

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mai 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard  
Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait à 100 % comme ouvrière pour la société X.\_\_\_\_\_, à [...].

**B.** L'employeur de l'assurée a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 décembre 2009 en raison de maux de dos et d'une hernie discale. Il a également produit une série de certificats médicaux attestant de plusieurs arrêts de travail à partir du 20 octobre 2009.

Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 25 janvier 2010, l'assurée a expliqué qu'elle allait reprendre son activité habituelle à un taux de 50 % à partir du 2 février 2010.

Le 29 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'OAI, en raison d'un mal de dos et d'une hernie discale L5-S1.

Dans un questionnaire complété par l'employeur le 10 mai 2010, ce dernier a notamment mentionné que l'assurée avait été en incapacité de travail du 20 octobre 2009 au 7 février 2010. L'employeur avait joint un certificat médical du 1<sup>er</sup> février 2010 établi par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui prévoyait une reprise du travail à 50 % le 8 février 2010.

Au cours d'un entretien téléphonique du 15 octobre 2010, l'employeur de l'assurée a informé l'OAI que cette dernière avait repris son activité habituelle à 100% depuis le 7 juin 2010.

Par décision du 6 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que la capacité de travail de cette

dernière avait été réduite durant moins d'un an et que l'intéressée avait repris son activité habituelle, laquelle était adaptée du point de vue médical, à plein temps et sans baisse de rendement.

**C.** En date du 12 juin 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'OAI suite à une incapacité de travail de l'assurée en raison de dorsalgies.

Le 28 juin 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI le dossier médical de sa patiente, lequel contenait notamment les documents suivants :

- un rapport d'IRM dorsale du 21 octobre 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluant à la présence d'une large hernie discale médio-latérale droite luxée vers l'arrière en L5-S1, à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif S1 droit et une ébauche d'une discopathie sans hernie en L4-L5 ;
- un rapport du 4 décembre 2009 du Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dans lequel ce dernier faisait état d'une lombosciatalgie droite sur discopathie en partie expansive paramédiane droite L5-S1 mais sans signes objectifs majeurs notamment déficitaires neurologiques des membres inférieurs et d'une amélioration de la symptomatologie subjective sous traitements conservateurs ;
- un rapport du 28 décembre 2009 des Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et chirurgie de la main, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, dans lequel ces médecins diagnostiquaient notamment un excédent cutanéograsseux abdominal et

des cuisses et indiquaient qu'une abdominoplastie et une lipectomie des cuisses avaient été réalisées le 18 décembre 2009 ;

- un rapport du 22 novembre 2011 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluant à des troubles de la statique cervicale et une spondylose débutante ;
- un rapport du 15 octobre 2012 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluant à une hypercyphose dorsale et spondylo-discarthrose multi-étagée ;
- un rapport du 14 décembre 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état d'une cheilectomie du premier orteil du pied gauche le 28 novembre 2012 ;
- un rapport du 27 février 2013 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, relevant un aspect symétrique des deux hanches sans argument pour une arthrose à droite et une opacité de tonalité métallique en surprojection de l'hémi-bassin droit, d'origine indéterminée ;
- un rapport du 12 avril 2013 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, dans lequel cette dernière posait les diagnostics de cervico-scapulalgies bilatérales chroniques probablement non-spécifiques, un status après « opération x » de l'épaule droite vers 2003 environ et des lombosciatalgies droites chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs et d'une hernie discale L5-S1 diagnostiquée en 2009 ;

- un rapport d'IRM du 3 juin 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_, concluant à une importante maladie disco-herniaire dorsale pluri-étagée avec une large hernie discale latérale droite luxée vers le haut en D6-D7, une hernie discale médio-latérale gauche en D7-D8, une hernie discale à peine plus discrète paramédiane droite en D8-D9 ainsi qu'une large hernie discale paramédiane droite luxée partiellement vers le haut, toutes à la base d'une nette empreinte sur le fourreau dural mais sans extension au niveau des trous de conjugaisons. Il n'y avait pas d'arguments pour une myélopathie significative par compression ;

Le 8 juillet 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations AI, invoquant des dorsalgies, un état dépressif et un status post kystectomie. Le même jour, son employeur a fait parvenir à l'OAI un formulaire de détection précoce.

Dans le rapport initial de détection précoce du 15 juillet 2013, l'OAI a notamment rappelé que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 5 juin 2013. Il mentionnait qu'au cours d'un entretien téléphonique du 8 juillet 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ lui avait indiqué que la capacité de travail de sa patiente était de 0 % dans toute activité.

