

## VD\_GERICHTE ZD15.008282 vom 7. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.008282](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.008282)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.008282 du 7 avril 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD15.008282 del 7 aprile 2017

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 43/15 - 114/2017 ZD15.008282 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 7 avril 2017 \_\_\_\_\_ Composition : Mme RÖTHENBACHER,  
présidente Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Reinberg, assesseur Greffier : M. Grob \*\*\*\*\*  
Cause pendante entre : O. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Albert J. Graf,  
avocat à Nyon, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE  
VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. O. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958,  
travaillait depuis le 15 avril 1994 comme employée d'expédition pour le compte de  
R. \_\_\_\_\_. Le 28 février 2011, elle a déposé une demande de prestations auprès de  
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé),  
invoquant une atteinte douloureuse des épaules et de l'articulation fémorale sur «  
polimialgia ». Dans un rapport du 14 mars 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine  
interne générale, a posé comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de  
l'assurée une polimialgia rheumatica existant depuis mars 2010. Il a arrêté la capacité de  
travail de l'intéressée à 70%. Dans un rapport du 15 novembre 2011, le Dr [...], spécialiste  
en médecine interne générale au Service médical régional de l'assurance- invalidité  
(ci-après : SMR), a fixé la capacité de travail de l'assurée à 70% dans toute activité,  
indiquant comme limitations fonctionnelles : pas de travaux lourds et pas de travaux avec  
les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Par projet de décision du 24 novembre  
2011, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations. Le 13  
mars 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit à l'OAI : « En réponse à votre demande du  
23.2.2012, je vous adresse ce rapport complémentaire 1) évolution clinique : marquée par la  
persistance de douleurs et de limitations de mouvements des ceintures principalement, avec  
une prédominance pour le côté droit. 2) le traitement en cours consiste en corticothérapie  
sous forme de Calcort qui devra être remplacé par prednisone pour permettre de poursuivre  
une diminution progressive et très lente. Physiothérapie. proposition de suite de traitement  
Traitement de l'état dépressif.

- 3 - Substitution vit[amine] D et réévaluation de la densité osseuse. Infiltrations à  
rediscuter. 3) le status et les limitations fonctionnelles : scapulalgie droite et périarthrite de  
la hanche droite principalement ( voir détail dans rapport de rhumatologue annexé )  
limitations de type dérouillage et aux manœuvres de stress, difficulté lors du travail penché,  
du travail mains en hauteur, du travail avec charges. 4) la capacité de travail actuelle est de  
50%, une amélioration de cette capacité est incertaine et peu probable, les précédentes  
tentatives de sevrage de cortisone ayant déjà aggravé la situation. 5) comme déjà dit  
précédemment, l'activité de la patiente a été adaptée par l'employeur dans le sens d'un  
évitement de tout travail en hauteur, de travail avec effort ou port de charges. Je ne connais

pas d'autre emploi possible, les emplois de testeur de d'ascenseur, modèle limité à 3-4 étages étant tous pris d'assaut. ». Le Dr D. \_\_\_\_\_ joignait à ce document un rapport du 5 mars 2012 de la Dresse W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a posé les diagnostics suivants et discuté le cas de l'assurée en ces termes : « DIAGNOSTICS • Polymyalgia rheumatica probable, évoluant depuis mars 2010. • Epicondylite droite. • Omalgie droite dans le cadre d'un conflit sous-acromial avec une tendinopathie du sus-épineux, du sous-scapulaire et d'une tendinite du LCB [long chef du biceps]. • Périarthrite de la hanche droite avec pyramidal et TFL [tenseur du fascia lata] symptomatique. • Hypovitaminose D modérée. (...) DISCUSSION ET EVOLUTION Madame O. \_\_\_\_\_, patiente de 53 ans, est connue depuis mars 2010 pour une polymyalgia rheumatica. Actuellement sous 3mg de Calcort, et une incapacité de travail à 50%, la patiente décrit des douleurs lombaires basses prédominant à droite, irradiant la face latérale de la cuisse jusqu'au genou d'horaire mixte, avec des douleurs de la ceinture scapulaire prédominant très nettement au niveau de l'épaule droite, également d'horaire mixte avec un dérouillage matinal d'environ 5 minutes, sans raideur. L'anamnèse à la recherche d'un rhumatisme inflammatoire reste négative, hormis la présence d'une xérophtalmie. Il n'y a pas de symptôme de Horton mis en évidence. Au status, présence d'une périarthrite de la hanche droite avec la mise sous tension du TFL et du pyramidal positif, présence également d'une épicondylite latérale droite avec des manœuvres

- 4 - de stress douteuse[s] ainsi qu'un discret conflit sous-acromial droit avec testing du sus et du sous-épineux sensible. Le bilan biologique complémentaire effectué, ne met pas en évidence de syndrome inflammatoire, la VS [vitesse de sédimentation] est à 4, la FSC [formule sanguine complète] est alignée (pas d'anémie, pas de thrombopénie, pas de leucopénie), les enzymes musculaires sont dans la norme, la thyroïde est dans la norme, le bilan immunologique revient négatif, le seul élément mis en évidence, est une discrète hypovitaminose D à 62 (norme >75), avec un bilan phosphocalcique dans la norme. La radiographie des poumons revient normale, l'ultrason de l'épaule confirme la présence d'une tendinose du sus-épineux et du sous- scapulaire avec une tendinite du LCB. Au total, la patiente présente une polymyalgia rheumatica, actuellement sans argument pour un Horton ou un autre rhumatisme inflammatoire, stabilisée sous un traitement de Calcort 3mg (=2.5,g de Prednisone). Du point de vu[e] thérapeutique, je propose de poursuivre le sevrage de la cortisone, de faire le switch du Calcort pour de la Prednisone et de poursuivre le sevrage de la Prednisone en commençant par 2mg pendant 1-2 mois sous contrôle de la symptomatologie clinique et de la VS, puis poursuite du sevrage sous forme de Prednisone 2mg 1j/2j. et 1mg 1j/2j. et ainsi de suite jusqu'à stop. En cas de récurrence du syndrome inflammatoire avec une symptomatologie plus marquée, un traitement d'épargne cortisonique sous forme de Méthotrexate devrait être rediscuté. En ce qui concerne le conflit sous acromial avec tendinite du LCB, la périarthrite de la hanche droite avec TFL et pyramidal sensible, et l'épicondylite latérale droite, une infiltration a été proposée à la patiente, ce qu'elle ne souhaite pas pour l'instant. Du point de vu thérapeutique, je lui ai proposé de la physiothérapie ciblée sur ces différents endroits. En cas de souhait d'infiltration, la patiente reprendra contact avant la fin des séances de physiothérapie. A noter encore, une discrète hypovitaminose D que je vous propose de substituer. En raison de la longue prise de stéroïdes, je vous propose de refaire un contrôle de la DMO [densité minérale osseuse] afin de voir l'évolution de celle-ci. A noter encore, au vu de la durée de la symptomatologie algique, une possible répercussion de sa symptomatologie algique sur son moral Je vous propose de rediscuter une prise en charge de ce côté- là avec la patiente. Ce

sujet a par ailleurs déjà été abordé lors de la consultation et la patiente ne serait pas contre. En ce qui concerne la capacité de travail de la patiente, celle-ci devrait être au minimum de 50%, voire une reprise à 70% devrait

