

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 832 vom 20. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__832

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 832 du 20 décembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 832 del 20 dicembre 2017

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 17 al. 1 LAI, 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 20.12.2017 Arrêt / 2016 / 832

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 17 al. 1 LAI, 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 48/16 - 374/2017 ZD16.009932 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 20 décembre 2017 _____ Composition : Mme Thalmann , président Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : B. _____ , à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6ss LPGA; 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A. B. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou une rente, le 10 juillet 2014. Elle indiquait souffrir de "problèmes de santé psycho-physique" depuis dix ans. Au bénéfice de prestations des services sociaux de la Ville de [...], elle a effectué divers stages, à savoir un stage du 14 mai au 1 er juin 2012, à 60%, de la L. _____, en tant qu'aide-gestionnaire du commerce de détail, du 4 juin au 22 juin 2012, à 40%, auprès de G. _____ à [...], comme aide en pâtisserie, du 15 octobre au 16 novembre 2012, à 50%, auprès de la société R. _____ au sein du restaurant de T. _____ en qualité d'employée de cafétéria et aide de cuisine et, du 4 mars au 4 avril 2013 renouvelable un mois, à raison de 12,5 heures par semaine, au sein de la Fondation [...], atelier tea-room «[...]». La société R. _____ a établi le 16 octobre 2012 l'attestation de stage suivante : "Je certifie, M. _____ gérant du restaurant d'entreprise de T. _____ pour le compte de la société R. _____, a employé Madame B. _____ du 15 octobre au 16 novembre 2012 en qualité de stagiaire employé polyvalente. Durant cette période, Madame B. _____ s'est acquittée de manière compétente aux différents travaux inhérents au service et à la cuisine. Elle a travaillé dans les différents secteurs de la production du restaurant à savoir le self, le service, la vaisselle et la cuisine. Elle a approfondi ses connaissances sur les règles d'hygiène alimentaire

appliquées dans le restaurant ainsi que la méthode de travail basé[e] sur l'HACCP. Curieuse, intéressée et efficace elle a fait preuve d'initiative et était très motivée par son travail. Elle a entretenu de très bonnes relations avec les collaborateurs de l'établissement ainsi qu'avec son supérieur. Madame B. _____ nous a donné entière satisfaction dans son travail.” Le 23 juin 2014, [...] entreprises d'insertion, a établi une attestation de stage en ces termes : “ Par la présente, nous attestons que Madame B. _____ , née le [...], a effectué un stage au sein de notre tea-room du 4 mars au 4 avril 2013 au sein des Entreprises d'Insertion de la Fondation [...]. Au cours de cette période, Madame B. _____ a effectué les missions suivantes : - Vente et conseil à la clientèle - Gestion de la caisse - Mise en place en vitrine des produits. Personne ponctuelle, assidue, flexible, autonome et serviable, Madame B. _____ a développé de bonnes connaissances des produits et a exécuté les tâches de manière rapide et efficace. De plus, elle s'est montrée très accueillante et attentive envers notre clientèle et a entretenu d'excellents contacts professionnels tant avec ses collègues qu'avec ses supérieurs. Nous lui souhaitons plein succès pour sa future carrière professionnelle. ” A sa demande, l'assurée avait joint les documents suivants : - une liasse de certificats établis par le Dr A. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, dont il résulte une incapacité de travail de l'assurée à 100% au long cours dès le 1^{er} juin 2013 ; - un certificat du 14 septembre 2012 à teneur duquel, la Dresse V. _____, médecin-assistante à la consultation générale de la [...] ([...]) au CHUV atteste une incapacité de travail à 50% de l'intéressée du 14 septembre au 31 octobre 2012. A teneur d'une fiche d'examen établie le 11 juillet 2014 par la gestionnaire en charge du dossier auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) en référence à un entretien téléphonique du même jour avec l'assurée, cette dernière avait indiqué souffrir de dépression, de problème musculaire, d'arthrose et de hernie. Elle disait être en incapacité de travailler à 100% depuis 2012. Des mesures d'intervention précoce (MIP) ont été octroyées par l'OAI le 14 juillet 2014. Dans un rapport du 11 août 2014 à l'intention de l'OAI, le Dr A. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) ainsi que les diagnostics non invalidants de HTA (hypertension artérielle) et d'insomnies. Suivant l'assurée depuis le 1^{er} mars 2013, ce praticien mentionnait des hospitalisations au CHUV à plusieurs reprises en relevant pour sa part des lombalgies sévères, une protrusion discale sévère, des idées noires, des pertes de la concentration ainsi qu'une somatisation chez sa patiente. Qualifiant le pronostic de défavorable, le Dr A. _____ recommandait une pharmacothérapie (Ciprallex® [20mg 1x/j.], AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] divers, Zoldorm® [10mg 1x/nuit] et Nexium® [40 mg 1x/j.]) ainsi que le suivi d'une psychothérapie de soutien. En annexe à son rapport, le médecin traitant a joint les pièces médicales suivantes: - un rapport du 15 décembre 2011 d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire réalisée par les Drs E. _____, spécialiste en radiologie et chef de clinique et S. _____, spécialiste en radiologie et médecin-assistant du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle au CHUV, qui se termine ainsi : “ Conclusions Discopathies pluri-étagées L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec bombement global des disques, rétrécissant les foramens bilatéralement aux étages L4-L5, L5-S1, à gauche plus qu'à droite à l'étage L4-L5. ”; - un rapport du 14 décembre 2010 de scintigraphie rénale dynamique effectuée le 9 décembre 2010 par les Drs I. _____, spécialiste en médecine nucléaire et médecin-adjointe et A. _____, spécialiste en médecine nucléaire et médecin-assistante du service de médecine nucléaire au CHUV, dont il ne résulte pas la visualisation de reflux vésico-urétal permictionnel ni spontané avec