Dans son rapport médical du 16 juillet 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies sur discopathie pluriétagée depuis 2009 au moins, de status post-cheilectomie du premier orteil gauche depuis 2012 et d'état dépressif chronique depuis 2012. Selon ce médecin, les douleurs étaient en partie expliquées par les discopathies objectivées par imagerie, mais l'intensité des algies était aggravée par l'état dépressif moyen. Le pronostic était qualifié de sombre et l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % dès le 28 novembre 2012. Dans une activité adaptée, l'assurée pouvait travailler à 50 %, pour autant que dite activité ne se pratique pas en marchant sur terrain irrégulier, qu'elle ne nécessite pas de devoir se

pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, avec une rotation en position assise/debout, des gestes pour porter/soulever ou monter sur une échelle/un échafaudage. Selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, la capacité de compréhension et d'adaptation étaient limitées en raison du niveau socio-professionnel de l'intéressée, de même que sa capacité de résistance, en raison d'asthénie.

Dans le questionnaire pour employeur complété par X. \_\_\_\_\_ le 7 août 2013, ce dernier a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 5 juin 2013 pour une durée indéterminée.

Une expertise psychiatrique a par la suite été diligentée par l'assureur perte de gain maladie de l'employeur. Dans son rapport du 5 décembre 2013, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en pathologie, en psychiatrie et psychothérapie, a considéré que sur le plan psychiatrique, il n'y avait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail (Z71.1 selon la classification internationale des maladies [CIM], soit un sujet inquiet de son état de santé, sans diagnostic). S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert mentionnait de notions de douleurs rachidiennes chroniques, avec souffrance psychique secondaire (F43.9 selon la CIM, soit une réaction à un facteur de stress sévère, sans précision). Sous le chapitre intitulé « Appréciation du cas », l'expert indiquait en outre ce qui suit :

« Il s'agit d'une assurée âgée de 42 ans, née au [...] et enregistrée en Suisse depuis [...]. Sans formation professionnelle, elle mène un parcours dans des postes non qualifiés, dont le dernier emploi a débuté le 1<sup>er</sup> février 1999 comme ouvrière dans l'entreprise X.\_\_\_\_\_ à [...]. L'activité est exercée à plein temps jusqu'à une mise en arrêt de travail total signée le 5 juin 2013. Celle-ci est motivée par une symptomatologie douloureuse chronique du rachis.

L'anamnèse familiale de l'assurée est vierge sur le plan psychiatrique, comme le sont les antécédents personnels. L'expertisée retrace une existence heureuse, entourée d'une famille unie, qui n'a fait l'objet d'aucun traumatisme ni maltraitance. L'adaptation à l'existence en Suisse s'est déroulée d'une manière harmonieuse. Le décès du père en [...] est encore annoncé comme sensible actuellement, sur un mode d'amour filial.

À l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme orientée et collaborante, munie de bonnes capacités intellectuelles. Madame B.\_\_\_\_\_ apparaît comme une femme fatiguée, labile émotionnellement, aux traits du visage tirés. Hormis ces signes qui sont compatibles avec les réveils précoces annoncés sur douleurs, l'assurée jouit d'un très bon état de santé psychiatrique. Elle ne souffre d'aucune maladie psychiatrique pouvant avoir un impact sur sa capacité de travail.

L'expertisée a donc une exigibilité professionnelle totale, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Étant donné la notion de douleurs chroniques et au cas où un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme serait posé suite à l'expertise rhumatologique, les critères jurisprudentiels de gravité ont été pris en considération ; ils sont évalués comme suit : Madame B.\_\_\_\_\_ n'a pas de comorbidité psychiatrique. Les affections corporelles chroniques seront évaluées lors de l'expertise rhumatologique du 10 décembre 2013 auprès du Dr K.\_\_\_\_\_. Le processus maladif est annoncé comme ayant débuté suite à la naissance du premier fils en [...], avec aggravation progressive et irradiation douloureuse vers le membre inférieur droit depuis 2009. Il n'y a pas de notion de rémission durable. L'intégration sociale est présente, avec des contacts essentiellement centrés sur la famille, comme il en a toujours été. Le processus défectueux de résolution de conflit n'a pas été clairement établi, bien que le deuxième fils pourrait bientôt être autonome dans une famille dont les membres sont décrits comme liés. Les traitements mis en place sont annoncés comme décevants, en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée.