- 5 - être possible en fonction de l'évolution de ses différentes tendinopathies. La patiente reprendra contact à la fin des séances de physiothérapie pour une nouvelle évaluation. Je vous laisse également le soin d'effectuer les contrôles du syndrome infectieux dans l'intervalle. ». Le 4 juin 2012, un examen rhumatologique a été organisé au SMR et pratiqué par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation. Il a conclu son rapport y relatif du 20 août 2012 comme suit : « DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail • POSSIBLE POLYMYALGIA RHEUMATICA M35.3 • LOMBALGIES CHRONIQUES DANS UN CONTEXTE DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS POSTÉRIEURS - sans répercussion sur la capacité de travail • FIBROMYALGIE • TENDINOSES MULTIPLES DE L'ÉPAULE D [droite] MISES EN ÉVIDENCE À L'ULTRASON APPRÉCIATION DU CAS Pendant l'entretien, Mme O. \_\_\_\_\_ décrit son poste de travail actuel chez R. \_\_\_\_\_. Selon l'assurée, elle continue la majeure partie du temps à faire de la préparation de colis, l'assurée travaille essentiellement en position debout. Initialement, l'assurée estime avoir dû porter des cartons jusqu'à 20 kg, le port de charges actuel va jusqu'à 5, voire 7 kg. L'assurée travaille actuellement de 12h45 à 17h00. Lorsqu'elle travaillait à 70%, pendant 4 mois, l'assurée annonce qu'elle n'en pouvait plus en fin de journée, qu'elle devait se coucher à son arrivée à la maison ; l'augmentation des douleurs en parallèle avait nécessité l'augmentation de la prise des médicaments, avec des effets secondaires de type épigastralgique. Mme O. \_\_\_\_\_ s'estime incapable de travailler au-delà des 50% actuels. Elle décrit des douleurs des 4 membres et de la région lombaire. L'étendue des symptômes dépasse largement les ceintures pelviennes et scapulaires (localisation des symptômes dans la polymyalgia rheumatica) et irradie pour les membres supérieurs jusqu'aux poignets. Les douleurs diffuses sont également décrites dans la consultation de la Dresse W. \_\_\_\_\_ de février-mars 2012, avec des douleurs irradiant sur les cuisses et jusqu'aux genoux.

- 6 - L'efficacité du traitement de corticostéroïdes introduit depuis 2010 est très partielle en se basant sur les dires de l'assurée. Le dérouillage matinal décrit actuellement de 2 heures contraste avec le dérouillage matinal de 5 minutes retenu à la consultation de la Dresse W. \_\_\_\_\_, le 5 3.2012. L'assurée a un discours ambivalent par rapport à la tenue de son ménage, d'un côté elle estime être beaucoup aidée par sa fille et son mari, devoir fractionner, devoir faire les activités petit à petit. D'un autre côté, elle ne répond pas clairement lorsqu'on lui pose la question s'il y a des tâches ménagères qu'elle ne peut réaliser. Globalement, en se basant sur les données anamnestiques, sur les valeurs de laboratoire, le tableau clinique de Mme O. \_\_\_\_\_ est très atypique pour une polymyalgia rheumatica. D'une part il existe une distribution des douleurs dépassant nettement les ceintures pelviennes et scapulaires, d'autre part, l'assurée n'a pas eu d'altération de son état général, pas d'état fébrile, pas de perte pondérale ; elle ne décrit pas non plus spontanément des céphalées. La polymyalgia rheumatica est connue pour avoir une réponse spectaculaire au traitement de corticoïdes, ce qui n'est pas le cas de Mme O. \_\_\_\_\_. La polymyalgia est également connue pour faire un syndrome inflammatoire très marqué avec des vitesses de sédimentation pouvant atteindre 100mm/h ; l'élévation initiale de la vitesse de sédimentation était très modeste, à 38mm/h, alors que les normes pour l'âge de l'assurée se situent à 30mm/h. Le 25.04.2012, la CRP [protéine C réactive] est élevée à 5mg/l, avec une

VS normale ; le contrôle du 30 05 montre une normalisation des valeurs permettant une poursuite du sevrage des corticostéroïdes. L'examen clinique est rassurant par rapport à un éventuel rhumatisme inflammatoire. L'assurée n'a notamment pas d'altération de l'état général, pas d'état fébrile, elle est même à la limite d'une pré-obésité. L'assurée a fréquemment des valeurs tensionnelles élevées, la tension en ce jour est à 19/12cmHg, l'assurée étant asymptomatique, nous décidons de poursuivre l'examen. Nous suggérons à l'assurée de contrôler sa tension artérielle à domicile et d'informer son médecin traitant en cas de persistance de valeurs élevées. Il n'y a pas de signes d'insuffisance cardiaque associés. L'examen neurologique est sp [sans particularité], il permet d'exclure une éventuelle compression radiculaire avec des troubles dégénératifs. L'assurée n'a pas de sciatalgies irritatives. L'examen articulaire périphérique est rassurant, l'assurée n'a aucune synovite, pas de tendinopathie spécifique de la coiffe des rotateurs, pas de conflit sous-acromial. L'assurée lâche les tests du supra-épineux, du long chef du biceps, du subscapulaire, contre une résistance modérée ddc [des deux côtés], décrit des douleurs surtout à G [gauche] ; elle a des douleurs diffuses à la palpation de sa tête humérale et de sa clavicule. On rappellera que lors de son examen rhumatologique, la Dresse W. \_\_\_\_\_ retenait des manœuvres de stress douteuses, un discret conflit sous-acromial avec un testing du sus et du sous-épineux sensible.