une fonction rénale normale des deux côtés, chez une patiente alors âgée de 44 ans ayant présenté plusieurs infections urinaires à répétition ainsi qu'une pyélonéphrite aiguë droite en novembre 2010; - un rapport du 3 décembre 2010 consécutif à un séjour de l'assurée, du 1^{er} novembre au 10 novembre 2010, auprès du service de médecine interne du CHUV. Les Drs F. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie et chef de clinique et K. _____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants: " Diagnostic principal • Urosepsis sur pyélonéphrite droite à Escherichia Coli et Klebsiella pneumoniae Diagnostic(s) secondaire(s) et comorbidité(s) • Perturbation des tests hépatiques d'origine probablement médicamenteuse • Status post infections urinaires à répétition • Douleurs articulaires diffuses mécaniques et sur enthésopathie • Gastrite chronique à Helicobacter Pylori • Status post fracture spontanée du métatarse du pied droit. " Dans leur rapport, les médecins du CHUV se sont exprimés en ces termes sur l'état de santé somatique et neurologique de l'assurée durant son hospitalisation : " Synthèse - évolution et discussion A l'entrée, la patiente est hypotendue, tachycarde et subfébrile à 37.6. Le status retrouve une loge rénale droite sensible à l'ébranlement, l'abdomen est souple, sensible au niveau de l'hypochondre droit sans défense ni détente. Les bruits sont normaux. Le bilan biologique révèle un syndrome inflammatoire avec une CRP [protéine C-Réactive] à 99 ainsi qu'une discrète leucocytose à 10.2 G/l. On note par ailleurs une leucocyturie avec des nitrites positifs, une microhématurie sans protéinurie. La fonction rénale reste conservée. Ce tableau clinique est avant tout évocateur d'une pyélonéphrite droite confirmée par le CT [computed tomography] abdominal du 1.11.2010 qui montre un foyer de pyélonéphrite du pôle supérieur du rein droit sans dilatation des voies urinaires, sans calculs visibles. La patiente est initialement mise sous traitement de Rocéphine®. La culture des urines isole deux bactéries: Escherichia Coli et Klebsiella pneumoniae sensibles à la ciprofloxacine que nous introduisons secondairement. L'évolution est favorable avec disparition de la fièvre, des douleurs et la loge rénale droite et du syndrome inflammatoire biologique. Dans ce contexte d'infections urinaires à répétition, chez cette patiente aux antécédents de lithiases urinaires, un rendez-vous est agendé à la polyclinique d'urologie le 10.12.2010 à 11h30. En cours d'hospitalisation, la patiente se plaint de douleurs abdominales au niveau de l'hypochondre droit. L'examen clinique retrouve une douleur à la palpation de l'hypochondre droit, sans défense, avec légère détente, avec une augmentation concomitante des tests hépatiques dans le sens d'une cytolyse nouvelle justifiant la réalisation d'une échographie abdominale qui montre une vésicule biliaire alithiasique, à parois fines permettant d'exclure une cholécystite. L'évolution est marquée par la résolution spontanée de la douleur. La cytolyse s'inscrit probablement dans le cadre des effets secondaires de la Rocéphine®. Une composante de foie de choc sur l'hypotension, bien que moins probable, ne peut être totalement exclue. Nous proposons de contrôler les tests hépatiques à distance. Madame B. _____ se plaint également de céphalées avec un status neurologique normal. Ces céphalées en casque, fronto-orbitaires sont stables et connues de longue date et calmées par le Dafalgan®. Madame B. _____ rentre à domicile en bon état général avec un RDV [rendez-vous] à la polyclinique d'urologie le 10.12.2010 à 11h30. Poids à la sortie : 57.2 kg Traitement à la sortie - Ciprofloxacine 500 mg 2x/j jusqu'au 19.11.2010 y.c. - Dafalgan® 1g 3x/j - Nexium® 40mg 1x/j - ED 20ml 2x/j " Le 22 août 2014, l'assurée a répondu à l'Office AI que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 80% "le plus vite possible" en tant qu'aide-soignante, ceci pour des raisons financières. Dans un rapport du 4 septembre 2014 adressé à l'OAI, le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assurée depuis le mois de mai 2013, a posé le diagnostic invalidant de trouble dépressif

récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11) "en tout cas depuis 2012" ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'acouphène (H93.1). Il ressort les éléments suivants de la rubrique "1.4 - Anamnèse" de ce rapport : " 1.4 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels) Madame B._____ est une patiente âgée de 48 ans, mariée deux fois et mère de trois enfants. Elle est d'origine kosovare, dernière d'une fratrie de huit enfants. Elle rencontre son premier mari au Kosovo qui habitait en Suisse depuis environ trois ans. En 1994 ils se marient et la même année elle le rejoint en Suisse. De cette union naît un garçon aujourd'hui âgé de 19 ans qui vit actuellement avec le père. Elle a également deux enfants, respectivement une fille de 10 et un fils de 7 ans, nés de sa deuxième union qui a eu lieu en 2002. Le couple se sépare, prononcé juridiquement en 2012. Actuellement, Madame B._____ vit seule avec ses deux derniers enfants. Depuis son arrivée en Suisse, elle a effectué différents emplois avec des périodes de chômage: Préparatrice de commandes pour la [...], serveuse chez [...], aide-infirmière dans un EMS, société de nettoyage et façade. Depuis 2010 Madame est au bénéfice de l'aide sociale. Elle relève que son premier mari, suite au divorce, a kidnappé leur fils qu'il a ramené au Kosovo. Ils ont été retrouvés par les autorités et le père a séjourné quelques jours en prison en Suisse. Madame fait également part de problèmes dans son deuxième mariage avec de la violence verbale à son égard. Selon les dires de la patiente, le deuxième mari avait des problèmes de dépendance à l'alcool et dépensait tout l'argent du ménage. Actuellement, Madame est en train de faire les démarches juridiques pour demander le divorce et une pension alimentaire. Elle relate que les premiers symptômes sont apparus suite au premier divorce avec une aggravation progressive pendant la deuxième union ainsi qu'après la séparation. Dans un premier temps, elle consulte son médecin traitant, le Dr A._____, qui l'a mise en arrêt à 100% depuis le début de 2013 pour des raisons physiques et l'adresse à notre cabinet pour un suivi psychothérapeutique en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive. A notre consultation, la patiente bénéficie d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, en serbo-croate dès mai 2013. La patiente semble tirer un bénéfice des séances de psychothérapie. Les ressources financières sont précaires. Elle peine à assumer les activités ménagères (ménage, cuisine, vaisselle, repassage, etc.) et les tâches administratives en raison de son état de santé (psychique et physique). Elle présente des troubles de l'attention et de la concentration, un acouphène (instauré progressivement depuis 1-2 ans qui selon ses dires semble être plus difficile à gérer la nuit), une nervosité importante avec des céphalées, une fatigue importante (épuisement psychique et physique), une perturbation du sommeil avec des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes, un isolement social (difficulté à supporter la foule et le bruit), une baisse au niveau du moral (tristesse), elle se fait beaucoup de soucis concernant ses enfants ainsi que la procédure de divorce en cours avec son deuxième mari, des angoisses qui se manifestent sous forme de palpitations, de boule au ventre, à la gorge ainsi que de sensation de souffle coupé, une diminution de l'intérêt et du plaisir. Elle présente également un tableau somatique avec des problèmes importants au niveau du dos (plusieurs hernies discales et arthrose de plusieurs disques avec une difficulté au niveau de la marche), des problèmes au niveau des reins, de l'estomac, du foie ainsi qu'au niveau des yeux. Ces problèmes de santé physique fragilisent la patiente sur le plan psychique : elle présente une inquiétude et des ruminations importantes. Le traitement médicamenteux instauré par le Dr A._____ initialement par Fluoxetine 20 mg (1 comprimé le soir) a été changé (car mal toléré par la patiente, elle présente des brûlures d'estomac, des nausées et troubles de la vision) en mai 2014 par le Cipralex 10 mg (1