En conséquence, l'examen des critères jurisprudentiels de gravité ne met pas en évidence de comorbidité psychiatrique à même de grever l'exigibilité professionnelle de l'intéressée. Celle-ci est donc entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Quant aux propositions thérapeutiques, la prescription d'un traitement antidépresseur apparaît comme adéquate dans le contexte douloureux chronique observé. Étant donné la présence de troubles du sommeil, le choix d'une molécule à composante sérotoninergique et noradrénergique, sédative (de type Cymbalta®, Reméron®, Trittico®, Tolvon® ou Saroten retard), pourrait améliorer la qualité du repos nocturne.

Face à ces observations et avec l'accord de l'assurée, contact téléphonique a été pris avec le médecin traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_, le jour de l'examen. Dans un aimable entretien, ce médecin traitant a été informé des conclusions de cet examen ainsi que des propositions thérapeutiques.

#### **QUANT AU POSITIONNEMENT FACE AU DOCUMENT MEDICAL ADRESSE :**

- Rapport médical signé le 16 juillet 2013 par le Dr Z.\_\_\_\_\_ : comme diagnostic psychiatrique, un état dépressif chronique est annoncé. Au vu de l'examen de ce jour, une souffrance psychique est incontestable, d'une manière secondaire à la symptomatologie douloureuse. Comme l'examen des signes de dépression au sens des classifications internationales ne met pas en évidence de signe

dépressif ni de séquelles de ce type d'atteinte, une pathologie dépressive a pu exister et céder au traitement antidépresseur, mais son intensité et sa durée n'ont pas pu justifier une incapacité de travail au long cours.

**QUANT AUX REPONSES AUX QUESTIONS POSEES DANS VOTRE DEMANDE D'EXPERTISE DU 30 OCTOBRE 2013 :**

**1. *Éléments anamnestiques***

Cf. rapport ci-dessus sous point 1.

**2. *Constatations médicales objectives sur l'état de santé actuel***

Cf. rapport ci-dessus sous status, point 3.

**3. *Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, le traitement et le pronostic de l'affection actuelle ?***

Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a pas d'investigation à mettre en place ; le traitement a fait l'objet de propositions thérapeutiques et le pronostic strictement psychiatrique est excellent.

**4. *Capacité de travail dans l'ancien emploi d'ouvrière auprès de la société X. \_\_\_\_\_ ?***

100% sur le plan strictement psychiatrique.

**5. *Dans l'alternative où l'incapacité de travail serait tout ou partiellement due aux conditions de travail, en cas de résiliation des rapports de travail, dans quel laps de temps peut-on considérer qu'une capacité de travail partielle ou totale pourrait à nouveau être reconnue sur le marché du travail ?***

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail. L'expertisée a les moyens psychiatriques d'exercer toute activité professionnelle à plein temps, que ce soit à son poste habituel, comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

**6. *Remarques personnelles :***

L'établissement des critères jurisprudentiels de gravité rédigé ci-dessus n'est valable qu'en cas d'absence de substrat somatique pouvant expliquer les douleurs.

***Dans l'alternative où nous serions en présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, vous aurez l'obligance, comme l'exige la jurisprudence du TFA, de répondre aux questions suivantes :***

**1. *L'assurée présente-t-elle une comorbidité psychiatrique manifeste?***

Non.

**2. L'assurée présente-t-elle une affection corporelle chronique ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ?**

Cf. rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ chez qui l'assurée est convoquée pour le 10 décembre 2013.

**3. L'assurée présente-t-elle une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?**

Non.

**4. L'assurée présente-t-elle un état psychique cristallisé ?**

Non.

**5. L'assurée présente-t-elle des échecs à des traitements conformes aux règles de l'art ?**

Bien que les traitements prescrits, qui sont conformes aux règles de l'art, soient considérés comme peu efficaces, il ne s'agit pas d'un échec de traitement. »

Une expertise rhumatologique a également été réalisée par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 11 décembre 2013, ce dernier a diagnostiqué des rachialgies chroniques, des discopathies pluri-étagées du rachis et des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette. Sous le point « appréciation du cas », l'expert a formulé les remarques suivantes :

« Madame B. \_\_\_\_\_ est une assurée de 42 ans, travaillant comme ouvrière auprès de la société X. \_\_\_\_\_ depuis le 1 février 1999.

