et des exigences physiques de son activité professionnelle habituelle ou adaptée. [...]

L'aggravation radiologique mise en évidence par les investigations radiologiques effectuées en 2010 est indéniable. Toutefois, cette aggravation radiologique selon le Dr S. _____ n'entraîne pas de nouvelles limitations fonctionnelles ou de modifications significatives dans celles déjà retenues. Pour cette raison, je considère que la capacité de travail résiduelle de l'assurée n'est pas modifiée [...].

[...]

Pour conclure, la science de l'expertise médicale ne permet pas une évaluation scientifique de la capacité de travail résiduelle d'une personne à 10% près".

Par acte du 13 avril 2011, la recourante estime que, dans son avis du 15 février 2011, le Dr P. _____ a reconnu implicitement la valeur probante du rapport du Dr S. _____. Elle fait valoir qu'en présence de

deux avis médicaux il faut préférer le plus favorable à l'assurée, et renvoie à ses écritures antérieures, s'agissant du calcul du taux d'invalidité.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La demande de rente AI a été déposée le 22 septembre 2005, la décision entreprise rendue le 19 janvier 2009 et le recours tend à l'octroi d'une rente des suites d'une incapacité de travail survenue durant l'année 2004.

La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002, 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 19 janvier 2009.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, 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, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. 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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'occurrence, est litigieux le point 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'AI.

b) Il convient de relever, plus particulièrement, que la demande de prestations de l'assurée du 22 septembre 2005 portait sur l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales, respectivement sur l'allocation d'une rente. Dans la décision litigieuse du 19 janvier 2009, l'OAI a dénié le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité, sans toutefois se prononcer explicitement sur l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciale. Recourant le 20 février 2009, l'assurée a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement à la mise en oeuvre d'un autre type de prestations AI, à savoir des mesures d'ordre professionnel (cf. mémoire de recours p. 10), considérant que celles-ci seraient absolument nécessaires *«[d]ans l'hypothèse où le droit [...] à l'octroi d'une rente serait nié»* (cf. *ibid.* p. 9).

A cet égard, on soulignera que la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (cf. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1 et références citées). Cela étant, il apparaît qu'en l'espèce, les conclusions subsidiaires de l'assurée tendant à la mise en oeuvre de mesures professionnelles sortent de l'objet de la contestation, de sorte qu'elles s'avèrent irrecevables.

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) 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) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin

que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane du SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Toutefois, un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant et le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2)

5. a) En l'espèce, il est constant que les différents médecins interpellés dans le cadre de la présente affaire ont posé des diagnostics similaires en relation avec les troubles dorsaux de l'assurée. Ce point n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant. Tout au plus sied-il de rappeler ici que, de l'avis de l'ensemble des praticiens consultés, l'intéressée présente des dorso-lombalgies chroniques, respectivement des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques sous forme de scoliose dorso-lombaire idiopathique, ainsi que des troubles dégénératifs (cf. rapports du Dr K. _____ des 15 août 2005 [p. 1] et 7 novembre 2005 [p. 1], du Dr O. _____ du 30 novembre 2005 [p. 1], du Dr P. _____ du 6 février 2007 [p. 5] et du Dr S. _____ du 22 septembre 2010 [p. 13]).

b) La situation est en revanche plus complexe s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, se fondant sur l'avis du Dr P. _____ du SMR, l'OAI a retenu que l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 70% dans toute activité. De son côté, la recourante s'est tout d'abord prévaluée de l'appréciation de ses médecins

traitants les Drs O._____ et K._____ fixant la capacité de travail exigible à 50% (cf. mémoire de recours du 20 février 2009 pp. 5 ss), avant de baser son argumentation sur le rapport d'expertise du Dr S._____ du 22 septembre 2010 évaluant à 60% sa capacité résiduelle de travail dans toute activité adaptée y compris son activité habituelle (cf. écritures de l'intéressée des 29 septembre 2010, 24 décembre 2010 et 13 avril 2011).

aa) Dans ses rapports des 15 août et 3 octobre 2005, le Dr K._____ a considéré que moyennant une adaptation de son poste de travail à T._____, l'assurée pourrait travailler à 50% voire même à un taux supérieur. Puis, dans son annexe au rapport du 7 novembre 2005, il a estimé qu'il n'était pas certain qu'un travail à plus de 50% fût possible. Quant au Dr O._____, il a retenu le 30 novembre 2005 que l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, et que l'exercice d'une autre activité était exigible.

