

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 763 vom 10. Oktober 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-10-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__763

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 763 du 10 octobre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 763 del 10 ottobre 2016

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.10.2016 Arrêt / 2016 / 763

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 220/15 - 264/2016 ZD15.035187 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 10 octobre 2016 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard ,

présidente Mme Dessaux, juge et M. Küng, assesseur Greffière : Mme Simonin

***** Cause pendante entre : A. _____ , à Lausanne, recourante, représentée par M. Belgacem Thebti, juriste à [...], et I. _____ , à Vevey, intimé. _____ Art. 6,

7, 8, 16 LPGA ; art. 28, 28a LAI E n f a i t : A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, d'origine [...], en Suisse depuis [...], est mère de huit enfants (nés en 1984, 1986, 1990, 1991, 1992, 1995, 1997 et 2001). Elle a déposé, le 26 juillet 2013, une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une surdité endocochléaire droite de degré sévère. Le 17 septembre 2013, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, dans laquelle elle a indiqué souffrir d'asthme allergique, de lombalgies, de reflux gastro-oesophagien et de surdité endocochléaire et être suivie auprès de la Polyclinique R. _____ (ci-après : R. _____). Elle a complété sa demande le 2 octobre 2013, précisant être suivie également au plan psychiatrique au cabinet du Dr A.K. _____ pour un trouble anxio-dépressif, un trouble panique, des troubles du sommeil et des plaintes somatiques. Elle y a précisé ne pas exercer d'activité lucrative, mais être étudiante et femme au foyer. Au moyen d'un formulaire 531bis complété le 29 octobre 2013, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 70% comme couturière et enseignante d'arabe, « dès qu'elle trouverait un emploi ». En réponse à l'OAI qui lui demandait d'indiquer quels avaient été ses employeurs les cinq dernières années, elle a précisé, le 22 octobre 2013, qu'elle était femme au foyer et que pour cette raison, elle n'avait jamais travaillé. Par communication du 17 février 2014, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il prenait en charge le forfait pour un appareil acoustique selon les dispositions de l'OMAI. Dans un rapport du 11 mars 2014 à l'OAI, les Dresses L. _____, spécialiste en médecine interne

générale et en médecine psychosomatique et psychosociale, et J. _____, médecin assistante, à la R. _____, ont posé les diagnostics suivants ayant un effet sur la capacité de travail : possible asthme allergique modéré, actuellement non contrôlé depuis environ 2007, tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches depuis environ 2012, ainsi que syndrome anxio-dépressif F 41.2, suspicion de fibromyalgie, surdité endocochléaire droite sévère, syndrome cervico-dorso-lombaire chronique sur troubles dégénératifs et céphalées tensionnelles existant depuis une date indéterminée. Sans effet sur la capacité de travail, elles ont posé les diagnostics suivants : syndrome métabolique (avec hypertension, obésité, intolérance au glucose, dyslipidémie mixte), ostéoporose diagnostiquée en 2013, allergies aux pollens, acariens, moisissures, poussières, fruits et poissons, rhino-conjonctivite allergique saisonnière et dysphonie hyperfonctionnelle sur polype de la corde vocale gauche et nodule de la corde vocale droite. Les Dresses L. _____ et J. _____ ont indiqué que l'assurée était suivie à la R. _____ depuis 2007 et ont précisé ce qui suit : « 1.4 Anamnèse : Madame A. _____ présente de multiples plaintes qui, prises toutes ensemble, diminuent fortement sa qualité de vie et l'empêchent de travailler. La patiente a des douleurs dorsales depuis au moins quinze ans. Les douleurs sont à caractère mécanique. Présence de raideurs matinales. Elle a également des douleurs aux épaules des deux côtés, aux poignets, aux mains, aux genoux et aux cuisses. Ces douleurs pèsent sur son moral. Les douleurs ont peu répondu à la physiothérapie, ainsi qu'à l'antalgie conduite régulièrement. Une investigation par rapport à une possible fibromyalgie est encore en cours en rhumatologie. Une tentative de prise en charge en médecine manuelle est restée sans effet. Sur le plan psychique, Madame A. _____ est suivie régulièrement par un psychiatre pour un syndrome anxio-dépressif. Du point de vue respiratoire, la patiente se plaint depuis 2007 d'une dyspnée importante, qu'elle attribue à un problème asthmatique. L'étiologie de cette dyspnée n'a toutefois pas pu être pour l'instant totalement clarifiée par les investigations pneumologiques en cours. La patiente présente une dyspnée très sévère, qui la conduit à consommer de grandes quantités de bronchodilatateurs, et qui l'empêche de mener à bien ses activités de la vie quotidienne. Constat médical : Cervical : extension douloureuse et rotation à droite douloureuse. Rachis : lordose lombaire très accentuée. Mouvements de convergence en extension, douloureux. Rachis lombaire peu mobile par rapport aux autres segments. Epaules : tests de conflits sous-acromiaux douloureux des deux côtés. Le rhumatologue va tester prochainement l'hypothèse d'une fibromyalgie. Système respiratoire : cf. rapport de la consultation de pneumologie. Pronostic : Etant donné l'évolution actuelle, le pronostic semble réservé. Nous ne nous attendons pas à une amélioration. 1.5 Nature et importance du traitement actuel : Traitement médicamenteux. Suivi psychiatrique. Madame A. _____ a aussi eu des séances de physiothérapie, de médecine manuelle, etc. ; ces dernières mesures n'ayant pas apporté l'effet escompté, elles sont suspendues actuellement. Médication actuelle : · Atenolol 50 à 100 mg 1-0-0 · Pravalotin 20 mg 0-0-1 · Seretide aérosol doseur 250 pg 1-0-1 · Ventolin R max 8x1 push · Nexium 40 mg 1-0-0 · Dafalgan 1 g idj R · Zyrtec 10 mg en R · Nasonex en R · Amlodipine 5 mg 1x1j · Mydocalm 0-0-0-1 Recommandations pour la future thérapie : Adaptation de la médication en fonction des besoins. Continuer le suivi psychiatrique. 1.6 Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée ? : Aucune (divers stages effectués, mais souvent interrompus en raison de l'état de santé de la patiente). 1.7 Questions sur l'activité exercée à ce jour : Énumération des restrictions physiques mentales ou psychiques existantes? Patiente rapidement dyspnéique, ce qui l'angoisse et l'empêche de faire le travail ménager et les activités de la vie quotidienne