Dans le cadre d'une lombosciatalgies droites sur discopathies L4-L5 et hernie discale L5-S1, l'assurée a bénéficié d'une incapacité de travail totale depuis le 20 octobre 2009, amélioration des symptômes sous mesures conservatrices autorisant une reprise d'activité professionnelle à 50% dès le 8 février 2010 et à 100% dès le 7 juin de la même année.

Gardant des lombalgies, compliquées d'une irradiation douloureuse intéressant le membre inférieur droit, l'assurée signale l'apparition dès 2011 de douleurs cervico-dorsales se prolongeant aux épaules et aux membres supérieurs, aggravation progressive des symptômes à l'origine d'un arrêt de travail de 100% dès le 5 juin 2013. Au-delà de ses symptômes, l'assurée rapporte des douleurs musculo-squelettiques globales apparues aussi dès 2011, algies fluctuantes et migrantes, en aggravation progressive jusqu'au jour de l'expertise, algies intéressant les articulations périphériques comme la musculature s'y rattachant.

Examinée le 8 avril 2013, par la Dresse M. \_\_\_\_\_, cette rhumatologue a retenu pour diagnostics des cervico-scapulalgies bilatérales chroniques non spécifiques et des lombosciatalgies droites chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs et d'une hernie discale L5-S1 droite diagnostiquée en 2009.

L'examen clinique reste difficile d'appréciation, parasité par des signes de surcharges fonctionnelles alliant exagération de la réponse verbale, projection non anatomique de la douleur, mouvements de contre pulsions et d'oppositions actives. On note une limitation dans les amplitudes cervicales comme lombaires, avec une distance doigts-sol de 36cm, mais une distance doigts-orteils est de 15cm lorsque l'assurée est assise sur la table d'examen les jambes tendues pour l'auscultation respiratoire, assurée ne signalant pas de lombalgies manifestes lors de cette manœuvre. Il n'y a pas d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. L'assurée signale des douleurs lombaires lors de la mobilisation des hanches, des gonalgies bilatérales à la palpation rotulienne et des éléments capsulo-ligamentaires s'y rattachant, algies prédominant du côté droit toutefois sans restriction d'amplitudes localisées. La palpation segmentaire vérifie des douleurs quasi ubiquitaires du rachis cervico-dorso-lombaire et des masses musculaires s'y rattachant, sans contractures manifestes significatives. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques. Il n'y a pas d'altération de la force, au-delà d'une diminution importante de la force de préhension, difficilement explicable chez une assurée de ce gabarit, sans amyotrophie significative, retrouvant aussi un certain ralentissement et une diminution de la vitesse d'exécution des amplitudes articulaires, intéressant les membres supérieurs. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité au-delà d'une hyposensibilité hémicorporelle droite globale impliquant le visage, sans respect radiculaire.

Les examens radiologiques vérifient une discopathie L4-L5 et une hernie discale L5-S1 sur une IRM réalisée en 2009. Les radiographies de la colonne cervicale pratiquées le 21 novembre 2011 vérifient une petite attitude scoliothique cervicale dextro-convexe et rectitude du segment supérieur, se rajoutant l'absence de pincements discaux électifs, mais de discrètes ostéophytes antérieures en C4-C5 et C5-C6. L'IRM dorsale du 3 juin 2013 vérifie des discopathies pluri étagée se compliquant d'une large hernie discale latérale droite luxée vers le haut en D6-D7, une hernie discale médio-latérale gauche en D7-D8, une hernie discale à peine plus discrète paramédiane droite en D8-D9, ainsi qu'une large hernie discale médio-latérale droite discrètement luxée vers le haut en D9-D10.

L'assurée présente des rachialgies globales, ainsi qu'une lombosciatalgie droite dans le cadre de troubles disco-dégénératifs étayés radiologiquement, mais qui ne sont toutefois pas à même et restent insuffisant pour expliquer la globalité des symptômes allégués par l'assurée, leurs présentations, leurs intensités, leurs localisations et leurs retentissements sur son fonctionnement. L'examen clinique reste marqué par la présence de 16/18 points de fibromyalgie, mode de présentation dépassant toutefois largement cette entité, status marqué par de nombreux signes de surcharges fonctionnelles et des points de contrôles positifs nous orientant vers un syndrome douloureux chronifié au pronostic et à la prise en charge similaire.

Du point de vue rhumatologique, l'incapacité de travail de l'assurée est totale, en regard de la position assise prolongée le corps penché en avant et les bras en hauteur justifié par son activité professionnelle, se rajoutant des ports de charges certes rares mais pouvant aller jusqu'à 25kg.