comprimé le soir). Nous envisageons d'augmenter progressivement ce traitement qui est actuellement bien toléré par la patiente. ” Ce psychiatre traitant a constaté une absence de symptômes psychotiques florides et de dépendance de l'assurée aux substances psychoactives. Il se prononçait dans le sens d'un pronostic "sombre", toute activité ou réinsertion professionnelle paraissant illusoire. Il estimait la poursuite de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée indiquée et précisait que la médication serait à réévaluer. Le Dr Q._____ a retenu une incapacité de travail de l'assurée à 100% depuis janvier 2013, sans qu'aucune activité professionnelle ne soit exigible de sa part et sans que des mesures de réadaptation n'entrent en considération. Dans l'annexe à son rapport, ce médecin mentionnait les limitations fonctionnelles psychiques suivantes : difficultés relationnelles ressenties par le sujet (isolement social, angoisses invalidantes et ruminations), difficultés dans la gestion des émotions (angoisses invalidantes), apragmatisme (perte d'intérêt et de plaisir), difficultés liées aux tâches administratives (troubles de l'attention, de la concentration et anxiété), difficultés d'autonomie ou dans les autres activités de la vie quotidienne (fatigue importante psychique et physique), difficultés à maintenir un rythme diurne / nocturne (troubles du sommeil : difficultés d'endormissements et réveils nocturnes), difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement (sensibilité au traitement médicamenteux), hypersensibilité au stress (liée à son passé difficile et angoisses invalidantes), apparition périodique de phases de décompensation (suivant les événements qu'elle doit affronter). Il a par ailleurs relevé des limitations affectant certaines capacités cognitives de l'assurée (à savoir de concentration / attention, de compréhension, mnésiques et d'adaptation au changement). Il résulte notamment ce qui suit d'une communication interne de l'OAI du 8 septembre 2014 consécutive à une entrevue du même jour avec l'assurée (auto-évaluation) s'agissant de la mise en œuvre de mesures d'intervention précoce (MIP) : “ MIP: Mme B._____ m'informe qu'elle n'est pas intéressée par la mise en place d'une quelconque MIP ([...], cours de français ou autre). Elle dit ne pas se sentir en état de suivre une quelconque mesure actuellement. « Je ne peux pas, ni physiquement, ni psychiquement. Je ne suis pas capable ». Elle m'explique qu'elle n'arrive pas du tout à se projeter dans le monde du travail. Dit qu'elle ne se sent pas apte à travailler, même un tout petit peu, pour le moment. « Pour le moment, je n'arrive même pas à faire le ménage. Psychiquement, c'est trop dur. Je reste enfermée chez moi et je reste couchée. Je ne dors pas la nuit. A la maison, c'est ma fille qui s'occupe de faire ». Elle indique sur l'auto-assessment qu'elle ne peut rien faire et qu'il lui est très difficile de se déplacer. Attentes vis-à-vis de l'AI: L'assurée m'informe qu'elle attend une aide financière parce qu'elle ne se sent pas apte à travailler dans quelle qu'activité que ce soit pour l'instant. ” Par communication du 9 septembre 2014, l'OAI a informé l'assurée que selon ses investigations, aucune mesure d'intervention précoce n'était envisageable dès lors que l'intéressée avait clairement indiqué, lors de la séance du jour précédent, ne pas pouvoir aborder les mesures proposées. Dans un avis du 15 octobre 2014, lu et approuvé par le Dr W._____, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en gériatrie du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, a pris position comme il suit sur le cas de l'assurée: “ Assurée de 48 ans, séparée depuis octobre 2013, 3 enfants, scolarité ordinaire au Kosovo, dernière activité dans l'économie à temps partiel en 2005, puis s'est inscrite au chômage. La demande de l'assurée est accompagnée par les services sociaux de la ville de [...]. L'assurée serait au RI [revenu d'insertion] depuis 2012. Le statut ménagère / active n'est pas précisé. LM [limitations médicales] : début 2013 (?) Problèmes : Le Dr A._____, médecin de famille qui suit l'assurée depuis mars 2013, retient F33.3, soit un