- 7 - D'une façon plus claire, l'assurée a une composante de périarthrite de hanche D avec une douleur non seulement à la palpation rétro- trochantérienne, mais également à la rotation interne contrariée et lors des rotations passives. Le point le plus marquant de l'examen articulaire périphérique est la présence de 13 points de Smythe positifs sur 18, nous faisant conclure à une fibromyalgie. La polymyalgia rheumatica ne fait pas de polyinsertionite, il s'agit de deux diagnostics différents. Il n'est pas exclu que la polymyalgia rheumatica probable retenue soit en fait une fibromyalgie et que le traitement de corticostéroïdes ait été introduit pour un syndrome inflammatoire discret, limité dans le temps, d'une autre origine. Au niveau du rachis, l'assurée a de légers troubles statiques, il n'y a pas de syndrome rachidien tant cervical que lombaire. On relèvera une mobilité lombaire supra-normale en flexion, ceci était déjà relevé par la Dresse W. \_\_\_\_\_. L'assurée n'a pas de sciatalgies irritatives. Le score de Waddell est positif pour les signes comportementaux. À la palpation, l'assurée n'a pas de douleur au niveau lombaire, elle a une douleur au niveau du sacrum. L'assurée vient sans son IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 27.05.2010 ; les troubles dégénératifs décrits par le radiologue concernent surtout les articulations postérieures avec des remaniements dégénératifs considérés comme modérés ; les protrusions discales décrites sont de peu de gravité, avec des protrusions circonférentielles. Cliniquement, il n'y a pas de sciatalgie irritative, pas de déficit sensitif ou moteur. Nous concluons que les troubles dégénératifs postérieurs présentés par l'assurée, peuvent entraîner une intolérance en station debout prolongée. L'échographie de l'épaule D du 24 02.2012 est peu significative ; l'examen permet notamment d'exclure une rupture de la coiffe des rotateurs, il montre des tendinoses concernant 3 muscles. L'examen clinique ne montre pas de tendinopathie spécifique Il n'y a pas de bursite sous-acromial[e], ce qui serait attendu lors d'un conflit sous- acromial. En conclusion, le cas de Mme O. \_\_\_\_\_ est un cas complexe au niveau médico-asséculo-logique, avec des douleurs chroniques dans un contexte de possible polymyalgia rheumatica, avec une composante de fond de fibromyalgie. La complexité du cas vient également de l'absence d'un descriptif précis du poste de travail, avec un poste de travail qui a été partiellement adapté mais qui reste encore contraignant en ce qui concerne

la station debout prolongée. L'activité actuelle partiellement adaptée est exigible à 70%, c'est le taux qu'avait réussi à tenir l'assurée pendant 4 mois, c'est également le taux qu'a retenu la Dresse W. \_\_\_\_\_ qui envisage en mars 2012 une reprise à 70% en fonction de l'évolution des différentes tendinopathies. Nous avons vu que les tendinopathies sont de peu de gravité. Nous n'avons pas d'aggravation de l'état de santé ultérieur justifiant une diminution de la capacité de travail entre le 01.03.2011 où elle était de 70% et la diminution à 50% annoncée le 13.03.2012 par le Dr D. \_\_\_\_\_.

- 8 - Limitations fonctionnelles Possible polymyalgia rheumatica : pas de travail de force, pas de rendement imposé, pas de travail en ambiance froide ou humide. Pas de travail prolongé avec les bras au-dessus de la tête. Pas de montée-descente d'escaliers. Pas de travail accroupi. Pas de port de charges répété au-delà de 5 kg. Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs postérieurs : pas de position debout prolongée au-delà de 30 minutes d'affilées. Pas de station assise prolongée au-delà d'1h30. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Par définition, une longue maladie est un arrêt de travail prolongé dans le temps avec une reprise à temps complet inférieur à un mois. En nous basant sur cette définition, nous retenons un début d'IT [incapacité de travail] prolongée à partir du 03.09.2010, date du retour de vacances (reprise à 100 % attestée du 28.7.10 au 2.9.10 ; cf RM [rapport médical] du 20.1.2012 du Dr D. \_\_\_\_\_). Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? 50% du 03.09 au 31.10.2010 ; 40% du 01.11.2010 au 28.02.2011 ; 30% depuis le 01.03.2011, persistant depuis. Comme mentionné plus haut, il n'y a pas d'altération de l'état de santé justifiant une aggravation supplémentaire de l'incapacité de travail ultérieurement. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée au premier plan par la tolérance des ceintures pelviennes et scapulaires aux contraintes mécaniques, et au deuxième plan par la tolérance du rachis lombaire aux mêmes contraintes mécaniques. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'OUVRIÈRE CHEZ R. \_\_\_\_\_, (QF (sic) DESCRIPTIF DU POSTE ACTUEL FAIT PAR L'ASSURÉE) : 70 % DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS : LE 1.3 2011. ». Par décision du 28 août 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu que dès le 1er mars 2011, une capacité de travail de 70% pouvait à nouveau être exigée de l'intéressée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, relevant qu'elle avait effectivement pu reprendre son activité habituelle à 70% moyennant un

- 9 - aménagement partiel, de sorte qu'elle présentait un degré d'invalidité inférieur à 40%. B. Par lettre du 24 septembre 2012, l'assurée a informé l'OAI de la diminution de son taux d'activité à 50% dès le 1er avril 2012 ; elle lui demandait de revoir son cas. Le 25 octobre 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il considérait sa missive du 24 septembre 2012 comme une nouvelle demande ; il appartenait à l'intéressée d'établir que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Dans une lettre datée du 24 octobre 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_ a écrit ceci à l'OAI : « Selon votre lettre du 25.10.2012 à la patiente, voici les renseignements médicaux correspondant à sa nouvelle demande. Diagnostic : état dépressif moyen à sévère. L'état douloureux chronique a accentué chez la patiente un retrait psychique, celle-ci exprime maintenant ses angoisses, pleure en consultation. Elle présente une insomnie initiale, une insomnie du milieu de nuit importante, et aussi une insomnie tardive fréquente. Son travail s'en ressent, elle présente un ralentissement léger, de l'agitation nette, une anxiété psychique grave, des signes somatiques modérés, des signes gastrointestinaux, des lombalgies et lourdeurs des membres, En bref son score de hamilton

est de 29 Son nouveau degré d'arrêt de travail est de 50%. Le pronostic ne permet pas d'entrevoir une amélioration, ce 50% étant obtenu AVEC des aménagements de son poste de travail qui a été allégé. ». Dans un consilium du 26 juillet 2013 à l'intention de la Dresse W. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin chef du Service de rhumatologie du Centre hospitalier [...], a posé les diagnostics suivants et apprécié le cas de l'assurée en ces termes :

- 10 - « Diagnostics : • Arthralgies des ceintures d'origine plurifactorielle. • Status après possible polymyalgia rheumatica traitée et en rémission. • Pathologie de la coiffe des rotateurs avec rupture antérieure complète des sus-épineux. • Omarthrose secondaire et discret épanchement articulaire. • Coxarthrose débutante bilatérale. • Périarthrite de hanche au décours. • Lombo-pseudosciatalgies bilatérales surtout dégénératives pluri-étagées. • Possible syndrome somatoforme douloureux surajouté. (...) Appréciation : Il est toujours difficile plusieurs années après l'apparition des symptômes de confirmer ou d'exclure une polymyalgia rheumatica. Actuellement, la symptomatologie décrite est mixte, à la fois mécanique, mais en partie également inflammatoire. Au vu des doses résiduelles de stéroïdes, de l'examen clinique et des examens effectués, je pense néanmoins que l'on peut raisonnablement écarter la persistance ou une récurrence de polymyalgia ainsi qu'un autre rhumatisme inflammatoire. L'étiologie des douleurs actuelles, reste difficile à préciser avec certitude. Je pense qu'au niveau des épaules, elles s'expliquent en grande partie par la pathologie de la coiffe des rotateurs qui est bien plus importante que ce que je suspectais initialement. Cette patiente a porté des paquets pendant près de 18 ans et ses sus-épineux sont en mauvais état avec une rupture transfixiante antérieure bilatérale, associée à une réaction liquidienne dans l'articulation et des remaniements arthrosiques mieux visibles à l'ultrason que sur les radiographies. Quant à la ceinture pelvienne, les douleurs me paraissent être d'origine mixte, d'une part sur une périarthrite fluctuante décrite dans ton petit mot d'introduction, d'autre part sur des pseudosciatalgies en relation avec les troubles dégénératifs objectivés par l'IRM et finalement, une coxarthrose débutante, au vu des douleurs lors de la mobilisation de la coxo-fémorale, notamment en rotation interne. L'ultrason là aussi montre un remaniement de la tête, plus important que ce qu'on peut objectiver sur la radiographie. Il existe probablement une composante de syndrome somatoforme douloureux, mais les troubles dégénératifs sont bien présents et expliquent, à mon sens, en grande partie la symptomatologie algique et justifient sans autre pour moi l'incapacité de travail à 50 %. Sur le plan de la prise en charge, je n'ai rien pas grand-chose (sic) à te proposer de mieux de ce qui a été fait jusqu'à maintenant. La patiente a eu de nombreuses séances de physiothérapie, sans beaucoup d'effets. Les anti-inflammatoires et le Trittico indiqué[s] pour le syndrome douloureux chronique ne sont [que] modérément efficaces. ».