Pour sa part, dans son rapport du 6 février 2007 fondé notamment sur des examens radiologiques de 2004 (cf. p. 5), le Dr P._____ a considéré que sur le plan médico-juridique, l'assurée présentait une capacité de travail de 100%, mais qu'au vu de ses limitations fonctionnelles (exclusion du port de charge supérieur à cinq kilos de façon répétitive, de la position assise au-delà d'une demi-heure sans possibilité de varier la position assise/debout, de la position en antéflexion et en porte-à-faux du rachis, de la position statique debout au-delà de cinq à dix minutes, des activités sur terrain instable, de l'exposition des machines outils et des activités nécessitant un rendement imposé; diminution du périmètre de marche à vingt minutes; possibilité de varier les positions assise/debout de préférence librement et au minimum deux fois par heure, et de réaliser des périodes de pause d'environ vingt minutes toutes les deux ou trois heures pour effectuer des exercices de détente au niveau de la musculature posturale cervico-dorso-lombaire) et de la nécessité de réaliser fréquemment des pauses, une diminution de rendement de 30% était imposée. Il a dès lors conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a ultérieurement maintenu son

appréciation dans des avis SMR des 26 septembre 2008, 20 octobre 2010 et 15 février 2011.

Enfin, dans son rapport du 22 septembre 2010 rédigé notamment sur la base de radiographies réalisées en 2010 (cf. p. 12), le Dr S. _____ a observé que d'un point de vue rhumatologique et compte tenu d'une aggravation de la scoliose objectivée radiologiquement entre 2004 et 2010, on pouvait retenir une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle ou dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (exclusion du port de charge supérieure à cinq kilos de façon répétitive, de la position assise au-delà d'une demi-heure sans possibilité de varier la position assise/debout, de la position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, de la position statique debout au-delà de cinq à dix minutes, des activités sur terrain irrégulier, de l'exposition à des machines outils ou à des vibrations corporelles [conduite d'engins de chantier], et des activités nécessitant un rendement imposé [travail à la chaîne notamment]; périmètre de marche limité à trente minutes; possibilité de varier les positions assise/debout de préférence librement et au minimum deux fois par heure, et de réaliser des périodes de pauses d'environ vingt minutes toutes les deux ou trois heures).

bb) A l'examen de l'ensemble des rapports précités, la Cour de céans estime qu'il y a lieu de se rallier à l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr S. _____ dans son constat du 22 septembre 2010, lequel procède d'une analyse approfondie et circonstanciée du cas de la recourante, repose sur une anamnèse détaillée, fait état des plaintes exprimées par l'intéressée et contient des conclusions claires et convaincantes.

L'avis du Dr S. _____ doit plus particulièrement primer sur l'appréciation des Drs K. _____ et O. _____. D'une part, ces praticiens se sont exprimés en tant que médecins traitants de l'assurée. D'autre part, leurs comptes-rendus s'avèrent relativement anciens (puisque remontant à 2005) et peu motivés, et ne contiennent aucun élément décisif dont l'expert S. _____ n'aurait pas tenu compte.

En outre, l'opinion du Dr S. _____ fixant la capacité résiduelle de travail de la recourante à 60% doit également être préférée à celle du Dr P. _____ évaluant ce taux à 70%. A cet égard, il faut relever qu'à l'origine, dans son rapport du 6 février 2007, le Dr P. _____ s'est prononcé sur la base d'un dossier radiologique remontant à 2004. Par la suite, il a reconnu qu'il y avait eu une péjoration des troubles statiques entre les clichés réalisés en 2004 et ceux effectués en 2010 dans le cadre de l'examen pratiqué par le Dr S. _____. Il a toutefois considéré que cette aggravation n'induisait aucune différence significative dans l'évaluation de la capacité de travail, dès lors que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S. _____ étaient superposables à celles mentionnées lors de l'examen clinique SMR en 2007, et que par ailleurs le status clinique était sensiblement identique. Il a dès lors estimé que la divergence dans l'appréciation de la capacité de travail ne pouvait se justifier que par une différence d'interprétation d'un état de fait identique (cf. avis médical SMR du Dr P. _____ du 20 octobre 2010). Cela étant, il sied de relever que le Dr P. _____ a lui-même admis qu'une divergence de 10% dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée relevait de la subjectivité, et que la science de l'expertise médicale ne permettait pas une évaluation scientifique de la capacité de travail résiduelle d'une personne à 10% près (cf. avis médical SMR du Dr P. _____ du 15 février 2011). Du reste, le Dr P. _____ n'a aucunement soutenu que l'évaluation du Dr S. _____ était lacunaire ou insuffisamment motivée. A ce propos, il convient de noter que l'examen exécuté le 3 juin 2010 par le Dr S. _____ est plus récent que celui du médecin du SMR et tient compte de la situation la plus actualisée. Par ailleurs et surtout, il appert que dans son rapport du 6 février 2007, le Dr P. _____ a retenu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30% compte tenu de la nécessité de réaliser des pauses fréquentes et au vu des limitations fonctionnelles de la recourante. Or, dans son rapport d'expertise du 22 septembre 2010, le Dr S. _____ a clairement expliqué que la différence de 10% entre son appréciation et celle du Dr P. _____ n'était pas due à des circonstances autres que somatiques, mais résultait de l'aggravation de la scoliose objectivée entre 2004 et 2010 – par conséquent aussi entre