normales. Elle présente de multiples douleurs, qui l'empêchent de se mouvoir normalement et faire toutes sortes d'activités physiques, notamment au niveau des épaules et du dos. Madame A. _____ décrit que lorsqu'elle est trop gênée par toutes ces douleurs, elle devient triste et son état anxio-épessif se péjore. Elle développe alors des nausées. Elle se sent en incapacité totale de travailler. Comment se manifestent-elles au travail? Les derniers stages faits par la patiente n'étaient pas compatibles avec ses douleurs et son état psychique, le stress engendré péjorant l'état anxieux de la patiente. Les douleurs sont omniprésentes, rendant la patiente incapable de mener à bien son travail. D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible? Non. Le rendement y est-il réduit? Oui. Si oui, pourquoi? Dans quelle mesure? En raison de la dyspnée, des douleurs et du syndrome anxieux, une activité professionnelle n'est pas envisageable pour la patiente. Dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible? Cela ne paraît pas possible ». Les Dresse L. _____ et J. _____ ont encore précisé que l'assurée avait une capacité de concentration limitée en raison de douleurs et de l'état anxio-dépressif, une capacité de compréhension limitée en raison de la barrière de la langue, une capacité d'adaptation limitée en raison du trouble anxieux et une capacité de résistance limitée en raison de ses divers problèmes médicaux. Elles ont en outre joint à leur rapport médical, un rapport du 30 janvier 2014 des Drs G. _____ et X. _____, spécialistes en pneumologie et [...], médecin assistante, à la R. _____, qui ont posé les diagnostics suivants : « · Possible asthme allergique modéré, actuellement non contrôlé · Notion d'allergie aux pollens, acariens, moisissures, poussières, fruits et poissons : o Rhino-conjonctivite allergique saisonnière · Dysphonie hyperfonctionnelle sur polype de la corde vocale gauche et nodule de la corde vocale droite en 2010 · Syndrome métabolique : o Hypertension artérielle traitée o Obésité de stade I (BMI 30 kg/m²) o Intolérance au glucose o Dyslipidémie mixte · Surdité endocochléaire droite sévère d'origine indéterminée · S/p fracture Weber A de la cheville gauche en 2010 · S/p hystéroscopie avec polypectomie en mai 2013 ». Ils ont expliqué ce qui suit : « Discussion : Les épisodes de dyspnée et toux avec des réveils nocturnes, exacerbés au contact de potentiels allergènes, dans un contexte atopique connu, sont évocateurs d'un asthme allergique, toutefois sans preuve objective jusqu'ici (absence de syndrome obstructif aux fonctions pulmonaires, d'hyperréactivité bronchique au test de provocation au Mannitol en 2007, et NO exhalé normal en 2007). Une origine laryngée n'est pas exclue chez cette patiente connue pour une dysphonie hyperfonctionnelle. On relève également, une composante situationnelle avec apparition de dyspnée en lieu clos, l'obligeant de nombreuses fois à ouvrir la porte pendant notre consultation. La clinique ne révèle pas de signe d'insuffisance cardiaque. Sur la base de l'anamnèse, nous retenons un asthme possible, actuellement modéré selon ATS/ERS 2008, et non contrôlé selon GINA. Le mauvais contrôle semblant principalement corrélé aux allergènes, nous prévoyons un nouveau bilan allergologique. Nous revoyons également les techniques d'utilisation des traitements inhalés, encore non acquises à l'heure actuelle. Le Seretide Diskus 250 ug 2x/j et le Ventolin avec la chambre d'inhalation sont poursuivis pour le moment. L'utilisation du peak flow n'étant pas acquise, nous renonçons au suivi à domicile. Selon l'évaluation allergologique et en fonction de l'évolution, nous r p terons un test de provocation bronchique. Nous reverrons Madame A. _____ dans 3 mois ». Les Dresses L. _____ et J. _____ ont également joint à leur rapport à l'OAI un rapport médical du 3 février 2014 des Drs A.Q. _____, spécialiste en rhumatologie, et B. _____, médecin assistant, du département de l'appareil locomoteur du F. _____, posant les diagnostics

suivants : « · Tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche avec : o tendinopathie fissuraire du long chef du biceps dans sa portion horizontale, tendinopathie du tendon infra-épineux et à moindre mesure du supra-épineux (IRM de l'épaule gauche en 2012) o ultrason des épaules du 9.01.2014: tendinopathie chronique du supra-épineux gauche. ·