Dans une activité idéale, légère, excluant les ports de charges au-delà de 5kg, les mouvements répétitifs de la nuque comme tronculaires, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout deux fois par heure, excluant le maintien prolongé statique de la nuque comme lombaire, les travaux penchés en avant et les membres supérieurs en hauteur, la capacité de travail de l'assurée est de 90%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de proposition magistrale à soumettre au-delà de la prise de médicaments antalgiques, voir anti-inflammatoires à la demande, y associant une médication antidépresseur sélective, reconnue pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur dans les symptômes chroniques. L'assurée devrait poursuivre une activité physique régulière afin d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire.

## **REPONSES AUX QUESTIONS**

### **□ Eléments anamnestiques ?**

Cf. Expertise.

### **□ Constatations objectives sur l'état de santé actuel ?**

Cf. Expertise.

### **□ Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, le traitement et le pronostic de l'affection actuelle ?**

L'expert n'a pas d'investigation particulière à proposer dans le cadre d'une atteinte à la santé étayée.

Pour ce qui est du traitement, l'expert propose la poursuite des médicaments antalgiques voir anti-inflammatoires à la demande, s'y associant la prise d'un médicament antidépresseur sélectif reconnu pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur dans les symptômes chroniques, au-delà de la poursuite d'une activité physique régulière afin d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire.

Pour ce qui est du pronostic, il est plutôt réservé en regard des discopathies et hernies discales dorsales pluri-étagées, se rajoutant une discopathie L4-L5 et d'une hernie discale L5-S1 connue et vérifiée en 2009 ; l'absence de syndrome irritatif ou trouble neuro-déficientaire venant toutefois quelque peu tempérer ce pronostic défavorable. Au pronostic défavorable se rajoute par ailleurs une assurée convaincue de ne plus pouvoir exercer aucune activité professionnelle quelconque en raison de ses

douleurs ceci dans le cadre d'un syndrome polyalgique ubiquitaire, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assurée.

**Capacité de travail dans l'emploi actuel d'ouvrière auprès de la société X.\_\_\_\_\_ à 100% avec les éventuelles limitations fonctionnelles ?**

L'incapacité de travail de l'assurée est totale.

**Capacité de travail sur le marché de l'emploi avec les éventuelles limitations fonctionnelles ?**

La capacité de travail de l'assurée est de 90% d'un temps plein dans une activité légère épargnant les ports de charges au-delà de 5kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, excluant le maintien prolongé statique de la nuque comme lombaire, les travaux penchés en avant et les membres supérieurs en hauteur, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout 2x par heure, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires.

**Remarques personnelles ?**

Nihil. »

Il ressort de l'avis médical du 18 décembre 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) que l'assurée pouvait débiter des mesures de réinsertion avec les limitations fonctionnelles suivantes : « limites de poids 5kg, permettre des changements de position assis/debout, favoriser un travail sédentaire, éviter les mouvements de torsion dorsale ».

Dans son rapport final de réadaptation du 10 juin 2014, l'OAI a indiqué que lors d'un entretien avec l'assurée, cette dernière s'était opposée aux conclusions des expertises susmentionnées. Elle estimait en effet ne pas être capable d'exercer une activité adaptée à 90 %. L'OAI a quant à lui considéré que ces expertises étaient probantes et que les activités adaptées étaient les activités industrielles légères, le montage-assemblage de pièces légères et le contrôle-surveillance d'un processus de production. Selon l'OAI, des mesures professionnelles ne permettaient pas de réduire le préjudice économique, compte tenu du profil

professionnel de l'assurée, notamment en raison de son faible bagage scolaire et de son manque de qualifications.

Par courrier du 13 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Se fondant sur une capacité résiduelle de travail de 90 % dans une activité adaptée, correspondant à des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) et d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, l'OAI, appliquant la méthode de comparaison des revenus, a évalué le degré d'invalidité de l'assurée à 24,97 %. Ce taux étant inférieur à 40 %, il ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par courrier du 20 novembre 2014.