- 11 - Dans l'anamnèse, le Dr M. \_\_\_\_\_ relevait par ailleurs qu'« en raison de douleurs, la patiente a[va]it développé un état anxio-dépressif pour lequel elle re[ce]vait du Trittico 50 mg depuis une année, ainsi que du Xanax ». Le 2 décembre 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_ a écrit le rapport suivant à l'OAI (sic) : « Voici la réponse à vos questions du 28.10.2013 1 Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Polimialgia rheumatica Polyarthrites des 2 épaules et des hanches. Rhumatisme actuellement non inflammatoire. Etat dépressif traité. Cholestéatome de l'oreille gauche ayant nécessité un évidement petromastoidien en 2013 2 Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis le dernier rapport (24.10.2012)? JE VOUS RAPPELLE que ma dernière adressée à votre

service est datée du 23.11.2012. Les constats qui y sont déclarés sont toujours d'actualité et je ne vous les répéterai pas. Je vous demande de les relire. la patiente a toujours des douleurs importantes des ceintures et une fatiguabilité. Après une 1/2 journée de travail elle doit se reposer impérativement. Son état dépressif est traité au mieux. Elle a cherché à consulter un psychiatre, mais le consultant n'a pas rappelé pour donner suite à sa demande. Un nouvelle prise en charge a été réagendée chez Dr G. \_\_\_\_\_ et ses psychologues ( [...]) .Elle a aussi été opérée ( cf dg supra) 3 Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrière d'expédition ? 25% (ou 50% avec un rendement diminué de 50%) depuis le 6.1.2012 4 Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? 50% depuis le 1er avril 2012, soit le travail qu'elle effectue actuellement depuis la fin de l'indemnisation de son assurance perte de gain, puisque son poste a été adapté. J'aimerais rappeler que l'employeur est venu en personne dans mon cabinet avec la patiente pour discuter de son poste en 2012. 5 Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

- 12 - Pas de travail en hauteur, pas de travail en bas, pas de port de charges, pas de rythme stressant. Activité variant les positions. Pas de travail en échelle ou sur escabeau. Dès qu'une activité est impossible, elle appelle un autre employé pour de l'aide. Charges habituelles 1-2 Kg, toujours aidée quand ça dépasse 5 Kg 6 Quels sont les dates et taux précis des Arrêts de travail ? voir les certificats précédents. Arrêt de 50 % permanent depuis le 6.1.2012 Arrêt de travail 100% depuis le 26.9.2013 durée 3 semaines, à cause de l'opération citée supra. 7 Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? Irfen 600 Trittico 50 mg/j Pantoprazole 40 mg/j Klimavita forte Condrosulf 800 Physiothérapie la compliance est optimale. ». Dans un avis du 20 février 2014, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a écrit ceci (sic) : « Assurée de 55 ans, mariée, employée depuis 2004 au conditionnement et au service des expéditions R. \_\_\_\_\_ commercialisant « des produits de santé à partir de bases naturelles: oligoéléments, extraits de plantes, huiles essentielles, etc.. ». L'assurée a réduit son temps de travail à 50% depuis mai 2012. L'instruction initiale reposait sur l'étude du dossier et un examen rhumatologique SMR réalisé le 4 juin 2012 qui reconnaissait une CT [capacité de travail] de 100% dans une activité adaptée dès le 1er mars 2011. Le Dr M. \_\_\_\_\_, apprécie dans différents rapports de 2013, la capacité de travail de l'assurée dans l'activité d'ouvrière d'usine pour les emballages de paquets (activité dans laquelle il ne contredit pas une IT de 50%), il ne se prononce pas dans une activité adaptée telle que définit par le SMR. Le rapport employeur du 24 juin 2013 établi que le salaire versé correspond au rendement. En décembre 2013, le médecin de famille, le Dr D. \_\_\_\_\_, nous informe que l'état dépressif évoqué dans ses courriers antérieurs est traité. Il n'évoque à aucun moment un suivi psychiatrique spécialisé ou un séjour en milieu hospitalier.

- 13 - Au point 3 de son courrier du 2 décembre 2013 il écrit que la CT est de 25% (ou 50% avec un rendement diminué de 50%) depuis le 6 janvier 2012 et au point 5 du même courrier il ne retient que des limitations fonctionnelles de la sphère somatique. L'assurée ayant été examinée au SMR le 4 juin 2012 et en l'absence de d'aggravation ou de fait nouveau depuis l'été 2012, il convient de conclure qu'il s'agit de l'appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait à l'été 2012. La capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI. ». Par projet de décision du 24 février 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, projet contre lequel l'intéressée a formulé des objections. Le 21 juillet 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé le rapport suivant (sic) : « En effet, j'ai

personnellement débuté le suivi psychiatrique de la patiente susmentionnée le 16 mai 2014. Je l'ai vu en consultation à 5 reprises, la dernière consultation remonte au 12 juillet passé. Je prévois de continuer le suivi 1 x par semaine après mes vacances d'été. 1/ Diagnostics avec effets sur la capacité de travail Episode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique F32.2 Troubles anxieux, sans précision F41.9 Arthralgies des ceintures d'origine plurifactorielle. Pathologie sévère de la coiffe des rotateurs avec rupture antérieure complète des sus-épineux. Coxarthrose bilatérale. Lombosciatalgies bilatérales sur troubles dégénératifs pluri-étagés. Omarthrose secondaire et discret épanchement articulaire. Status après possible polymyalgia rheumatica. Syndrome somatoforme douloureux. 2/ Traitement ambulatoire par moi-même : Du 16.05.2014 à ce jour. Date du dernier contrôle : 12.07.2014 2/ Anamnèse, évolution, thérapie suivie à ce jour : (...) De 1994 à ce jour elle travaille chez R. \_\_\_\_\_ à [...]. Durant 18 ans elle s'est occupée de la manutention de colis et emballages divers,