Diagnostics secondaires : - Probable syndrome fibromyalgique - Syndrome cervico-dorso-lombaire chronique sur troubles dégénératifs. · Comorbidités : - Ostéoporose densitométrique et carence en vitamine D par manque d'exposition au soleil avec : densitométrie osseuse de janvier 2013 avec T-score lombaire à -2,7 - Syndrome métabolique avec : o hypertension artérielle traitée o obésité : BMI à 32 kg/m² o prédiabète - Surdité endocochleaire droite sévère d'origine indéterminée (diagnostic en 2000) ». Les Drs A.Q. _____ et B. _____ ont précisé ce qui suit : « Anamnèse : Madame A. _____ est une patiente de 47 ans, suivie à la R. _____ par la Dresse J. _____, originaire de [...], femme au foyer, en Suisse depuis 1991. Elle a 8 enfants qui sont tous en Suisse, dont 6 encore à la maison. Elle nous est adressée pour une évaluation rhumatologique par le Dr [...] pour des douleurs diffuses et des rachialgies. Cette patiente parle mal le français et décrit des douleurs à caractère mécanique, diffus au niveau du rachis depuis environ 10 ans, plus intenses le soir, surtout après avoir réalisé les tâches ménagères. La patiente décrit quelques rares réveils nocturnes et une raideur matinale de 1 h au maximum. Elle se plaint aussi de douleurs aux 2 épaules, surtout à gauche, au niveau des poignets, des mains, des cuisses et des genoux. Elle n'a jamais eu d'articulation rouge, chaude ou gonflée. Elle a fait de la physiothérapie pour le dos avec une fréquence de 2 fois/semaine pendant 3 mois, sans aucun bénéfice. Elle décrit une fatigue chronique et une tristesse. Le reste de l'anamnèse par systèmes est sans particularité, hormis la sécheresse oculaire, pour laquelle elle a été vue à l'Hôpital ophtalmique et on lui a prescrit de larmes artificielles avec bénéfice. (...) Examens complémentaires : Examen de laboratoire du 22.11.2013 : absence de syndrome inflammatoire (CRP à 8 mg/l, vitesse de sédimentation à 20 mm/h), Hb à 151 g/l. Glucose à 6,7 mmol/l à jeun. Cholestérol total à 6,4 mmol/l, LDL à 4 mmol/l. CK   54 U/l, ferritine à 118 pg/l, 25-OH-vitamine D à 22,8 pg/l, TSH à 3,38 mU/l, électrophorèse des protéines du sérum de juin 2013 sans pic monoclonal.

Ultrason des épaules du 9.01.2014 : présence d' une tendinopathie chronique du muscle sus-épineux à gauche. Conclusions, traitement et évolution : Madame A. _____ est une patiente de 47 ans qui présente des douleurs chroniques et diffuses, à caractère surtout mécanique au niveau de tout le rachis et au niveau des 2 épaules, en particulier à gauche. Pour ce qui concerne le rachis, cette patiente a eu une radiographie lombaire du mois de novembre 2011 qui montre des signes d'arthrose très modérés. Une Rx de la colonne cervicale du mois de janvier 2013 n'a par contre pas montré de signe d'arthrose. Il existe par ailleurs des troubles statiques avec un déconditionnement musculaire global pour lesquels nous proposons dans un premier temps de la physiothérapie de renforcement du rachis lombaire et de proprioception. Pour les douleurs au niveau du rachis dorsal et du rachis cervical, nous proposons à la patiente une séance de médecine manuelle en Rhumatologie au F. _____ a[g]end e pour le mois de février 2014. Nous lui proposons également la prise de Dafalgan en réserve et lui conseillons de réaliser plus d'activité physique afin favoriser une perte pondérale. Aux 2 épaules, notre examen clinique, révèle des signes de conflits sous-acromiaux et un test de Jobe positif ddc. Une sonographie du mois de janvier 2014 a confirmé la présence d' une tendinopathie de la coiffe à gauche avec une lésion chronique au niveau du sus-épineux gauche. Pour cette raison, nous proposons à la patiente de la physiothérapie de renforcement de la coiffe des rotateurs. La patiente présente par

ailleurs des douleurs à la palpation de toutes les zones de fibromyalgie. Nous lui avons expliqué qu'il s'agit probablement d'un syndrome fibromyalgique. Nous lui prescrivons du Saroten retard 25mg à prendre le soir et nous l'encourageons à faire plus d'activité physique. Par ailleurs, la patiente est connue pour une ostéoporose non fracturaire, associée à une hypovitaminose D favorisée par une faible exposition au soleil. Nous conseillons à la patiente de poursuivre la substitution vitamino-calcique avec du Calcimagon D3 forte et le 14.01.2014, nous administrons une dose de charge de 100'000 U de vitamine D. La patiente sera revue à notre consultation dans 4 mois ». Dans un rapport médical à l'OAI du 8 juillet 2014, la Dresse M. _____, médecin assistante dans le cabinet du Dr B.K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de phobie spécifique (F40.2) et trouble de l'adaptation (F43.2), ces atteintes existant depuis 2013, ainsi qu'un trouble cognitif léger (F06.6). Sans effet sur la capacité de travail, elle a relevé la présence de difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie. Elle a expliqué que l'assurée présentait de multiples plaintes somatiques et psychiques : humeur dépressive, augmentation de la fatigabilité, diminution de la concentration, perturbation du sommeil, phobie face aux tâches administratives, trouble anxieux, rumination, trouble neuro-végétatif, pensées jugées absurdes par elle-même, altération du fonctionnement quotidien. Le pronostic était difficile à déterminer. A la question de savoir si l'assurée présentait une incapacité de travail, la Dresse M. _____ a répondu ce qui suit : « Aucune (Mme A. _____ n'a jamais travaillé) ». Elle a encore relevé que l'assurée avait une mauvaise compliance au traitement médicamenteux prescrit (Xanax et Cipralex). Dans un avis médical du 3 septembre 2014, le Dr D. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a indiqué qu'il convenait de mettre en place une expertise rhumatologique et psychiatrique. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a dès lors été réalisé le 31 octobre 2014 par le Dr B.Q. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 12 novembre 2014, ils n'ont posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, ni au plan ostéoarticulaire, ni au plan psychiatrique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenus des douleurs diffuses de type fibromyalgie (M79.0), des rachialgies dans un contexte de légère uncarthrose à la partie inférieure de la colonne cervicale et d'une hyperlordose lombaire (M54.6), de syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (M75.1) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0). Ils ont apprécié la situation de la manière suivante : « APPRÉCIATION DU CAS Lors de l'examen de ce jour, l'assurée déclare souffrir de douleurs multiples, apparues après 2000. L'assurée précise que les douleurs sont partout. Elles sont toujours présentes, mais elles augmentent lorsqu'elle bouge. L'assurée indique des douleurs du dos, des épaules, des coudes, des genoux, des chevilles, des orteils, de la plante des pieds. Elle précise que, lorsqu'elle se penche en avant, la douleur lombaire est calmée. La nuit, elle dit être réveillée jusqu'à 8 fois en raison de douleurs de la tête, de la nuque, de la colonne vertébrale, des hanches, des fesses. Dès le réveil, elle a mal partout. En raison des douleurs, l'assurée dit ne pas pouvoir marcher plus de 5 minutes, ne pas pouvoir porter des charges supérieures à 1 kg, tenir debout au maximum 1 minute, assise 5 minutes. A l'examen clinique, on constate que l'assurée bouge sans cesse : elle se lève, fait quelques pas, se rassied ; elle gesticule dans tous les sens. La gestuelle spontanée est libre. L'habillage et le déshabillage s'effectuent de manière fluide ; l'assurée n'a pas de difficulté à élever les bras ou à atteindre les zones basses. La marche se