En date du 10 février 2015, l'assurée a complété son opposition et conclu à l'annulation du projet de décision, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente et plus subsidiairement à ce que l'OAI produise au moins un poste de travail correspondant à ses limitations fonctionnelles. L'assurée invoquait notamment qu'un poste adapté à ses limitations n'existait pas sur le marché du travail. Elle reprochait en outre à l'OAI de ne pas avoir poursuivi le mandat de réadaptation. L'assurée a aussi produit un questionnaire médical complété par le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, des cervico-scapulalgies droites, des lombalgies droites et un état dépressif. Il ajoutait que théoriquement et d'un point de vue assécurologique, un travail léger avec alternance des positions, sans port de charges ni flexion du buste était possible. Cependant, au vu des plaintes algiques, ce constat était irréaliste. L'assurée a en outre transmis à l'OAI un questionnaire rempli par le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin praticien, dans lequel ce dernier a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, de cervico-brachialgies droites et de fibromyalgie. Ce médecin expliquait que la capacité de travail dans une activité adaptée limitant le port de charges à 5 kg et permettant l'alternance des positions assis/debout toutes les vingt

minutes était d'au moins 50 %. Se fondant sur ces documents, l'assurée a estimé qu'une capacité résiduelle de travail de 50 % donnerait lieu à un degré d'invalidité de 58,45 %. Ainsi, elle devrait au moins bénéficier d'une demi-rente. Enfin, l'assurée a joint un rapport médical des Drs H. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur était la suivante :

**« 1. Depuis quand suivez-vous Mme B. \_\_\_\_\_ et pour quel(s) trouble(s) ?**

Mme B. \_\_\_\_\_ nous a été adressée par son généraliste, le Dr Z. \_\_\_\_\_, pour un épisode dépressif. Elle souffre de douleurs chroniques le long de la colonne vertébrale depuis 2009. La patiente a une importante disco-hernie dorsale pluri étagée avec une large hernie discale luxée. L'évolution n'est pas favorable et la patiente continue d'avoir des lombalgies, des dorsalgies ainsi que des cervicalgies et une franche douleur irradiante dans le membre inférieur droit avec des paresthésies. Au niveau psychologique, Mme B. \_\_\_\_\_ présente un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un état de détresse associé à une agitation et à une grande perte de l'estime de soi, des idées de dévalorisation, des idées suicidaires et présente aussi une diminution de la concentration et de l'attention, une attitude pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil (la patiente dort seulement quatre heures par nuit depuis très longtemps) et une diminution de l'appétit. Mme B. \_\_\_\_\_ est devenue hypersensible au bruit, s'énerve rapidement, n'arrive pas à assumer son ménage à domicile et a des difficultés pour marcher. Mme B. \_\_\_\_\_ n'arrive pas à rester assise plus de vingt ou trente minutes et est obligée de se lever pour marcher. Il y a beaucoup de pleurs, sa thymie est extrêmement abaissée.

**2. Ces troubles ont-ils actuellement des répercussions sur sa capacité de travail ?**

L'état de santé physique et psychique actuel de Mme B. \_\_\_\_\_ a une répercussion sur sa capacité de travail depuis 2013, date depuis laquelle elle se trouve en arrêt de travail.

**3. Existe-t-il une capacité de travail résiduelle dans le cadre d'une activité adaptée ? Si oui, laquelle, et à quel taux ?**

Mme B. \_\_\_\_\_ présente, dans la vie quotidienne, des difficultés pour marcher et les douleurs incessantes l'empêchent de dormir. Son sommeil est diminué à quatre heures par nuit. Nous ne pensons pas qu'en l'état actuel des choses il existe une capacité de travail résiduelle. De plus, tenant compte de son bagage scolaire limité, une réinsertion dans une autre profession nous paraît difficilement envisageable. »

Dans un avis médical du 19 février 2015, les Drs J. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ du SMR ont considéré que d'un point de vue médical, il n'y avait aucun élément nouveau susceptible de modifier la position du SMR.

Par décision du 24 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI pour les motifs développés dans son projet de décision du 13 novembre 2014.

**D.** Par acte du 26 mars 2015, B.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 24 février 2015, concluant à l'admission de la demande de prestations AI, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. À l'appui de son écriture, la recourante invoque en substance que la décision entreprise se fonde quasiment exclusivement sur les rapports d'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ établis sur mandat de l'assureur perte de gain maladie de l'ancien employeur. Or l'assurée a ensuite produit des rapports complémentaires, à savoir ceux des Drs Z.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, contestant l'appréciation de ces experts. Dans ces conditions, au vu de ces contradictions, la recourante considère que l'OAI aurait dû ordonner une expertise indépendante. Appliquant la méthode comparative des revenus, l'assurée estime que si l'on retient une capacité de travail d'un maximum de 50 %, son degré d'invalidité se monte à 58,32 %, lui donnant droit à une demi-rente. Elle ajoute que compte tenu de ce degré d'invalidité, reconnu par l'OAI à hauteur de 24,97 %, elle aurait dû bénéficier des mesures d'ordre professionnel.