2007 et 2010 (cf. rapport du Dr S._____ du 22 septembre 2010 p. 16 ch. 6). Cette aggravation a pu sans conteste avoir une influence sur le rendement de la recourante et la nécessité pour elle de devoir faire des pauses. On peut imaginer ainsi que le rendement est encore diminué par rapport à celui retenu dans le compte-rendu du 6 février 2007 du Dr P._____. Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il faut dès lors admettre que l'appréciation du Dr S._____ doit l'emporter sur l'avis du médecin du SMR.

C'est le lieu de relever que l'intimé allègue à tort que l'aggravation constatée par le Dr S._____ serait postérieure à la décision entreprise du 19 janvier 2009 puisque fondée sur des radiographies effectuées en 2010. En effet, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante de la décision attaquée (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1), un rapport médical doit cependant être pris en considération dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.2 et le renvoi à ATF 99 V 98, consid. 4 et aux arrêts cités). Or, en l'occurrence, le Dr S._____ s'est basé sur des radiographies effectuées en 2010 pour retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante entre 2004 et 2010. Dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce que l'on retienne, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'aggravation objective de l'état de santé de l'intéressée existait déjà lors du prononcé de la décision litigieuse en janvier 2009, rendue deux ans après l'examen du SMR de janvier 2007, lequel reposait sur des radiographies de 2004.

cc) Partant, la Cour de céans considère qu'il y a lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport du Dr S._____ du 22 septembre 2010, et de retenir que, compte tenu d'une diminution de rendement de 40%, la capacité de travail de la recourante s'élève à 60% - étant précisé que l'activité que l'intéressée exerçait à T._____ respectait les limitations fonctionnelles posées.

Au demeurant, il faut relever que la requête formulée dans le recours du 20 février 2009 (p. 9) tendant à la mise en œuvre d'une

expertise orthopédique s'avère désormais sans objet, l'assurée ayant entre-temps produit une expertise privée à laquelle il convient de se rallier.

6. Cela étant, il reste à déterminer le préjudice économique de la recourante.

a) Selon l'art. 16 LPGA, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

En règle générale, le revenu sans invalidité doit être établi sur base du revenu réalisé en dernier lieu, cas échéant adapté au renchérissement et à l'évolution réelle des salaires, car l'expérience enseigne que, sans l'atteinte à la santé, l'assuré aurait continué d'exercer son ancienne activité (ATF 135 V 297, consid. 5.1; 134 V 322, consid. 4.1; 129 V 222, consid. 4.3.1).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts

standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc).

b) De l'avis des médecins consultés, l'ancienne activité de l'assurée à T._____ doit être considérée comme adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. rapport du Dr S._____ du 22 septembre 2010 p. 16 ch. 5; cf. rapport du Dr P._____ du 6 février 2007 p. 6; cf. annexe au rapport médical du Dr O._____ du 30 novembre 2005; cf. annexe au rapport médical du Dr K._____ du 7 novembre 2005). Du reste, le licenciement de la recourante intervenu au 31 janvier 2007 ne tenait pas à son incapacité physique à occuper l'emploi en question, mais était dû à ses absences répétées (cf. rapport du Dr S._____ du 22 septembre 2010 p. 13). Dès lors que l'activité exercée par la recourante à T._____ était adaptée, il n'y a aucune raison de ne pas tenir compte de cette activité pour évaluer le taux d'invalidité - seule étant déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assurée peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour elle, sans examiner les conditions concrètes sur le marché du travail (cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6).

Par conséquent, l'intéressée disposant d'une capacité de travail de 60% dans son activité habituelle (cf. consid. 5b supra), son degré d'invalidité se confond avec celui de son incapacité de travail dans

cette activité, à savoir 40% (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 et réf. cit.), taux qui ouvre le droit à un quart de rente AI.

c) Ainsi qu'exposé ci-dessus, les circonstances particulières du cas d'espèce permettent d'assimiler le degré d'invalidité à celui de l'incapacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle. Une comparaison des revenus avec et sans invalidité s'avère dans ces conditions superflue (cf. TF I 616/06 du 24 septembre 2007 consid. 4.2 et réf. cit.).