déroule sans boiterie, d'un pas rapide. La marche sur les talons et la pointe des pieds est réussie. L'assurée signale une douleur lombaire lors de la marche. Lors de l'accroupissement, l'assurée fléchit bien les hanches, mais pas les genoux ; elle déclare avoir mal partout. La mobilité cervicale est bonne. Au niveau lombaire, on constate une hyperlordose. Il y a une légère diminution de la flexion avec un Schober de 10 à 13 cm. La distance doigts-sol atteint 0 cm. Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. La mobilité est bonne, bien que l'assurée signale des douleurs lors de la mobilisation des épaules, des poignets, des hanches, des chevilles. Les points douloureux spécifiques de fibromyalgie sont à 18/18, avec des douleurs débordant largement de ces points douloureux. Les signes et symptômes de non-organicité de Waddell sont à 5/5. La manoeuvre de Lasègue et de Lasègue inversée sont négatives. L'examen neurologique est normal. Sur le plan radiologique, les radiographies de la colonne cervicale des 18 et 19.01.2010 et du 23.01.2013 sont comparables. Il y a une légère uncarthrose touchant les vertèbres inférieures. Les espaces intersomatiques sont conservés. Il n'y a pas d'arthrose des articulations postérieures. Les radiographies de la colonne dorsale du 19.01.2010 montrent une légère inclinaison gauche, cette inclinaison vertébrale n'est pas présente sur les clichés du 1.03.2011. Il s'agit d'un mauvais positionnement lors du cliché de 2010, mais pas d'une scoliose. Les radiographies de la colonne lombaire du 26.10.2006 et du 25.11.2011 sont comparables, il y a une accentuation de la lordose lombaire, une discrète spondylose prédominante en L1-L2. Les espaces intersomatiques sont conservés. Il n'y a pas d'arthrose des articulations postérieures. Les radiographies de l'épaule gauche du 7.07.2012 sont normales. L'IRM de l'épaule gauche du 28.05.2012 montre une tendinopathie du tendon du long chef du biceps, une tendinopathie du tendon du muscle sous-épineux et du muscle sus-épineux, une géode à l'insertion du muscle sus-épineux. Le rapport de l'ultrason des épaules du 9.01.2014 indique une tendinopathie chronique du muscle sus-épineux gauche avec une géode en regard de son insertion. Il n'y a pas de tendinopathie du muscle sus-épineux droit. Les radiographies du genou gauche du 11.04.2014 sont dans les normes. Les radiographies de la cheville gauche du 21.05.2010 montrent une fracture type Weber A de la malléole interne et externe. Les radiographies de la cheville gauche du 4.01.2011 montrent une bonne consolidation des fractures. Les légers troubles dégénératifs et statiques de la colonne vertébrale et la tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche n'expliquent pas l'intensité et la diffusion des douleurs alléguées par l'assurée. La présence de signes et symptômes de non-organicité de Waddell à 5/5 et la présence de 18 points douloureux spécifiques de fibromyalgie sur 18 orientent vers une importante composante non-organique aux douleurs. Cette non-organicité est illustrée par la sous-évaluation de l'assurée concernant ses tolérances physiques : elle déclare ne pas pouvoir maintenir la position debout pendant plus de 1 minute ou assise pendant plus de 5 minutes, alors que, lors de l'examen de ce jour, les durées tolérées dans ces différentes positions l'ont été bien au-delà. De plus, une gestuelle spontanée libre chez une assurée qui bouge et gesticule sans cesse n'est pas compatible avec des lésions ostéoarticulaires. Malgré des signes ultrasonographiques de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs touchant uniquement l'épaule gauche, l'assurée se plaint de douleurs identiques à l'épaule droite, bien que celle-ci ne présente pas de lésion tendineuse (cf. rapport d'ultrason des épaules du 9.01.2014, Dr A.Q._____, Dr Y._____, Service de rhumatologie du F._____). Malgré ces signes radiologiques de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et malgré les importantes douleurs alléguées par l'assurée, l'élévation spontanée du bras n'est pas limitée, notamment lorsqu'elle enlève ses habits ou lorsqu'elle