Dans sa réponse du 9 juillet 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Invoquant la jurisprudence fédérale, l'intimé estime que l'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-traitant font état d'éléments contradictoires. Il ajoute qu'il n'en va différemment que si ces médecins-traitant 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'expertise, ce qui ne serait pas le cas en l'espèce. S'agissant de la question de la réadaptation professionnelle, l'OAI se réfère au rapport final du 10 juin 2014 dont il ressort que des mesures

professionnelles n'auraient vraisemblablement pas permis de réduire le préjudice économique compte tenu du faible bagage scolaire et professionnel de l'assurée.

Dans sa réplique du 24 août 2015, la recourante a confirmé ses conclusions, se référant notamment à ses précédentes écritures. Elle ajoute que l'OAI n'a nullement pris en considération les rapports médicaux étayés qui ont été produits à l'appui des objections, respectivement évoqués à nouveau dans le cadre du recours. Se fondant sur la jurisprudence en la matière, elle estime que ces rapports médicaux sont probants et qu'ils laissent à tout le moins subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de l'expertise sur laquelle l'OAI se réfère. Dans ces conditions, une expertise judiciaire paraît indispensable. À défaut, il convient selon elle de renvoyer le dossier à l'OAI pour une nouvelle instruction. S'agissant des mesures de réadaptation, la recourante rappelle que le Dr J.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 18 décembre 2013, préconisait des mesures de réinsertion adaptées à ses limitations fonctionnelles mais que ces mesures n'avaient jamais été allouées. Elle conteste également l'appréciation de l'OAI selon laquelle des mesures professionnelles n'auraient vraisemblablement pas permis de réduire le préjudice compte tenu de son profil professionnel. Elle ajoute que pour l'octroi de mesures de réadaptation, un degré d'invalidité de 20 % doit en principe être atteint et que dans son cas, un degré d'invalidité de 24, 97 % a d'ores et déjà été reconnu par l'OAI, lui ouvrant le droit à de telles mesures.

Par duplique du 16 septembre 2015, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter.

### **E n d r o i t :**

**1.** 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA -VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

En l'espèce, le recours du 26 mars 2015 contre la décision de l'OAI du 24 février 2015 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité est inférieur à 40 %, ainsi que sur la question de savoir si l'intimé aurait dû mettre en œuvre des mesures de réadaptation professionnelles. Cette contestation s'inscrit en outre dans le cadre d'une nouvelle demande AI. En effet, par décision du 6 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, dès lors que sa capacité de travail avait été réduite durant moins d'un an et que l'intéressée avait repris son activité habituelle, laquelle était adaptée du point de vue médical, à plein temps et sans baisse de rendement.

**3. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Dite décision constitue donc le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Valterio, Droit

de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles (cf. 87 al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (cf. art. 87 al. 3 RAI).

En l'espèce, il paraît clair que les circonstances du cas se sont modifiées de manière importante et qu'elles sont propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante. En effet, contrairement à la situation qui prévalait en 2011, B.\_\_\_\_\_ a été en incapacité de travail pendant plus d'un an et elle présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. De plus, son état de santé s'est manifestement aggravé depuis la dernière décision. C'est donc à juste titre que l'OAI est entré en matière sur l'examen de la nouvelle demande.

**b)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

**c)** Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une 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 quart de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**e)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine

valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.). Il ne s'agit toutefois pas d'une règle formelle d'application des preuves mais d'indications dans le cadre de la libre appréciation des preuves. On ne peut donc pas en déduire qu'un praticien généraliste n'est en principe pas en mesure d'évaluer l'état de santé de ses patients, ni en particulier de se prononcer sur la question de savoir si les circonstances de la santé ont changé (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 801 n° 2928 ; TF I 159/06 du 18 juillet 2006).

Par ailleurs, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions d'un expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.2).

**4.** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**5.** En l'espèce, la recourante reproche tout d'abord à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, lesquels contredisent selon elle les constatations des experts K.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ s'agissant de sa capacité résiduelle de travail. La recourante soutient qu'au vu de ces contradictions, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise indépendante et qu'en omettant d'ordonner dite expertise, l'intimé a violé le principe de la maxime inquisitoire.