- 14 - qu'elle devait entreposer sur des palettes et des charriots pour les envoyer à la poste. A raison de 8 heures par jour et pendant 18 ans elle a fait les mêmes gestes, à savoir porter des colis et paquets plus ou moins lourds qui ont visiblement finis par avoir raison de l'ensemble de ses articulations et provoquer un syndrome douloureux chronique invalidant. Ces 2 dernières années, au vu de son incapacité à poursuivre son travail de manutentionnaire en raison de ses douleurs ostéo- articulaires invalidantes, elle n'exerce plus qu'à 50% dans l'arrière boutique et s'occupe du conditionnement. La douleur est dit elle omniprésente et demeure invalidante mais supportée du fait qu'elle peut rentrer plus tôt chez elle et se reposer en se couchant. La station debout ainsi que la station assise devient rapidement insupportable tant les douleurs sont fortes. Depuis 2010, la patiente est au bénéfice d'une prise en charge physiothérapeutique hebdomadaire, puis depuis un an, tous les 15 jours. Le résultat à ce jour est plus que mitigé. L'absence d'évolution favorable tout au long de ces années, a progressivement fait le lit d'un état anxio-dépressif moyen à sévère. 3/ Symptômes actuels : Je suis la patiente depuis le mois de mai 2014. Elle fait son âge, sa tenue vestimentaire est correcte. Elle est orientée dans les deux modes. Le langage et la compréhension sont dans la norme. Ce que j'ai pu observé chez cette patiente, c'est d'abord sa démarche à petit pas, sa posture voutée et une mimique cireuse avec des traits tirés. Se déplacer constitue visiblement une épreuve. Elle s'assoie en douceur et tout au long de l'heure de consultation, cherche une position antalgique. Parfois elle s'excuse et me demande la permission de se lever. Elle fait quelques pas et se ré- assoie. Elle me décrit des douleurs lancinantes chroniques au niveau du dos, des membres inférieurs et des épaules. Elle s'insurge contre le fait qu'elle n'arrive plus à marcher comme elle veut et que cette fonction essentielle de la vie s'est réduite. Les douleurs ostéo- articulaires sont continues et l'incommodent le jour et la nuit. Les nuits de sommeil sont entrecoupées de fréquents réveils en lien à « des douleurs lancinantes de la hanche et du bas du dos ». Les problèmes d'endormissement, les réveils fréquents et précoces sont devenus monnaie courante. Les douleurs matinales exigent un effort conséquent pour s'extirper du lit. Les cauchemars sont également fréquents et se rapportent à sa perte partielle d'autonomie fonctionnelle. Le matin, elle est déjà épuisée, abattue et se réveille fréquemment en pleur. Elle se souvient alors des propos de son médecin rhumatologue qui lui explique qu'au vu du « degré d'usure ostéo articulaire très important » elle est contrainte d'avalier des antalgiques durant le restant de sa vie pour fonctionner a minima. Hormis les traitements par infiltrations de produits antalgiques « il n'y a pas de solutions chirurgicales ». Cette situation a pour effet d'induire régulièrement un débordement émotionnel et la patiente éclate souvent en sanglot. Ses

propos sont emprunts de colère mêlée à de la culpabilité, de la résignation et de la déception. Elle s'en veut d'avoir travaillé pendant près de 20 ans à soulever des colis souvent très lourds pour les poser sur des

- 15 - chariots ; 08h par jour à faire les mêmes gestes, 5 jours par semaines, 11 mois sur 12 par année. Le résultat est sans équivoque, « DEGRE D'USURE TRES IMPORTANT » ! C'est son médecin spécialiste qui le lui a expliqué et répété. « Pas d'amélioration en perspective, vous devez apprendre à vivre avec ! » voilà le triste sort d'une immigrée portugaise venue en Suisse pour subvenir dignement à ses besoins et tout ce qu'on trouve à lui répondre c'est « Vous devez apprendre à vivre avec » ! Il est plus qu'évident que cette triste situation est responsable de l'avènement d'un épisode anxio-dépressif sévère. En effet je relève chez cette patiente, une humeur dépressive à un degré nettement anormal, présent selon ses propos, pratiquement toute la journée. Une perte de l'élan vital, un abattement, une fatigabilité importante. Un anhédonie, une culpabilité injustifiée, une nette baisse de l'estime d'elle même et une perte de la confiance en elle. Un ralentissement psychomoteur, une baisse de la concentration, une nette perturbation du sommeil avec insomnies répétées et réveils fréquents. Une modification de l'appétit avec perte de poids. Les idées suicidaires sont présentes et récurrentes toutefois sans projet de passage à l'acte, « la vie avec autant de douleur, ne vaut plus d'être vécue, elle est sans gout ni saveur ». La seule chose qui la retient, c'est sa fille unique et son mari avec lequel elle entretient une bonne relation. Elle se rend compte du changement de son état physique, car toute chose qu'elle entreprend requiert de l'énergie qu'elle n'a plus, ce qui a pour effet de la mettre sous tension et finit par appréhender la moindre action. L'anxiété a pris le dessus dans sa vie de tous les jours. Elle se projette négativement dans l'avenir estimant avoir perdu sa capacité à faire face à l'adversité. Pas de signe de la lignée psychotique. 4/ Evolution : A l'évidence, la patiente requiert un traitement de fond pour son état anxio-dépressif moyen à sévère. Le Trittico 50 mgr prescrit par son médecin interniste, Dr D. \_\_\_\_\_, ne suffit visiblement pas. Je décide alors d'introduire un traitement antidépresseur, le SAROTEN à dose progressivement croissante Depuis 2 à 3 semaines, elle est à 75 mgr par jour. J'ai pu constater une très sensible amélioration que reconnaît la patiente. Les nuits de sommeil se sont quelque peu améliorées. Toutefois, l'intensité des douleurs selon ses propos sont restés les mêmes. Je prévois de poursuivre le suivi psychiatrique et psychothérapeutique à raison d'une séance par semaine pour aider cette patiente à accepter sa triste réalité et tenter de soulager sa douleur psychique. Le récit de son parcours de vie depuis son enfance ne permet aucunement d'établir un quelconque lien avec le degré d'usure ostéoarticulaire important. Il n'y a pas besoin de sortir de saint-cyr ou d'être un professeur émérite de renommée internationale pour relier ses troubles ostéoarticulaires à son travail laborieux qui a duré près de 20 ans. En conséquence de quoi nous avons le devoir moral de reconnaître ce préjudice à la patiente.