suspend ses habits sur le porte-manteau. D'autre part, malgré les importantes douleurs rachidiennes alléguées par l'assurée, elle parvient à se déplacer sans difficultés, à changer de position (assise-debout-couchée) de manière rapide, à se baisser pour atteindre le sol avec les doigts. Une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche peut représenter une gêne pour les activités physiques lourdes (port de charge) et les activités prolongées effectuées au-dessus de l'horizontale. Ces activités ne sont pas habituelles dans un travail d'enseignante ni de ménagère. Il n'y a donc pas lieu de retenir d'incapacité de travail durable dans ces activités. Les douleurs diffuses, sans substrat organique significatif, ne nécessitent pas l'introduction de mesures de protection articulaire. Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 48 ans, originaire de [...], sans antécédents psychiatriques, qui aurait développé une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle, qui a nécessité une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis le 5.05.2013, auprès de la Dresse M._____, médecin assistante auprès du cabinet du Dr B.K._____ qui, dans son rapport médical du 8.07.2014, retient les diagnostics de : trouble anxieux et dépressif mixte, phobie spécifique, trouble de l'adaptation, trouble cognitif léger et, dans les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation, difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie. Le médecin écrit, dans ce rapport, au point 1.6, incapacité de travail : « aucune (Mme A._____ n'a jamais travaillé) ». Actuellement, elle est suivie par la Dresse [...], psychiatre auprès du cabinet du Dr B.K._____ et avec laquelle l'assurée a rendez-vous irrégulièrement. Par ailleurs, le traitement médicamenteux psychotrope, prescrit par cette spécialiste, a été arrêté depuis longtemps par l'assurée. Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, inchangé depuis de nombreuses années, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, phobie spécifique, trouble de l'adaptation, trouble cognitif léger n'ont pas été objectivés à l'examen de ce jour. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, diagnostic sans aucune incidence sur la capacité de travail. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité. Limitations fonctionnelles : Epaule gauche : port de charges fréquent au-delà de 15 kg, activités prolongées au-dessus de l'horizontale. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. L'âge, les difficultés linguistiques, les problèmes financiers ne font pas partie du domaine médical. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Il n'y a pas d'incapacité de travail durable sur le plan ostéoarticulaire ni sur le plan psychiatrique. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? La capacité de travail est restée totale. Concernant la capacité de travail, elle est déterminée par la tolérance mécanique de l'épaule gauche dans le cadre d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs. Les légers troubles statiques et dégénératifs du rachis ne sont pas incapacitants. Il en va de même des douleurs diffuses sans substrat organique. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité psychiatrique. Capacité de travail exigible : Dans l'activité habituelle de ménagère ou d'enseignante : 100 % Dans une activité adaptée : 100% Depuis le début de l'âge légal pour l'exercice d'une

activité professionnelle ». Dans un avis SMR du 2 décembre 2014, le Dr D. _____ a estimé que le rapport du SMR du 12 novembre 2014 était convaincant et qu'il y avait lieu d'en suivre les conclusions. Par projet de décision du 20 janvier 2015, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, au motif qu'après examen par le SMR, il fallait constater qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de la LAI et que sa capacité de travail était par conséquent totale dans toute activité. Par courrier du 26 janvier 2015, l'assurée a déclaré n'être pas d'accord avec ce projet de décision, se référant aux rapports de ses médecins traitants. Par courrier du 16 février 2015 à l'OAI, la Dresse [...], médecin assistante au cabinet du Dr B.K. _____ a indiqué que l'état psychique de sa patiente était resté stationnaire depuis l'été 2014, les éléments décrits dans le rapport de la Dresse M. _____ du 8 juillet 2014 étant toujours présents. Elle observait de plus une augmentation de l'anxiété dans le contexte d'une péjoration de son état de santé physique (apparition selon l'assurée d'un diabète et aggravation des cervico-dorso-lombalgies). Dans un rapport du 17 février 2015 à l'OAI, le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse J. _____ ont écrit ce qui suit : « Sur demande de la patiente susmentionnée, nous vous envoyons les nouveaux éléments de son dossier médical depuis le dépôt de sa demande AI il y a environ 1 an, et qui a été refusée. Sur le plan somatique, un diabète non insulino-requérant a été diagnostiqué en 2014. Celui-ci s'inscrit dans le cadre d'un syndrome métabolique. Un traitement médicamenteux a été débuté, accompagné de conseils pour modifier le mode de vie et le régime alimentaire. Le diagnostic influençant le plus sur la capacité de travail de la patiente reste la fibromyalgie avec les douleurs chroniques qui l'accompagnent. Cette problématique s'inscrit dans le cadre d'un syndrome anxio-dépressif qui vous a été décrit par la psychologue et la psychiatre de la patiente. Ces douleurs sont extrêmement invalidantes pour la patiente. Elle est légèrement soulagée par un traitement régulier de Saroten et de Mydocalm. Cependant, il semble que les douleurs deviennent de plus en plus invalidantes. La patiente rapporte qu'il y a quelques mois, elle pouvait encore rester debout 20 minutes ; à présent, ce ne sont plus que 5 minutes, ce qui a des répercussions majeures sur sa vie de tous les jours. Nous n'avons pas fait de nouvelles investigations somatiques à ce sujet, en accord avec nos collègues rhumatologues. Sur le plan thérapeutique, nous avons encouragé la patiente à poursuivre le suivi avec sa psychologue ». Dans un avis SMR du 16 juin 2015, le Dr D. _____ a écrit ce qui suit : « (...) Le RM [rapport médical] du 17 février 2015 du Dr W. _____/R. _____ confirme d'abord qu'un diabète dans le cadre d'un syndrome métabolique est apparu en 2014 et qu'il est traité, puis reprend ensuite les problèmes de santé qui nous sont connus, en premier lieu une fibromyalgie. En l'absence d'aggravation ou de fait nouveau, nous maintenons notre position ». Par décision du 22 juin 2015, l'OAI a confirmé son projet du 20 janvier 2015, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la LAI. Par courrier explicatif séparé daté du même jour, l'OAI a précisé que les rapports médicaux des Drs W. _____ et [...] que l'intéressée avait produit durant la procédure d'audition avaient été soumis au SMR, lequel estimait que ces éléments ne sauraient constituer une nouvelle atteinte ou aggravation de son état de santé. B. Par acte du 24 août 2015, A. _____, représentée par Belgacem Thebti, juriste, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision en ce sens que le droit à une rente d'invalidité est reconnu, subsidiairement à son annulation et à la rédaction d'une nouvelle décision motivée. La recourante reproche en effet à l'OAI de n'avoir pas suffisamment motivé sa décision du 22 juin 2012, étant d'avis