Arthrose modérée des articulations postérieures lombaires (M47.8). • Dysthymie d'intensité légère (F34.1). APPRECIATION DU CAS Lors de l'examen de ce jour, l'assurée annonce la survenue de douleurs poly-articulaires depuis plus d'une dizaine d'années. Les douleurs se sont aggravées progressivement, touchant l'ensemble du corps et devenant de plus en plus fortes. L'assurée mentionne la survenue de sensations de fourmis sur l'ensemble du membre supérieur D. Les douleurs la réveillent deux à trois fois par nuit. A l'examen clinique, il y a des douleurs palpatoires qui touchent l'ensemble du corps, de la tête aux pieds. Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. La gestuelle spontanée est libre. La marche s'effectue d'un pas rapide, sans boiterie, à plat comme dans les escaliers. La mobilité du rachis et des articulations périphériques, bien que déclarée douloureuse, est normale. Les signes et symptômes de non organicité de Waddell sont à 5/5. Lors de l'évaluation de la force, l'assurée lâche contre une résistance variable ; la trophicité musculaire est toutefois normale. L'assurée signale une diminution de la sensibilité sur l'ensemble du membre supérieur D épargnant la partie distale à partir du poignet, sur l'ensemble de l'abdomen du côté D, sur l'ensemble du membre inférieur D épargnant la partie distale à partir de la cheville. Malgré cette hypoesthésie subjective, les modalités fines de la sensibilité sont conservées, de même que la sensibilité proprioceptive. L'IRM de la colonne lombaire du 15.12.2011 montre une arthrose modérée des articulations postérieures et des protrusions discales de L3 à S1. Il n'y a pas de hernie discale. Les radiographies du rachis du 18.01.2013 montrent une légère spondylose antérieure, une arthrose modérée des articulations postérieures en L4-L5, L5-S1, un léger pincement discal en L5-S1. Les radiographies des mains et des genoux du 06.09.2010 ne montrent pas de lésion. La radiographie du bassin du 06.09.2013 montre un petit ostéophyte à la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque D. Les radiographies du pied D du 15.10.2009 montrent une irrégularité de la tête du 3^{ème} métatarsien pouvant correspondre à une ostéochondrose (épiphysite survenant à l'adolescence) ou aux séquelles d'une ancienne fracture. Les radiographies des pieds du 18.01.2013 montrent une atteinte dégénérative débutante de l'articulation métatarso-phalangienne des gros orteils. L'irrégularité de la tête du 3^{ème} métatarsien est restée stable. L'absence d'anomalie objective à l'examen clinique articulaire et l'aisance qu'a l'assurée pour se mobiliser contrastent avec l'importance des douleurs qu'elle allègue. Des signes d'arthrose, objectivés sur l'IRM lombaire du 15.12.2011, n'expliquent que très partiellement les douleurs. D'autre part, en l'absence d'enraidissement articulaire, en l'absence de douleurs à caractère inflammatoire ou de signes neurologiques irritatifs ou déficitaires, ces images radiologiques correspondent à une atteinte dégénérative de peu de gravité, fréquente chez une personne de plus de 40 ans. Les radiographies de l'articulation sacro-iliaque D et des pieds objectivent une atteinte dégénérative débutante, une probable ostéochondrose de la tête du 3^{ème} métatarsien D. La marche notamment sur la pointe des pieds ne pose pas de difficulté. La position assise est bien tolérée. Il n'y a pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles pour ces images radiologiques. L'assurée présente principalement des plaintes subjectives (douleurs), des troubles de la sensibilité atypiques ne traduisant pas une lésion neurologique. Des mesures de protection articulaire ne se justifient pas. Au contraire, une activité physique régulière est à encourager afin de prévenir le déconditionnement musculaire. Le Dr A. _____ indique dans son rapport du 11.08.2014, que l'assurée est sans travail depuis cinq ans en raison de son état de santé. Toutefois, Mme B. _____ a pu mener à bien plusieurs stages de 2012 à 2013 en tant qu'aide gestionnaire à La L. _____, aide en pâtisserie, employée de cafétéria, employée dans un tea-room. Dans le rapport de stage de M. M. _____ du

16.10.2012, en tant qu'employée de cafétéria et aide de cuisine, l'assurée est décrite comme curieuse, intéressée et efficace. Les limitations annoncées par l'assurée : impossibilité de porter des charges supérieures à 2 kg, impossibilité de rester debout plus de 15 minutes ou assise plus de 30 minutes ne concordent pas avec le rapport de stage ni avec les constatations objectivées lors de l'examen de ce jour. Sur le plan ostéo-articulaire, les douleurs diffuses sont un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle mais ne justifient pas de limitations fonctionnelles, ni d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, cette assurée, âgée de 49 ans, n'a pas d'antécédent psychiatrique et son état n'a pas nécessité de prise en charge psychiatrique ambulatoire ni d'hospitalisation en milieu psychiatrique. En 2013, dans le cadre des douleurs chroniques, et suite à la séparation de son mari, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle et débute une prise en charge ambulatoire en mai 2013 auprès du Dr Q. _____, psychiatre FMH à [...] et bénéficie également d'une psychothérapie déléguée auprès de Mme C. _____, psychologue. Dans le rapport médical du 04.09.2014, le Dr Q. _____ retient les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail : acouphène. Il atteste une incapacité de travail à 100% depuis janvier 2013. Selon la CIM 10 [Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)], le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif. Or, aucun document médical en notre possession ne met en évidence l'existence d'un autre épisode dépressif et selon l'assurée, depuis mai 2013, son état ne s'est jamais amélioré avec persistance d'une symptomatologie dépressive. Elle atteste que progressivement son état s'est même aggravé surtout depuis 2014 et qu'actuellement elle est « au pire de sa forme ». Au niveau médicamenteux, l'assurée est toujours sous le même traitement médicamenteux antidépresseur de Ciprexal® 10 mg, 1cp/j et anxiolytique Temesta® 2,5 mg 1cp/j et 1cp en réserve. Son état n'a pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Si le psychiatre traitant retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent en se basant sur les difficultés de l'assurée pendant son premier mariage en raison du kidnapping de son fils, suivi du divorce, dans ce cas, on pourrait retenir plutôt le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle. 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 dissociant de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Nous n'avons pas objectivé d'irritabilité, d'agressivité, de repli sur soi, d'anhédonie, d'adynamie, de perte de l'élan vital, ni de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention. Nous n'avons pas mis en évidence d'augmentation de la fatigabilité. L'assurée décrit elle-même une évolution fluctuante, avec des jours où elle se sent mieux, mais la plupart du temps elle se sent triste, déprimée, sans amélioration significative depuis 2013. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie d'intensité légère qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est

insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La dysthymie ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant. Le diagnostic retenu par le Dr Q. _____ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique n'a pas été objectivé. Par ailleurs, l'épisode dépressif moyen objectivé par le psychiatre traitant, n'a pas la gravité d'un épisode dépressif sévère pour justifier une incapacité de travail à 100%. Selon l'assurée, son état s'est progressivement aggravé, et «actuellement elle est au pire de sa forme». Si l'on tient en compte les déclarations de l'assurée, pendant les examens cliniques du 26.01.2015 et 20.04.2015, nous ne pouvons pas retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen. L'assurée présente une amplification de toutes ses plaintes, sans sentiment de détresse ni de comportement algique. Nous n'avons pas objectivé de symptôme en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptôme[s] physiques pour des raisons psychologiques. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, notre assurée souffre d'une dysthymie d'intensité légère, pathologie sans incidence sur la capacité de travail qui est entière dans toute activité. Limitations fonctionnelles Aucunes sur le plan ostéoarticulaire. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. • La démotivation, les difficultés linguistiques, les difficultés financières, 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. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail durable. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'incapacité de travail est restée nulle. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité. Concernant la capacité de travail, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis et des articulations périphériques. L'absence de signe de gravité objectivable et la conservation d'une bonne mobilité articulaire permettent de maintenir une capacité de travail totale, malgré l'arthrose lombaire des articulations postérieures. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle : 100 % comme aide-soignante Dans une activité adaptée : 100 % Depuis : l'âge légal pour l'exercice d'une profession rémunérée. ” Dans un rapport du 7 mai 2015, le Dr J. _____ a fait siennes les constatations et conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire précité en ne retenant aucune atteinte principale à la santé, avec comme facteurs / diagnostics associés, non du ressort de l'assurance-invalidité, des douleurs chroniques irréductibles et une dysthymie d'intensité légère. Le médecin du SMR mentionnait en conséquence l'absence d'empêchements durables à l'exercice de l'activité de référence de l'assurée depuis le début de l'âge adulte. Par projet de décision du 26 octobre 2015, l'Office AI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des mesures d'ordre professionnel (MOP) ainsi qu'à la rente, dès lors qu'il ressortait de l'examen clinique bidisciplinaire du SMR que son état de santé ne justifiait aucune limitation fonctionnelle tant au plan somatique que psychiatrique de sorte que sa capacité de travail était de 100% en toute activité quelle qu'elle soit ; l'intéressée ne présentait par conséquent pas une incapacité de gain et partant, d'invalidité au sens légal. A la suite de la contestation élevée par l'assurée le 11 novembre 2015 contre le projet précité, l'OAI lui a répondu le 20 novembre suivant qu'il estimait que le dossier médical en sa possession était suffisamment complet afin de lui permettre de statuer en toute connaissance de cause. Cet office lui a imparti toutefois un délai au 15 janvier 2016 pour produire un rapport médical susceptible de modifier sa position ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision. Le 8 décembre 2015, les pièces et documents suivants ont été produits par l'assurée devant l'OAI à l'appui de ses observations du 11