- 16 - 5/ Plaintes subjectives : Douleurs lombaires invalidantes et récurrentes ; douleurs au niveau de la jambe droite puis gauche ; douleurs lancinantes au niveau de l'épaule droite. Douleurs lors de la marche. L'intensité des douleurs augmente avec l'effort. Se sent coupable. S'en veut d'avoir passé près de 20 ans à porter à longueur de journée tous ces cartons de produits lourds. Exprime sa peur de l'avenir avec le risque d'intensification des douleurs et perte d'autonomie dans les activités de vie quotidienne. 6/ Pronostic : Au vu de ce qui précède, le pronostic il est réservé. 7/ Médication actuelle : Saroten cpr 75 mgr 1x / jour Irfen 600mgr 2 x par jour Dafalgan 1 gr 4 x par jour Condrosulf 800 1 x par jour

Pantoprazol 40 mgr 1 x par jour Klimavita forte Physiothérapie 8/ incapacité de travail médicalement attestée : Au vu de ce qui précède, l'incapacité de travail est de 50%. La patiente est à ce jour dans l'incapacité de travailler plus de 50% en raison du status psychiatrique actuel conséquent. Le pronostic étant plus que réservé, son invalidité actuelle est de 50% au minimum. ». Dans un rapport du 7 septembre 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que les diagnostics suivants avaient une influence sur la capacité de travail de l'assurée : « Arthralgie des ceintures, st [statut] après polimyalgia [depuis 1998] Omarthrose, Coxarthrose et périarthrite de hanche, épicondylite D [depuis 2004] Etat dépressif réactionnel [depuis 2012] ». Le 19 novembre 2014, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été organisé au SMR et pratiqué par les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ils ont conclu comme suit leur rapport y relatif du 22 décembre 2014 :

- 17 - « DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail • M54.5 LOMBALGIES CHRONIQUES AVEC PSEUDOSCIATALGIES BILATÉRALES DANS UN CONTEXTE D'ARTHROSE MODÉRÉE DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES. • M75.1 SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS AVEC RUPTURE INCOMPLÈTE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX DDC. - sans répercussion sur la capacité de travail • STATUS APRÈS POSSIBLE POLYMYALGIA RHEUMATICA, EN RÉMISSION. • DISCRÈTE ARTHROSE GLÉNO-HUMÉRALE DROITE. • COXARTHROSE DÉBUTANTE BILATÉRALE. • F32.00 ÉPISODE DÉPRESSIF LÉGER SANS SYNDROME SOMATIQUE. • F45.4 TROUBLE DOULOUREUX SOMATOFORME PERSISTANT. APPRÉCIATION DU CAS Lors de l'examen de ce jour, l'assurée signale la survenue de fortes douleurs le 26.03.2010 alors qu'elle était au travail. Les douleurs concernaient la région lombaire, les épaules, les hanches, la partie antérieure des cuisses jusqu'aux genoux. L'assurée dit avoir pris de la cortisone pendant 3 ans, ce qui a permis d'atténuer un peu la douleur. Toutefois, les douleurs ont persisté depuis 2010, permanentes, plus fortes le matin et le soir. Selon l'assurée, le port de charges est limité à 3 kg, la position assise à 30 minutes (douleurs lombaires jusque dans les 2 fesses), debout à 30 minutes (douleurs lombaires et des épaules). La marche est limitée à 30 minutes en raison des douleurs de la région lombaire, des fesses, de la partie antérieure des cuisses. Depuis qu'elle prend du Saroten®, l'assurée précise qu'elle se réveille un peu moins la nuit. Il y a toutefois en moyenne 2 réveils, le 1er survenant après 2 heures de sommeil. L'assurée ne décrit pas de dérouillage matinal bien que les douleurs soient plus fortes à ce moment ; elle dit qu'elle prend son médicament antalgique, puis s'assied jusqu'à ce que le médicament fasse effet. A l'examen clinique, la marche s'effectue avec lenteur. La montée et la descente des escaliers sont possibles. La marche sur les talons et la pointe des pieds, l'appui monopodal, l'accroupissement ne sont pas évaluables : l'assurée dit qu'elle ne peut pas et allègue des douleurs au bas de la colonne lombaire, aux fesses, aux cuisses. La gestuelle spontanée est par moments limitée au niveau de l'épaule D (l'assurée maintenant son bras en adduction contre le thorax) et se libère à d'autres moments (l'assurée gesticulant dans tous les sens). La position assise est maintenue une vingtaine de minutes, puis l'assurée se lève, alléguant des douleurs lombaires. Elle change

- 18 - régulièrement de position, mais garde le plus souvent la position debout. Elle émet des gémissements et des plaintes lors de la mobilisation de la colonne cervicale, de la colonne lombaire, des épaules, des coudes, des poignets, des hanches, des genoux, des chevilles, alléguant des douleurs de la région lombaire basse, des fesses, de la partie

antérieure des cuisses, des épaules, de la région trochantérienne ddc. Les amplitudes passives des épaules ne sont pas évaluables en raison des contrepulsions et des mouvements de torsion du tronc, l'assurée alléguant de trop fortes douleurs des épaules. L'évaluation des muscles de la coiffe des rotateurs et du biceps montrent des muscles qui tiennent contre la gravité ; l'assurée oppose peu de résistance à l'examineur, alléguant de trop fortes douleurs des épaules. La recherche d'un conflit sous-acromial montre un test de Hawkins positif ddc. Aux coudes, le test de Cozen, de même que la pro-supination contre résistance est indolore, ce qui permet d'écarter une épicondylite ou une épitrochléite. La mobilisation des hanches provoque une douleur aux plis de l'aîne ddc. Les amplitudes articulaires sont conservées. La mise sous tension du muscle pyramidal est douloureuse ddc. Les signes de dysfonction sacro-iliaque sont négatifs. Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. Les signes et symptômes de non organicité de Waddell sont à 5/5. Les points douloureux spécifiques de fibromyalgie à 15/18, avec des douleurs débordant largement de ces points douloureux. La manœuvre de Lasègue ne déclenche pas de sciatgies. Bien que l'assurée lâche contre une faible résistance au niveau des 4 membres, il n'y a pas d'amyotrophie. Le tonus musculaire est sans particularité. La sensibilité est conservée sur tout le corps. A noter, un réflexe achilléen non obtenu à D. Les radiographies de la colonne lombaire du 16.04.2010 montrent une légère scoliose à convexité droite, un léger pincement de L5-S1, une arthrose des articulations postérieures, modérée aux derniers étages. Les radiographies de la colonne lombaire du 21.05.2014 ne montrent pas de changement par rapport à 2010 Le rapport de l'IRM de la colonne lombaire du 25.05.2010 (l'assurée n'a pas apporté les clichés) indique une discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec dessiccation discale, protrusion discale sans hernie discale, une arthrose modérée des articulations postérieures en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Les radiographies de l'épaule D du 3.06.2010 montrent une légère ascension de la tête humérale, une discrète sclérose du trochiter, un minime ostéophyte à la partie inférieure de la glène. A G, il y a une discrète sclérose du trochiter. Les radiographies de l'épaule D du 21.05.2014 ne montrent pas de modification concernant l'articulation gléno-humérale par rapport aux images de 2010. L'articulation acromio-claviculaire présente, quant à elle, un léger épaissement. Le rapport d'échographie de l'épaule D du 24.02.2012 montre des signes de tendinose du sous-scapulaire et du sus-épineux ; une tendinite du long chef du biceps n'est pas exclue. Les radiographies des épaules de face du 23.07.2013 montrent une légère ascension de la tête humérale ddc, une sclérose du trochiter ddc, un minime ostéophyte à la partie inférieure de la glène ddc, une articulation acromio-claviculaire discrètement épaissie. La radiographie du bassin du 23.07.2013 montre une sclérose sous-chondrale sur la partie supérieure du cotyle prédominante à G