que celle-ci n'explique pas concrètement les critères justifiant le refus de mesures de reclassement et du droit à la rente. D'autre part, la recourante se réfère au rapport de la Dresse L. _____ du 11 mars 2014 et soutient qu'elle est totalement incapable de travailler ainsi que de faire le ménage et les activités de la vie courante. Elle prend également appui sur un rapport du 17 août 2015 du Dr O. _____, médecin au cabinet du Dr B.K. _____, qu'elle produit, montrant, selon elle, que la situation ne s'est pas améliorée. Elle relève que l'avis de ses médecins traitants entre en contradiction avec les conclusions du rapport du SMR du 31 octobre 2014. La recourante est par conséquent d'avis qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité, estimant que son taux d'invalidité est de 87,2%. Le rapport du Dr O. _____ est rédigé en ces termes : « Les différents éléments énumérés par nos prédécesseurs sont toujours présents à savoir : troubles de l'adaptation persistants, syndrome anxio-dépressif réactionnel en pénétration. L'ensemble de la symptomatologie survient dans un contexte de précarité socio-économique chez une patiente sans formation professionnelle et avec un niveau intellectuel bas. Ces troubles précités d'ordre psychiatrique sont entretenus par les douleurs somatiques chroniques dont elle souffre et qui à l'heure actuelle semblent insuffisamment contrôlées. De ce fait, une prise en charge psychiatrique ne peut être efficace que si elle est associée à une optimisation de sa prise en charge sur le plan somatique (apprendre à la patiente à vivre avec ses douleurs notamment par des stages dans des centres de rééducation type « écoles du dos »). Cette dernière suggestion relève de nos collègues internistes et rhumatologues. Cette prise en charge multidisciplinaire pourra à terme aboutir à la reprise d'une activité professionnelle adaptée après une période de reconditionnement. La patiente n'est pas opposée à ce projet qui la valorise puisqu'elle pourra apprendre un métier pouvant lui procurer à terme des revenus qui faciliteront son intégration au sein de la société tout en participant financièrement à sa vie familiale ». Dans sa réponse du 29 septembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Par courrier du 22 juillet 2016, la recourante, par son mandataire, a produit une attestation du 6 juin 2016, rédigée par Mme S. _____, psychologue au cabinet de la Dresse N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, expliquant qu'elle suit l'assurée depuis le 10 novembre 2015 et précisant ce qui suit : « La vulnérabilité psychique présentée par Madame [A. _____] se présente notamment par une symptomatologie anxiodépressive et une irritabilité importante envers tout élément stressant de la vie quotidienne. En vue de la situation actuelle et de sa fragilité, Madame peut parfois présenter des troubles de la mémoire et des carences dans l'accomplissement de certaines tâches quotidiennes et administrative ». **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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. c LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des

assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c). b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail et de son taux d'invalidité. 3. a) aa) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. bb) Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 sv. ; cf. TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations

conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4 et les références). 4. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir suffisamment motivé sa décision du 22 juin 2015. a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; 126 I 15 consid. 2a/aa p. 16 ; cf. TF 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1.1). L'autorité administrative - ou le juge en cas de recours - n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 p. 88 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in : RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2 p. 248 ; 126 I 97 consid. 2b p. 102 ; 125 III 440 consid. 2a p. 441). L'autorité peut ainsi se limiter aux questions décisives (cf. ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1 et 135 V 65 consid. 2.6 avec les références). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et

de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (cf. TF 8C_762/2009 du 5 juillet 2010 consid. 2.2). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) En l'occurrence, il est vrai que la motivation de la décision litigieuse n'est pas particulièrement étayée s'agissant de l'examen des éléments pertinents pour l'évaluation de l'invalidité. Cela étant, il apparaît que la recourante, assistée par un mandataire professionnel, a été en mesure de saisir les fondements essentiels de cette décision, ainsi que cela ressort de son mémoire de recours du 24 août 2015, en particulier que l'OAI s'est basé sur les conclusions de l'examen clinique au SMR du 31 octobre 2014 et les avis SMR des 2 décembre 2014 et 16 juin 2015, pour évaluer sa capacité de travail. Du reste, l'OAI a précisé dans son courrier explicatif du 22 juin 2015, annexé à la décision, que ni le rapport de la Dresse [...], ni celui du Dr W. _____n, produits par l'assurée pendant la procédure d'audition, n'apportaient d'éléments susceptibles de modifier sa position. En tous les cas, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait être considérée comme guérie devant la juridiction de céans, la recourante (cf. mémoire de recours du 24 août 2015, courrier du 22 juillet 2016) comme l'intimé (cf. réponse du 29 septembre 2015) ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En effet, le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). En conséquence, l'argument tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté.

5. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport d'examen clinique du 12 novembre 2014 réalisé par les Drs A.Q. _____ et E. _____ du SMR, qui ont conclu à l'absence de pathologie invalidante, que ce soit au plan ostéo-articulaire ou psychiatrique. La recourante soutient, quant à elle, être totalement incapable de travailler ainsi que de faire le ménage et les activités de la vie quotidienne, relevant qu'il y a contradiction entre l'appréciation du SMR et celle de ses médecins traitants, en particulier celle de la Dresse L. _____ (rapport médical du 11 mars 2014).

a) aa) Au plan rhumatologique, le Dr B.Q. _____ a diagnostiqué, sur la base du dossier médical de l'assurée, en particulier des radiographies de sa colonne, des rachialgies dans un contexte de légère uncarthrose à la partie inférieure de la colonne cervicale et d'une hyperlordose lombaire, qualifiant les troubles dégénératifs de légers. Il a également diagnostiqué une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche au vu de l'IRM du 28 mai 2012. L'assurée se plaignant également de douleurs notamment à l'épaule droite, aux genoux et aux chevilles, le rhumatologue du SMR a précisé que le rapport d'ultrason du 9 janvier 2014 ne montrait pas de tendinopathie du muscle sus-épineux droit, que les radiographies du genou gauche du 11 avril 2014 étaient dans les normes et que les radiographies du 4 janvier 2011 de la cheville gauche, à laquelle l'assurée avait subi une fracture de la malléole interne et externe en 2010, montraient une bonne consolidation des fractures. En outre, le rhumatologue a mis en évidence des signes

de non-organicité de Waddel à 5/5, ainsi qu'une sous-évaluation par l'assurée de ses tolérances physiques ("elle déclare ne pas pouvoir maintenir la position debout pendant plus d'une minute ou assise pendant plus de cinq minutes alors que durant l'examen les durées tolérées ont été bien supérieures"). Sur cette base et celle d'un examen clinique plutôt rassurant, il a conclu, de façon convaincante, que les légers troubles dégénératifs et statiques de la colonne vertébrale ainsi que la tendinopathie de la coiffe des rotateurs n'expliquent pas l'intensité et la diffusion des douleurs décrites par l'assurée. En effet, le Dr B.Q._____ explique que malgré les importantes douleurs rachidiennes et aux épaules alléguées par l'intéressée, celle-ci parvient à se déplacer sans difficultés, à changer de position (assise – debout – couchée) de manière rapide, à se baisser pour atteindre le sol avec les doigts et que l'élévation spontanée du bras gauche n'est pas limitée. Il explique ainsi, de manière convaincante également, que si une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs peut représenter une gêne pour les activités physiques lourdes impliquant le port de charge et les activités prolongées au-dessus de l'horizontale et engendre par conséquent des limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu par contre de retenir d'incapacité de travail durable de l'assurée dans ses activités habituelles d'enseignante et de ménagère, car celles-ci ne nécessitent habituellement pas de telles activités. On relèvera que les conclusions du rhumatologue du SMR sont corroborées par celles du Dr A.Q._____, rhumatologue au F._____, dans son rapport médical du 3 février 2014. Ce dernier a en effet également conclu à des signes d'arthrose très modérés au niveau de la colonne lombaire et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche, et n'a pas attesté d'incapacité de travail ou d'incapacité de l'assurée à exercer ses travaux habituels. bb) Le rhumatologue du SMR a également posé le diagnostic de douleurs diffuses de type fibromyalgie. aaa) La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, de la fatigue, des troubles du sommeil, un sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; ATF 139 V 346 consid. 2 ; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009). La jurisprudence a en effet 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). 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). 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). bbb) En l'occurrence, le diagnostic de fibromyalgie n'est pas clairement établi vu les pièces du dossier, le Dr A.Q._____, rhumatologue au F._____, et la Dresse L._____ ayant indiqué que cette atteinte était "possible". La Dresse L._____ a de plus précisé que des investigations devaient encore être menées à ce sujet. Quoi qu'il en soit, il ne ressort pas du dossier que la recourante présente des limitations fonctionnelles particulièrement marquées dans sa vie quotidienne. Par ailleurs, ainsi qu'on l'a constaté (cf. supra consid. 5a/aa), le rhumatologue du SMR a relevé la présence de signes relativement importants d'exagération et de sous-évaluation par l'assurée de ses capacités, ainsi qu'un comportement démonstratif ("A l'examen clinique, on constate que l'assurée bouge sans cesse : elle se lève, fait quelques pas, se rassied ; elle gesticule dans tous les sens"), ce qui ressort également du rapport du 30 janvier 2014 des Drs G._____ et X._____ ("Patiente démonstrative, ne tient pas longtemps assise et ouvre régulièrement la porte en raison de sensation de dyspnée"). Dans ce contexte, le rapport du 17 février 2015 des Drs W._____ et J._____, expliquant que les douleurs chroniques de l'assurée sont en aggravation, est essentiellement basé sur les plaintes de celle-ci, de sorte qu'il ne saurait être apte à mettre en doute les conclusions des rhumatologues. Vu ce qui précède, il n'apparaît pas que les critères de gravité inhérents au diagnostic de fibromyalgie soient atteints pour conduire au droit à la rente d'invalidité. b) Au plan psychiatrique, la Dresse E._____ n'a pas objectivé, lors de son examen de l'assurée, les diagnostics posés par la Dresse M._____, à savoir un trouble anxieux et dépressif mixte, une phobie spécifique, un trouble de l'adaptation et un trouble cognitif léger, mais uniquement des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie, sans influence sur la capacité de travail. Ces conclusions sont motivées, reposent sur un examen clinique de l'assurée et une anamnèse, de sorte qu'elles emportent conviction. Au surplus, la Dresse E._____ a noté la présence de difficultés financières et linguistiques, tout comme d'autres médecins (cf. notamment rapport du 17 août 2015 du Dr O._____) précisant à juste titre qu'elles ne relèvent pas de la notion d'invalidité (cf. supra consid. 3a). Le rapport médical du 8 juillet 2014 de la Dresse M._____ ne permet pas de remettre en cause les conclusions de la psychiatre du SMR. En effet, la liste de symptômes énumérés par la première paraît essentiellement basée sur les plaintes de la recourante, sans réelle appréciation de la situation, en particulier de l'importance des symptômes et de leur influence sur la capacité de l'assurée à exercer ses activités habituelles. Il en va de même des rapports médicaux postérieurs à l'examen psychiatrique au SMR, à savoir ceux de la Dresse [...] du 16 février 2015 et du Dr O._____ du 17 août 2015, lesquels ne contiennent pas de réelle description clinique et explications quant aux diagnostics retenus, et ne permettent ainsi pas de mettre en doute les conclusions de la Dresse E._____. On relèvera également que le Dr O._____ a évoqué la possibilité de reprise d'une activité professionnelle après une période de reconditionnement, qui paraît nécessaire plus en raison des conditions sociales et de l'absence jusqu'ici d'activité lucrative qu'en raison de l'état de santé de l'assurée. Enfin, l'attestation du 6 juin 2016 de Mme S._____ fait état d'éléments postérieurs à la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne saurait être prise en