novembre 2015 : - un rapport du 7 décembre 2015 du Dr A. _____, dont il résulte ce qui suit : “ 1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique F33.3 - Trouble anxieux avec phobie sociale et attaques de panique F40.1 - Trouble de la personnalité de type dépendant F60.7 - Trouble obsessionnel compulsif F42 - Esprit d'abandonniste - Insomnies - Céphalées persistantes - Reflux gastrique (Gastrie chronique à Helicobacter pylori avec s/p éradication) - Trouble douloureux chronique - Lombalgies – Arthrose facettaire postérieure L4 et L5 (douleurs des articulations sur les MI [membres inférieurs] et MS [membres supérieurs]). - Discopathie pluri-étagée L3-L4, L4-L5, L5-S1 - Cervicalgies – Uncodiscarthrose cervical basso, canal cervical limite, d'origine constitutionnelle. - Infection urinaire base récidivante, status post-lithiase rénale D 2. Limitation fonctionnelles d'origine strictement médicale : état d'épuisement physique et psychique résistance et endurance fortement réduites, troubles cognitifs avec une forte baisse de la concentration et l'attention et de la mémoire, humeur triste et anhédonie, retrait social, pics d'angoisse avec épisodes d'anxiété paroxystique, notamment lors d'exposition à des situations de prestations sociales ou de rencontres, perte totale de confiance en elle, apragmatisme, difficulté à prendre des décisions. Ralentissement moteur, hypersensibilité au stress. Episodes de pleurs très fréquents. Symptomatologie psychiatrique négative avec un apragmatisme, barrage de la pensée, attitudes d'écoute, retrait social, un ralentissement psychique, une humeur neutre avec la description d'une certaine indifférence face au monde. 3. Les symptômes psychiatriques, en particulier les symptômes psychotiques, sont invalidants et la patiente présente toujours une incapacité de travail depuis 2007 malgré ses envies de s'intégrer dans le monde professionnel son état physique et somatique ne lui permet pas d'exercer un métier, même adapté. 4. Etat dépressif sévère accompagné par des idées suicidaires et des hallucinations auditives, parfois visuelles, madame a de la peine à exprimer son ressenti, persécution réduction d'énergie, perturbations concernant sa propre image, tendance à s'engager dans des relations instables avec des crises émotionnelles, efforts démesurés afin d'éviter d'être abandonnée. Sentiment permanent de vide à l'intérieur, diverses plaintes somatiques hypochondrie, céphalées de tension, etc... 5. Traitement en cours : Cipralex 15 mg 1x/j Médiaven F 30 mg 1x/j Olfen 75 mg rtd 2x/j Temesta 2.5 mg 2x/j + 1 en@ Beloc-zok 25 mg 2x/j Sirdalud 4 mg 1x/j le soir Nexium 40 mg 1x/j le matin Noroxin 400 mg 2x/j pendant 10j (Stop le 14/12/15) Zinat 500 mg 2x/j pendant 7j (Stop le 14/12/15) Allopure 300 mg 2x/j Arthrotec 75 mg 2x/j Dafalgan 1g 3x/j en@ utilise très souvent la réserve La patiente présente sous médication antidépresseurs encore une symptomatologie psychotique négative, avec un apragmatisme, un retrait social, des attitudes d'écoute, un ralentissement psychique, une humeur neutre avec la description d'une certaine indifférence face au monde. La compliance médicamenteuse est bonne, de plus elle se rend scrupuleusement à ses entretiens de psychothérapie. Elle bénéficie d'une prise en charge intégrée, avec un suivi (psychothérapeute) en ambulatoire à domicile. 6. Pronostic : Réserve sur le plan de la capacité de travail, évolution incertaine avec des symptômes invalidants actuellement, malgré une prise en charge intégrée et maximale. ”; - un rapport du 7 décembre 2015 du thérapeute D. _____, thérapeute, dont il résulte notamment ce qui suit : “ Problèmes physiques, psychiques, mentaux : Faiblesse générale, fatigue intense, perturbation alimentaire, insomnies, nausées, déprimé. Barrage de la langue, difficultés à s'exprimer, a de la peine à entendre et à comprendre les autres, trouver ses mots aller au bout de sa pensée et d'exprimer des demandes concrètes. A besoin d'être guidé à la