- 19 - Lors de l'examen de ce jour, le tableau clinique ne correspond pas à celui d'une polymyalgia rheumatica. Dans son examen rhumatologique du 4.02.2012, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin du SMR, relève également que le tableau clinique est très atypique pour une polymyalgia rheumatica. Le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin chef du Service de rhumatologie du [...], signale qu'il n'y a plus de syndrome inflammatoire depuis 2012 (cf. rapport du 26.07.2013). Il conclut que l'on peut écarter la persistance ou une récurrence de polymyalgia rheumatica. Etant donné la rémission de cette maladie depuis 2012, on ne peut plus la considérer comme incapacitante. Le Dr T.\_\_\_\_\_ relève, dans son examen du 4.06.2012, la présence d'un fond de fibromyalgie ; le Dr M.\_\_\_\_\_ parle d'un possible syndrome douloureux surajouté (cf. rapport du 26.07.2013). Ces douleurs sont toujours présentes, mais en l'absence de substrat organique significatif, elles ne justifient pas de

limitation articulaire. Concernant les lombalgies, l'assurée ne présente plus de sciatalgies. Il s'agit de douleurs s'étendant dans les fesses et parfois à la partie antérieure des cuisses, sans trajet radiculaire. Lors de son examen du 4.06.2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ ne retenait pas non plus la présence de sciatalgies. Dans son rapport de consultation, le Dr M. \_\_\_\_\_ signale des pseudosciatalgies bilatérales (cf. rapport du 26.07.2013). Bien qu'il n'a pas revu l'assurée, le Dr M. \_\_\_\_\_ modifie son diagnostic lors de son rapport du 21.10.2013, adressé à l'AI et signale des lombosciatalgies bilatérales. Toutefois, il ne décrit pas ces sciatalgies et rattache les douleurs lombaires à l'atteinte dégénérative pluri-étagée. L'arthrose des articulations postérieures peut provoquer des douleurs irradiant dans les fesses, mais dans ce cas il s'agit de pseudosciatalgies et non de sciatalgies. Des sciatalgies sont provoquées par une atteinte radiculaire ce qui n'est pas le cas chez Mme O. \_\_\_\_\_. L'arthrose modérée des articulations postérieures justifie des mesures de protection articulaire. Toutefois, en l'absence d'aggravation de cette arthrose, il n'y a pas lieu de modifier l'appréciation du Dr T. \_\_\_\_\_ dans son examen du 4.06.2012 : pas de position debout prolongée au-delà de 30 minutes, pas de station assise prolongée au-delà d'1h 30. Concernant les épaules, l'ultrason des 2 épaules, cité par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 26.07.2013, objective une aggravation de l'atteinte de la coiffe des rotateurs par la survenue d'une déchirure partielle du tendon du sus-épineux ddc. Le remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire était déjà mentionné lors d'une échographie de l'épaule D effectuée le 24.02.2012 par le Dr [...]. Cette atteinte chronique de la coiffe des rotateurs justifie des limitations fonctionnelles concernant les activités au-dessus du plan des épaules ou le port de charges au-delà de 5 kg, de même que les mouvements répétitifs de forte amplitude des épaules. La plupart de ces limitations fonctionnelles étaient déjà signalées par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son examen du 4.06.2012, non pas en rapport avec l'atteinte des épaules, mais en rapport avec la polymyalgia rheumatica. Les limitations fonctionnelles actuelles en rapport avec l'atteinte des épaules compensent celles qui étaient provoquées par la polymyalgia, actuellement en rémission. Concernant les hanches, le Dr W. \_\_\_\_\_, rhumatologue, signale une périarthrite de la hanche D, avec un muscle pyramidal et un muscle

- 20 - tenseur du fascia lata symptomatiques (cf. rapport du 5.03.2012). Le Dr M. \_\_\_\_\_ mentionne que la périarthrite est au décours (cf. rapport du 26.07.2013). Il signale, par contre, une coxarthrose débutante bilatérale suite à un petit remaniement du labrum, objectivé sur la radiographie du bassin et un remaniement de la tête fémorale à l'ultrason des 2 hanches, évocateur d'une coxarthrose débutante. Il est à noter que nous n'avons pas à disposition cet ultrason ni celui des épaules de 2013 de sorte que nous nous appuyons sur les descriptions du Dr M. \_\_\_\_\_. Le Dr [...], chirurgien orthopédiste, avait déjà diagnostiqué en 2010 une discrète arthrose de l'articulation coxo-fémorale bilatérale (cf. rapport du 18.05.2010). Lors de l'examen de ce jour, l'assurée marche sans boiterie. L'articulation coxofémorale n'est pas enraidie. Le stade débutant de cette arthrose ne justifie pas de limitation fonctionnelle. A noter que des douleurs dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux peuvent imiter une périarthrite de hanches. Dans son rapport du 21.10.2013, adressé à l'AI, le Dr M. \_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail à 50 %, qu'il justifie par « d'importants troubles statiques et dégénératifs ». Toutefois, dans son rapport du 26.07.2013, il signale que le rachis est équilibré. Les radiographies de la colonne lombaire de 2010 et de 2014 ne montrent qu'une légère scoliose à convexité D. D'autre part, l'arthrose des articulations postérieures en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 est tout au plus modérée, n'occasionnant pas de rétrécissement des trous de conjugaison ni du canal

médullaire. L'arthrose des articulations acromio-claviculaire n'est pas non plus sévère et les troubles dégénératifs de l'articulation gléno-humérale sont minimes. Le Dr M. \_\_\_\_\_ signale également que l'arthrose des hanches est débutante. Dans ce contexte, nous ne retenons pas son appréciation concernant une capacité de travail limitée à 50 %. Dans son rapport du 2.12.2013 adressé à l'AI, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin interniste, signale comme diagnostics incapacitants, une polymyalgia rheumatica bien qu'elle soit en rémission, une polyarthrite des 2 épaules et des hanches alors qu'il n'y a plus de syndrome inflammatoire depuis 2012. Il note un rhumatisme actuellement non inflammatoire et une polyarthrite des deux épaules et des hanches ; ce sont des diagnostics contradictoires. Il se base sur des facteurs subjectifs (douleur, fatigue) pour justifier l'incapacité de travail. Dans ce contexte, nous ne retenons pas la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrière d'expédition de 25 % ni la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Dans son rapport du 7.09.2014, le Dr D. \_\_\_\_\_ signale un état stabilisé, alors qu'il abaisse la capacité de travail à 25 % dans l'activité adaptée. Il ne justifie pas cette diminution de la capacité de travail, si ce n'est qu'il mentionne une épicondylite D présente depuis 2004. L'épicondylite n'est pas présente lors de l'examen du Dr T. \_\_\_\_\_ du 4.06.2012. Parmi les nombreux diagnostics ostéo- articulaires, le Dr M. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas d'épicondylite dans son rapport du 26.06.2013. Une épicondylite est également exclue lors de l'examen de ce jour. Des douleurs de type fibromyalgique peuvent mimer une épicondylite. Il n'y a pas d'aggravation durable de l'atteinte ostéo-articulaire qui justifie cette baisse de la capacité de travail.