compte dans la présente procédure. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4). Par ailleurs, on rappellera également que la spécialisation d'un médecin joue un rôle important pour l'appréciation de la valeur probante des rapports médicaux (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.2.3 ; TF 9C_736/2009 du 26 janvier 2010 consid. 2.1). Or, en l'occurrence le rapport de Mme S. _____, qui est psychologue, n'est pas contresigné par un médecin psychiatre, de sorte qu'on ne saurait lui attribuer une valeur probante équivalente au rapport d'un médecin psychiatre ou signé également par un psychiatre (cf. TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). c) Vu ce qui précède, les conclusions des experts sont suffisamment motivées et convaincantes, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante au plan rhumatologique et psychiatrique. Elles sont par ailleurs corroborées au plan somatique par d'autres rapports probants (rapport du 3 février 2014 des Drs A.Q. _____ et B. _____ ; cf. aussi rapport du 30 janvier 2014 des Drs G. _____ et X. _____). d) Le rapport des Dresses L. _____ et J. _____ du 11 mars 2014 ne permet pas de mettre en doute l'appréciation de la capacité de travail ressortant du rapport du SMR du 12 novembre 2014. En effet, celles-ci ont estimé que l'assurée était incapable de travailler en raison d'une dyspnée, de ses douleurs et d'un syndrome anxieux, de même qu'incapable de faire le travail ménager et les activités de la vie quotidienne normale en raison de la dyspnée. Or, le problème de dyspnée a été investigué par les Drs G. _____ et X. _____, spécialistes en pneumologie et médecins à la R. _____, qui ont conclu à un possible asthme d'origine allergique modéré, sans attester d'incapacité de travail ou d'incapacité à exercer les travaux habituels. Quant à la problématique douloureuse qui a été investiguée par la suite, en raison de la suspicion de fibromyalgie, elle n'apparaît pas incapacitante, ainsi qu'on l'a déjà constaté (cf. supra consid. 5a). En dernier lieu, le syndrome anxio-dépressif dont font état les Dresses L. _____ et J. _____, n'a pas été objectivé par la psychiatre du SMR dans son rapport probant (cf. supra consid. 5b). Enfin, si les Drs W. _____ et J. _____ ont confirmé dans leur rapport du 17 février 2015 que l'assurée présentait un diabète non insulino-requérant s'inscrivant dans le cadre d'un syndrome métabolique depuis 2014, ils n'ont pas attesté d'incapacité de travail en lien avec cette atteinte. Dans le même sens, les Dresses L. _____ et J. _____ avaient déjà indiqué dans leur rapport du 11 mars 2014, que le syndrome métabolique était sans influence sur la capacité de travail de l'assurée. 6. La recourante est d'avis qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 87%. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI ; méthode ordinaire de comparaison des revenus). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI ; méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte d'évaluation de l'invalidité) et les résultats ensuite pondérés (ATF 137 V 334 consid. 7.1 notamment).

b) En l'occurrence, la recourante a déclaré dans le formulaire 531bis complété le 29 octobre 2013 que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 70% comme couturière et enseignante d'arabe. Il convient donc de considérer que sans atteinte à la santé, elle aurait un statut d'active à 70% et qu'elle exercerait à 30% ses activités habituelles comme mère au foyer ; en d'autres termes, il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et non la méthode spécifique pour les assurés sans activité lucrative, comme paraît le considérer la recourante dans son acte de recours. Dès lors, le taux d'invalidité pour la part active et pour la part consacrée à l'exercice de travaux habituels est de 0%, l'intéressée ne présentant pas d'incapacité de travail pour ses activités lucratives ni pour ses activités ménagères (cf. rapport SMR du 12 novembre 2014). On précisera que quand bien même la recourante présenterait une incapacité totale d'exercer ses travaux habituels, comme elle semble le soutenir dans son acte de recours, son taux d'invalidité resterait inférieur à 40% et serait dès lors insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 LAI).

7. a) Vu ce qui précède, les griefs de la recourante sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse du 22 juin 2015. b) En dérogation à l'art. 61 let a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, en la forme de l'exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci (cf. prononcé du 31 août 2015), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 22 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ M. Belgacem Thebti (pour A. _____), à [...], ■ 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. 1 LTF). La greffière :

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