répétition. Persécutée, présente une phobie sociale, les idées suicidaires sont rapprochées et les exprime souvent dans les entretiens. Exprime des sentiments de détresse, colère, plaintes répétées. Présence des changements aigus (agitation, léthargie, difficile à réveiller, désorientation, négligence parfois). Comportement social inadapté, résistance aux soins. Exprime continuellement des colères envers soi-même ou les autres. Plaintes somatiques répétées. Limitations fonctionnelles d'origine médicale : état d'épuisement physique et psychique, résistance et endurance fortement réduite, troubles cognitifs avec une forte baisse de la concentration et de l'attention et de la mémoire. Humeur triste et anhédonie, retrait social, pics d'angoisse avec épisodes d'anxiété, perte totale de confiance en lui difficulté à prendre des décisions. Ralentissement moteur, hypersensibilité au stress. Episode de pleurs très fréquents. ”; - un rapport du 17 novembre 2015 adressé à l'OAI par le Dr Q. _____ assisté du Dr U. _____, psychiatre et de C. _____, psychologue FSP, qui prend position comme il suit sur les conclusions de janvier / avril 2015 de sa consœur du SMR, la Dresse O. _____ : “ [...] Nous avons pris connaissance du rapport d'expertise et souhaiterions apporter quelques commentaires et faire part de certains questionnements au sujet de l'évaluation de la patiente. En effet, nous avons pris note de l'avis objectif de notre consœur experte et de ses conclusions et souhaiterions faire part de notre avis concernant la patiente que nous suivons en psychothérapie depuis presque trois ans. Bien que nous sachions pertinemment que notre mandat thérapeutique et celui de notre consœur diffèrent et que la patiente se présente différemment dans le cadre expertal et dans un cadre de thérapie de confiance – où l'alliance thérapeutique est acquise – nous devons noter que les observations cliniques de l'experte diffèrent des nôtres et de notre connaissance de la patiente. Nous n'allons pas reprendre un par un les éléments du rapport d'expertise mais nous constatons, depuis cet été, une aggravation des symptômes anxio-dépressifs. Il relève en effet de notre devoir éthique et professionnel de vous informer de notre grande préoccupation pour cette patiente. Les problèmes de concentration et de l'attention se sont accentués, les oublis se sont aggravés avec des moments d'absence. La patiente présente une agitation marquée et une fatigue accrue avec une réduction de l'énergie. Des efforts minimes entraînent une grande fatigue. L'experte note que la patiente se plaint d'« illusions ». La patiente évoque lors de nos séances des hallucinations et non pas des « illusions ». Elle relate des hallucinations auditives et cénesthésiques avec des idées de persécutions, avec des voix qui lui parlent, l'appellent. Elle présente également des idées délirantes (des idées de catastrophe, de ruine dont elle s'attribue la responsabilité). L'experte relate que la patiente ne présente pas d'isolement social. Lors de nos entretiens elle évoque un isolement social de plus en plus marqué et une peur de sortir, avec des épisodes d'étouffement dans les transports publics. La patiente ressent une culpabilité importante et des angoisses envahissantes qui se manifestent par des symptômes neurovégétatifs, comme des palpitations, un sentiment d'étouffement, des fourmillements, des sensations de « chaud » et de « froid », avec des problèmes gastro-intestinaux conséquents et des migraines qui la paralysent et perturbent ses activités quotidiennes. Dans ce contexte, Madame a dû faire appel à un soutien pour ses enfants, n'arrivant plus à faire face aux tâches quotidiennes. Dans le rapport d'expertise il ressort que la patiente est détendue. Lors de nos séances Madame présente des angoisses envahissantes avec des pleurs et une fatigue accrue. Nous notons ainsi un écart entre les descriptions de l'experte du fonctionnement de la patiente et nos observations ainsi que notre connaissance de la patiente. Chaque changement ou situation ressentie comme stressante déclenche des attaques de panique, qui ont augmentées depuis cet été au niveau de la fréquence. La patiente présente une perte totale de confiance

en elle, une anhédonie, une aboulie et une asthénie. Cette symptomatologie fait partie d'un tableau clinique dépressif, l'épisode étant sévère avec la présence de symptômes de la lignée psychotique : F32.2 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Au vu de ce qui précède, il est évident qu'aucune activité professionnelle dans un milieu ouvert n'est envisageable au stade actuel. A noter aussi que le traitement médicamenteux est limité par les effets secondaires dus à une sensibilité accrue suite à une gastrite chronique à *Helicobacter Pylori*. Cependant nous sommes en train de réévaluer sa médication et dans la mesure du possible d'introduire un neuroleptique si les symptômes psychotiques persistent. Au vu de la symptomatologie, l'incapacité de travail est totale et malheureusement dure depuis plusieurs années. Un soutien de l'AI est nécessaire et à notre avis sans autre alternative. Nous soutenons donc vivement l'opposition de Madame B. _____ au projet de décision de l'AI. ” Dans un avis du 29 janvier 2016, le Dr J. _____ a maintenu ses conclusions, aucune modification notable et durable n'étant démontrée depuis mai 2015. Par décision du 3 février 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations pour les mêmes motifs que ceux figurant dans son projet du 26 octobre 2015. Il a en outre précisé, par courrier du même jour, notamment ce qui suit à l'assurée : “ En référence à votre correspondance du 11 novembre 2015, suite à notre préavis du 26 octobre 2015, nous sommes en mesure de nous déterminer de la manière suivante : Dans votre courrier précité, vous contestez la capacité de travail retenue en raison de votre état de santé tant au plan somatique que psychique. Vous référant à l'avis de vos médecins, vous alléguiez ne pas être en mesure de travailler. Le 7 décembre 2015, nous avons reçu des éléments médicaux complémentaires de vos médecins (médecin généraliste FMH, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, thérapeute en TTC) et avons soumis votre dossier au Service Médical Régional AI. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, si nécessaire, fait procéder à des expertises médicales. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles types d'activités elle est capable de travailler. En date du 26 janvier 2015 et 20 avril 2015, vous avez été examinée par un rhumatologue et [un] psychiatre auprès du Service Médical Régional (ci-après : SMR). Il ressort de l'examen clinique du SMR que votre atteinte à la santé n'entraîne pas une incapacité de travail durable à l'exercice d'une activité lucrative. [...] L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante. Les avis médicaux que vous nous avez fait parvenir ne contiennent par ailleurs aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du SMR. Il en résulte une appréciation différente mais aucune modification notable et durable n'est démontrée dans le contenu des avis de vos médecins depuis l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR. Il y a dès lors lieu de retenir les conclusions du SMR. Au vu de ce qui précède, votre contestation du 11 novembre 2015 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 26 octobre 2015 est fondé et doit être entièrement confirmé. [...] ” B. Par acte du 2 mars 2016, B. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus de prestations précitée en concluant à son annulation et au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, comprenant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, puis nouvelle décision. Elle allègue à cet égard que dans son rapport du 17 novembre 2015, le Dr Q. _____ expose "de long en large" les motifs pour lesquels les troubles psychiques de