Cela étant, on notera toutefois, au surplus, que c'est en vain que l'assurée s'est successivement prévalué d'un taux d'invalidité de 50% puis de 67,50% en invoquant les données statistiques de l'ESS (cf. mémoire de recours du 20 février 2009 p. 8 et déterminations du 29 septembre 2010 p. 2).

aa) En l'espèce, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence 2005.

bb) S'agissant du revenu de valide, il ressort du questionnaire pour l'employeur complété le 13 février 2006 par T. _____ qu'en 2005, le salaire annuel de l'intéressée s'élevait à 77'096 fr. 75.

cc) Pour ce qui est du revenu avec invalidité, il y a lieu de relever que l'assurée a travaillé à T. _____ du 1^{er} septembre 1977 au 31 janvier 2007. Du certificat de travail établi par cet employeur le 31 janvier 2007, il appert que l'intéressée a suivi diverses formations durant son engagement (notamment en matière d'affaires hypothécaires, de blanchiment d'argent et compliance, et de fonds de placement), qu'elle possède une solide expérience dans le domaine de la gestion de comptes, qu'elle a l'habitude des responsabilités, et qu'elle a même été nommée cheffe de groupe au secteur de la clientèle entre 1996 et 1998. En conséquence, il y a lieu de se référer aux données statistiques de l'ESS concernant non pas les personnes sans qualification (niveau de

qualification 4) mais les personnes disposant de connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3). En effet, le salaire de personnes invalides doit prioritairement être déterminé sur la base des circonstances concrètes du cas particulier; il se justifie ainsi de se fonder sur le revenu statistique réalisé dans un secteur de l'économie, une partie seulement de celui-ci ou encore dans une activité en particulier lorsque cela permet de fixer plus précisément le salaire auquel l'assuré pourrait prétendre en étant invalide (cf. TFA I 93/06 du 18 août 2006 consid. 6.3).

Cela étant, il y a donc lieu de se fonder sur le salaire ressortant de l'ESS de 2004, lequel prévoit, pour des femmes effectuant des activités requérant des connaissances professionnelles spécialisées dans le domaine de la finance et des assurances, un salaire de 5'753 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 3). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2004 (41,6 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B 9.2]) - un revenu d'invalide de 5'983 fr. 12 par mois ($5'753 \times 41.6 : 40$ heures), soit 71'797 fr. 44 par année. Compte tenu de l'évolution moyenne des salaires de 2004 à 2005 (+1% [La Vie économique 12-2006, p. 83, tableau B.10.2]), et d'une diminution de rendement de 40%, le salaire est de 43'509 fr. 25. A ce montant, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction, qu'il y a lieu en l'espèce de fixer à 10% au vu des spécificités du cas d'espèce. Cet abattement tient dûment compte des limitations fonctionnelles de la recourante et des restrictions supplémentaires liées au taux d'occupation et aux années de service auprès T._____. En retenant un taux d'abattement de 10%, le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 39'158 fr. 32.

dd) Après comparaison du revenu d'invalide (39'158 fr. 32) avec celui sans invalidité (77'096 fr. 75), il résulte une perte de gain de 37'938 fr 43 correspondant à un degré d'invalidité de 49,21% ($37'938 \text{ fr. } 43 / 77'096 \text{ fr. } 75 \times 100$). Conformément à la jurisprudence (ATF 130 V 121

consid. 3.2), ce taux doit être arrondi à 49%. Or, un taux d'invalidité d'au moins 40% mais inférieur à 50% n'ouvre le droit qu'à un quart de rente AI.

d) En définitive, que l'on se fonde sur une comparaison des revenus en pour-cent (cf. consid. 6b supra) ou que l'on procède à la comparaison des revenus avec et sans invalidité selon la méthode ordinaire (cf. consid. 6c supra), il apparaît que la recourante doit être mise en bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2005, soit un an après le début, le 15 août 2004, de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, correspondant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007).

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis dans la mesure où il est recevable, et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente AI dès le 1^{er} août 2005.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, arrêtés à 800 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 20 février 2009 par J._____ est partiellement admis, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 19 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en

ce sens que la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} août 2005.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. L'intimé versera à la recourante la somme de 800 fr. (huit cents 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 :

- Me Claudio Venturelli (pour J. _____),
- 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 :