**a)** En premier lieu, il convient de constater que la recourante présente plusieurs atteintes organiques clairement objectivables, soit notamment plusieurs hernies discales apparaissant sur l'imagerie (cf. en particulier le rapport du 3 juin 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_) ainsi qu'un status post-cheilectomie du premier orteil gauche, ce qui n'est au demeurant pas contesté.

De surcroît, dans son rapport du 5 décembre 2013, la Dresse V.\_\_\_\_\_ fait état de douleurs rachidiennes chroniques, avec souffrance psychique secondaire, certes sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Au vu de ces douleurs chroniques, la Dresse V.\_\_\_\_\_ mentionne cependant l'hypothèse d'un « syndrome douloureux

somatoforme » susceptible d'être diagnostiqué par le Dr K.\_\_\_\_\_. Elle examine même brièvement les critères jurisprudentiels de gravité du trouble somatoforme douloureux, concluant que ceux-ci ne mettent pas en évidence de « comorbidité psychiatrique à même de grever l'exigibilité professionnelle de l'intéressée. Celle-ci est donc entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques ». Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, il diagnostique des rachialgies chroniques, des discopathies pluri-étagées du rachis et des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette. Il relève en outre que les rachialgies et la lombosciatalgie droite dans le cadre de troubles disco-dégénératifs dont souffre l'assurée n'expliquent pas la globalité des symptômes allégués par cette dernière, leurs présentations, leurs intensités, leurs localisations et leurs retentissements sur son fonctionnement. Il ajoute que l'examen clinique reste marqué par la présence de 16 points sur 18 de fibromyalgie, l'orientant vers un syndrome douloureux chronifié. Ainsi, même si le Dr K.\_\_\_\_\_ n'utilise pas la classification usuelle, il fait bel et bien référence à l'existence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est par ailleurs évoqué par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans le questionnaire médical produit le 10 février 2015 dans le cadre de l'opposition au projet de refus de rente. Le Dr P.\_\_\_\_\_ pose quant à lui un diagnostic de fibromyalgie.

**b)** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**c)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas

de conclure à une exagération (cf. également TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

**d)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au

contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

**e)** Dans le cas présent, comme rappelé au consid. 5a ci-dessus, tant les experts que les médecins de la recourante évoquent la présence d'un trouble douloureux chronique sans substrat organique. À l'exception de la Dresse V.\_\_\_\_\_, ils n'examinent toutefois pas les critères jurisprudentiels de gravité de cette atteinte. Quant à l'appréciation des critères réalisée par la Dresse V.\_\_\_\_\_, force est d'admettre qu'elle est pour le moins sommaire et qu'elle ne satisfait pas aux réquisits développés par la nouvelle jurisprudence fédérale (cf. supra consid. 5b à 5d).

**f)** En d'autres termes, la question de l'existence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux ou la fibromyalgie, et cas échéant des répercussions de celui-ci sur la capacité de travail de la recourante, n'a pas été suffisamment investiguée.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible

lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce.

Pour ce motif, il convient donc d'admettre le recours, de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise contenant un volet physique et psychique, dans le but d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente du cas, et qu'il rende une nouvelle décision (cf. également ATF 141 V 281 consid. 8 sur le droit transitoire et commentaire de cet arrêt par Thomas Gächter et Michael E. Meier, *Schmerzrechtsprechung 2.0*, in : Jusletter du 29 juin 2015).

Il appartiendra en particulier à l'expert appelé à compléter l'appréciation médicale d'établir les diagnostics de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie selon une classification reconnue cette fois, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ces diagnostics, en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées et en examinant également la question des motifs d'exclusion. Cas échéant, il s'agira de déterminer la capacité de travail réellement exigible de la recourante au moyen du catalogue d'indicateurs développé par la nouvelle jurisprudence. L'expert devra examiner le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, sous l'angle notamment du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de la résistance au traitement et aux mesures de réadaptation, de l'existence de comorbidités, de la structure de la personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de la recourante et du contexte social. Il conviendra de surcroît d'examiner la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part, (cf. consid. 5b à 5d supra).

**g)** Vu le sort du recours, la question des mesures de réadaptation professionnelle peut demeurer ouverte.

**6. a)** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**b)** La recourante obtenant gain de cause, elle a par ailleurs droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Comportant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 2'000 fr., débours et TVA compris.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 24 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens, TVA et débours compris.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour B. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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. 1LTF).

La greffière :