sa patiente l'entraveraient dans l'exercice d'une activité sur le marché du travail. La recourante a requis en outre, l'octroi de l'assistance judiciaire limitée à la dispense de la fourniture des avances de frais. Par décision du 4 mars 2016, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet dès le 2 mars 2016, dans la mesure de l'exonération d'avances et des frais judiciaires. Dans sa réponse du 19 avril 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il observe qu'en l'occurrence, les médecins du SMR ont non seulement examiné la recourante, pris connaissance de son dossier médical complet, établi son anamnèse en tenant compte de ses plaintes, mais également expliqué clairement les motifs pour lesquels ils se distançaient de l'opinion divergente du Dr Q._____, et ont motivé leurs conclusions. L'intimé relève de plus que dans son avis du 29 janvier 2016, le SMR s'est une nouvelle fois déterminé sur l'appréciation du psychiatre traitant de la recourante, en particulier s'agissant de son rapport du 17 novembre 2015; ils ont constaté ainsi l'absence de modification notable et durable de l'état de santé attestée depuis mai 2015, confirmant par la même le bien-fondé des conclusions du 29 avril 2015 de leurs confrères, les Drs P._____, et O._____. Par réplique du 25 mai 2016, la recourante, dès lors représentée par Inclusion Handicap, a maintenu en intégralité les conclusions prises à l'appui de son acte de recours du 2 mars 2016. Elle conteste la valeur probante attribuée par l'intimé au rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 29 avril 2015. Elle argue que dans son dernier rapport du 17 novembre 2015, le Dr Q._____ s'est prononcé en indiquant les raisons pour lesquelles il ne pouvait partager les conclusions de la Dresse O._____. Aucun indice ne permettrait de discuter le caractère probant du dernier rapport du psychiatre traitant, l'OAI ne le prétendrait d'ailleurs pas. Les rapports du Dr Q._____ seraient dès lors aptes à laisser subsister des doutes, même faibles, sur la fiabilité ainsi que la pertinence de l'appréciation des médecins internes de l'assurance-invalidité. A suivre la recourante, les conclusions de l'examen bidisciplinaire du printemps 2015 effectué au SMR ne seraient pas exemptes de critiques. La Dresse O._____ mentionnerait ainsi dans un même paragraphe une thymie légèrement triste et aucune diminution du plaisir, tout en retenant quelques mots plus loin que l'examinée se sent triste et fatiguée la plupart du temps, que tout lui coûte et que rien ne lui est agréable. Elle n'expliquerait pas pour quelles raisons elle mentionne, en page 12 du rapport bidisciplinaire du 29 avril 2015, une liste de troubles ou de comportements allant de la décompensation psychotique aux troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention sans expliquer les motifs pour lesquels elle ne les retient pas. La recourante qualifie ensuite d'"obscur" les motifs évoqués par la Dresse O._____ en page 11 du rapport bidisciplinaire afin de se distancer du diagnostic du Dr Q._____. Elle reproche en outre à la Dresse O._____, dans l'éventualité où le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle devrait être retenu après confirmation auprès du Dr Q._____, de ne pas avoir examiné suffisamment en détail le "caractère potentiellement invalidant" de la série d'épisodes réactionnels vécus, à savoir pendant le premier mariage en raison du kidnapping de son fils, suivi du divorce. Enfin, alors que l'examineur Dr P._____ du SMR retient cinq signes de Waddell sur cinq et 18 signes de fibromyalgie sur 18, la Dresse O._____ affirme pour sa part ne pas avoir objectivé de symptômes de trouble somatoforme douloureux. La recourante fait dès lors grief à la psychiatre du SMR de se pas s'être livrée, à tort, à l'examen des critères jurisprudentiels actuels en matière de fibromyalgie, de troubles somatoformes douloureux ou d'autres douleurs sans origine organique. Enfin, la recourante réitère sa requête d'une instruction complémentaire de la

part de l'OAI sous la forme de la réalisation d'une expertise par un psychiatre "neutre". Dans sa duplique du 11 juillet 2016, l'OAI a conclu derechef au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il a produit un nouvel avis du 27 juin 2016 du Dr J._____, auquel il se réfère, et dont il résulte notamment ce qui suit : “ Le courrier de Inclusion Handicap du 25 mai 2016 est signé Florence Burqui qui est avocate. En premier lieu, Me Burqui avance un argumentaire juridique pour lequel nous n'avons pas de compétence. Puis, des arguments/réflexions concernant les rapports médicaux du Dr Q._____, rapport[s] de 2014 et 2015, rapports sur lesquels nous nous sommes déjà prononcés nous ne répèterons pas. Rappelons seulement que l'assurée a déclaré lors de son examen au SMR le 26 janvier 2015 avoir rendez-vous chez le Dr Q._____ à une fréquence d'une fois tous les 3 mois. Puis, Me Burqui essaye d'induire un doute sur la validité du volet psychiatrique en suggérant que le désaccord entre. Le Dr O._____ ne retrouve pas à l'étude du dossier d'épisode dépressif majeur antérieurement à la prise en soin du Dr Q._____ que ce soit dans les pièces médicales ou dans l'anamnèse présente. Le psychiatre examinateur ne reconnaît pas le qualificatif de récurrent d'un hypothétique trouble dépressif au motif qu'aucun trouble de l'humeur à type de dépression majeure n'est identifiable antérieurement à la prise en soin du Dr Q._____. La qualification de récurrent est donc récusee par le Dr O._____ et le Dr O._____ nous en a clairement exposé les raisons. Quant à la question de savoir si une fibromyalgie ou un trouble somatoforme ne seraient pas d'actualité, il faut quand même relever que ces diagnostics n'ont été ni posés ni évoqués par les médecins de l'assurée après 2 années de suivi. Quant aux plaintes douloureuses chroniques et irréductibles relevées et prises en compte par les médecins SMR examinateurs, elles sont classées R52.1 au sens de la CIM-10. En l'absence dans les pièces que vous nous avez soumises d'éléments médicaux objectifs rendant plausible une aggravation durable de l'état de santé antérieurement à la décision querellée, il convient de conclure que nous maintenons notre position. ” L'intimé a précisé encore que l'examen clinique organisé au SMR en octobre 2014 l'a été compte tenu de divergences dans les diagnostics et les dates de début d'incapacité de travail retenues par le médecin de famille et le psychiatre traitant de l'assurée. Dans ses déterminations du 1^{er} septembre 2016, communiquées pour information à l'OAI, la recourante a persisté dans les conclusions à l'appui de ses écritures. Elle répète que l'opinion divergente du Dr Q._____ étant apte à rediscuter la fiabilité et la pertinence des constatations et conclusions du rapport SMR du 29 avril 2015, une expertise à confier à un "tiers neutre" s'avérerait incontournable en l'espèce.

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 al. 1 LPGA). b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. 2. Est litigieux en l'occurrence, le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel (en particulier un

reclassement dans une nouvelle profession) et/ou une rente d'invalidité, prestations que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1, 3.1 et 3.7.1; 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165; TF 8C_77/2016 du 18 avril 2016 consid. 3.3 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une

appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4; TF 9C_535/2015 du 21 mars 2016 consid. 2). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 4. A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b). Par reclassement, il faut entendre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence ne se rapporte pas tant au niveau de formation qu'à la possibilité de gain qu'on peut attendre d'un reclassement. En principe l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires et appropriées au but de la réadaptation, mais pas aux mesures les meilleures possible d'après les circonstances du cas (ATF 124 V 108 et les références citées, en particulier ATF 122 V 79, 121 V 260, 118 V 212, 110 V 102). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b précité ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 et 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/2007 du 15 février 2008 consid. 4.3, I 938/2006 du 29 octobre 2007 consid. 4.1 et I

170/2006 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4 et 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/2003 du 4 mai 2004 consid. 2.2 ; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références citées). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/2006 du 13 juin 2007 consid. 3.2 ; TFA I 370/1998 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

5. a) En l'espèce, sur le plan somatique, les Drs P._____ et O._____ ont posé les diagnostics de douleurs chroniques irréductibles et d'arthrose modérée des articulations postérieures lombaires. Ils ne retiennent pas d'incapacité de travail. Certes, en page 8 du rapport du 29 avril 2015, le Dr P._____ mentionne que les points douloureux spécifiques de fibromyalgie sont à 18/18. Il ne retient toutefois pas le diagnostic rhumatologique de fibromyalgie. Il n'y a d'ailleurs aucun autre rapport médical émanant d'un spécialiste posant ce diagnostic. Les conclusions des Drs P._____ et O._____ sur le plan somatique ne sont pas mises en doute par un autre rapport médical. Bien motivé, leur rapport souscrit aux réquisits de la jurisprudence et doit dès lors être suivi.

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a décrit lors de son examen par les médecins du SMR une évolution fluctuante, avec des jours où elle se sent mieux, mais la plupart du temps triste, déprimée, sans amélioration significative depuis 2013. Ces médecins ont retenu le diagnostic de dysthymie d'intensité légère sans influence sur la capacité de travail, qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier lors de l'examen un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Ils ont expliqué que l'examen clinique n'avait en effet pas objectivé d'irritabilité, d'agressivité, de repli sur soi, d'anhédonie, d'adynamie, de perte de l'élan vital, ni de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention. Une augmentation de la fatigabilité n'a pas été mise en évidence non plus. Ils ont exclu divers diagnostics (dépression majeure, décompensation psychotique, anxiété généralisée, trouble phobique, trouble de la personnalité morbide, état de stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, trouble dissociant de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, syndrome douloureux somatoforme persistant, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques) sur la base de leur examen clinique et l'on ne voit pas qu'ils aient à indiquer les motifs pour lesquels ils ne retiennent pas des diagnostics qui n'ont d'ailleurs été posé par aucun médecin. Ils ont toutefois précisé qu'ils ne retenaient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, dès lors que la recourante présentait une amplification de toutes ses plaintes, sans sentiment de détresse ni de comportement algique. Ils ont également expliqué les motifs pour lesquels ils se sont écartés du diagnostic retenu par le Dr Q._____ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique dès lors notamment qu'aucun document médical ne mettait en évidence l'existence d'un autre épisode dépressif, et aussi parce que l'examen clinique n'avait pas objectivé un tel trouble. Ils ont en outre expliqué que seul un épisode dépressif sévère pouvait justifier une incapacité de travail totale ce qui n'était pas le cas. Les motifs exposés dans le rapport des médecins du SMR apparaissent ainsi clairs et dénués de contradiction contrairement à ce que soutient la recourante. On notera en outre que le Dr Q._____ mentionnait que la recourante était en incapacité de travail totale au moins depuis 2012 alors qu'en 2012 et 2013 elle a effectué plusieurs stages en donnant entière satisfaction ce

qui contredit les conclusions de ce praticien. Dans son rapport du 17 novembre 2015, le Dr Q._____ prétend avoir constaté une aggravation de l'état de la recourante. Il se limite toutefois à rapporter les propos de celle-ci sans les documenter. On notera en particulier que dans leur rapport du 29 avril 2015, les médecins du SMR mentionnent certes des illusions mais entre guillemets et font état d'une voix qui appelle la recourante dans la cuisine. Ils ont donc relaté et tenu compte la plainte de la recourante relative à des hallucinations auditives, mais leur examen clinique n'a pas objectivé de trouble y relatif. Le Dr Q._____ mentionne un isolement social. Il ne l'étaye toutefois pas alors que les médecins du SMR, qui estiment que tel n'est pas le cas, exposent les activités de la recourante (s'occupe de ses enfants, les accompagne à l'école, s'occupe de son ménage, sort faire les courses, prépare les repas, voit des amis, part en vacances une fois par année au Kosovo). L'aggravation évoquée par le Dr Q._____ depuis l'été 2015 s'avère d'autant moins convaincante étant donné l'absence de séjours en milieu hospitalier de sa patiente ou de renforcement du suivi ambulatoire, voire d'une modification de son traitement médicamenteux à compter de sa prise en charge dans le courant 2013. Ce praticien fait uniquement mention d'une réévaluation en cours avec l'introduction hypothétique d'un neuroleptique en cas de persistance des symptômes observés. Les conclusions du Dr Q._____ ne sauraient dès lors être suivies. Il en va de même de celles du Dr A._____ qui se limite à énumérer de multiples diagnostics sans les documenter. Il n'est en outre pas spécialiste psychiatrie. c) En conclusion, l'examen clinique des médecins du SMR fait état des plaintes de l'assurée et comporte une anamnèse détaillée (pp. 2-6), il procède d'une étude approfondie du cas de la recourante tant sur la base du dossier que sur les examens cliniques successifs (pp. 6-10). Exempt de contradictions, il n'est mis en doute par aucun rapport médical et ses conclusions sont claires et bien motivées (pp. 10-13). Le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 29 avril 2015 des Drs P._____ et O._____ a ainsi valeur probante. Force est dès lors de retenir que la recourante ne souffre d'aucune affection ayant un effet sur sa capacité de travail qui est entière dans toute profession. 6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante (expertise psychiatrique). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 7. Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante, sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Ces frais judiciaires seront cependant supportés provisoirement par l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé par B._____ est rejeté. II. La décision rendue le 3 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement 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 de justice mis à la charge de l'Etat. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Inclusion Handicap (pour B. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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