- 21 - En l'absence de changement significative (sic) de l'état de santé de l'assurée sur le plan ostéo-articulaire, il n'y a pas lieu de modifier la capacité de travail mentionnée par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son examen du 4.06.2012. Le poste de travail limité au conditionnement, mis à disposition par l'entreprise R. \_\_\_\_\_ depuis le 12.04.2010 n'est pas entièrement adapté aux limitations fonctionnelles, étant donné des ports de charges pouvant atteindre 7 kg (cf. rapport de l'employeur du 24.06.2013). Toutefois, ce port de charges est rare, de sorte que dans cette activité, la capacité de travail n'est réduite que de 10 %. L'assurée signale que ses collègues de travail acceptent de porter les charges qu'elle n'arrive pas à porter. Au point de vue psychiatrique, le dossier contient un seul document établi par un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Dr G. \_\_\_\_\_, en date du 21.07.2014. Le traitement ambulatoire par ce spécialiste a commencé le 16.05.2014. Son dernier contrôle date du 12.07.2014. Au point de vue psychiatrique, il retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), celui de troubles anxieux sans précision (F41.9) et celui de syndrome somatoforme douloureux. Sous traitement antidépresseur de Saroten® 75 mg/j, il peut constater « une très sensible amélioration, que reconnaît la patiente ». Le sommeil s'est également quelque peu amélioré. Dans l'anamnèse recueillie ce jour, l'assurée signale le suicide d'un cousin de la lignée maternelle et une prise en charge psychiatrique, dont elle ne connaît pas les détails, concernant une tante et des cousines. L'assurée n'a aucun antécédent psychiatrique personnel. Elle est allée consulter le Dr G. \_\_\_\_\_ en juin 2014, selon ses dires sur les conseils de son médecin traitant, dans le cadre du traitement d'une symptomatologie somatique douloureuse apparue le 26.03.2010 sur le lieu de travail. Son contact avec ce spécialiste est bon. Le traitement a apporté une légère amélioration anamnétique au niveau du sommeil. Au niveau psychique, l'assurée estime avoir changé suite à l'apparition de ses douleurs somatiques : elle se sent à la fois triste et irritable, elle n'a plus goût à rien, elle se sent fatiguée, cette fatigue est plus importante en fin de journée. Elle trouve qu'elle a

changé, qu'elle est devenue agressive, ce qui l'inquiète. Le status psychiatrique montre une thymie légèrement abaissée en permanence, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une fatigue et une fatigabilité accrue sont annoncées par l'assurée, mais elles ne sont pas observables en cours d'examen. Des idées suicidaires vagues, non scénarisées, sans intention de passer à l'acte, ont été évoquées. La mémoire, l'attention et la concentration sont bonnes durant tout l'examen. L'assurée se dit anxieuse, cette anxiété n'est pas observable. On ne note pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur marqué. L'assurée ne présente pas de dépression plus marquée le matin ni

- 22 - de réveil matinal précoce, selon ses dires. Le sommeil est perturbé par les douleurs somatiques et la difficulté à trouver une position allongée. L'assurée présente une symptomatologie somatique douloureuse depuis le mois de mars 2010, elle a consulté un psychiatre sur le conseil de son médecin traitant au milieu de l'année 2014. Le spécialiste a constaté la présence d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère, accompagné de troubles anxieux, dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux. L'étude du dossier et l'examen de l'assurée montrent que l'état psychique de l'assurée s'est amélioré : l'épisode dépressif en cours est actuellement d'intensité légère grâce au traitement entrepris. Cette amélioration est déjà signalée dans le rapport établi par le psychiatre traitant le 21.07.2014, il écrit en effet « j'ai pu constater une très sensible amélioration, que reconnaît la patiente ». Cet épisode dépressif s'inscrit dans le cadre d'un syndrome douloureux persistant (45.4), caractérisé par des plaintes douloureuses intenses et persistantes, accompagnées d'un sentiment de détresse, ces douleurs ne sont pas entièrement expliquées par un processus physiologique ou un trouble physique. Le trouble anxieux signalé par le psychiatre traitant a disparu, il n'est pas observable au SMR. Le trouble douloureux somatoforme persistant de l'assurée n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste incapacitante de longue durée : la symptomatologie dépressive n'est objectivée de manière convaincante que depuis le 16.05.2014, elle est réactionnelle aux douleurs somatiques, son évolution est favorable. Les plaintes douloureuses de l'assurée sont décrites comme constantes et persistantes, sans amélioration ni rémission depuis leur apparition le 26.03.2010. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie : l'assurée travaille à 50 %, elle reçoit quotidiennement la visite de sa fille et de sa petite-fille. Un état psychique cristallisé ou bénéfique primaire tiré de la maladie n'a pas été trouvé. L'assurée étant en partie soulagée par les traitements en cours, on ne peut pas parler d'échec de traitements conduits dans les règles de l'art. Limitations fonctionnelles Colonne lombaire : position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 1 heure 30, position en porte-à-faux, mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation de forte amplitude du rachis lombaire, port de charges au-delà de 5 kg.

- 23 - Epaules : activité prolongée au-dessus du plan des épaules, port de charges au-delà de 5 kg, mouvements répétitifs de forte amplitude des épaules. Aucune limitation fonctionnelle psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? L'incapacité de travail prolongée a débuté le 3.09.2010 (cf. examen rhumatologique du Dr T. \_\_\_\_\_) du 4.06.2012 Sans objet sur le plan psychiatrique. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? La capacité de travail est restée à 70 % dans l'activité d'ouvrière chez R. \_\_\_\_\_ et à 100 % dans une activité adaptée depuis le 1.03.2011. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique de la colonne lombaire dans le cadre d'une arthrose modérée des articulations postérieures, de la tolérance mécanique des épaules dans le cadre de la déchirure partielle

du tendon sus-épineux et de l'arthrose acromio-claviculaire. Les douleurs de type fibromyalgique, l'arthrose débutante des articulations coxofémorales ne sont pas incapacitantes. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'OUVRIÈRE DANS L'EXPÉDITION ET LE CONDITIONNEMENT CHEZ R. \_\_\_\_\_ : 70% DANS L'ACTIVITÉ PARTIELLEMENT ADAPTÉE D'OUVRIÈRE DANS LE CONDITIONNEMENT CHEZ R. \_\_\_\_\_ : 90% DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE : 1.03.2011. ». Dans un avis du 26 janvier 2015, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a repris les conclusions de cet examen. Par décision du 29 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, estimant que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Dans la lettre d'accompagnement de cette décision, il a informé l'intéressée qu'il considérait que les éléments avancés par celle-ci constituaient une appréciation différente d'une

- 24 - situation similaire et que sa capacité de travail était toujours de 100% dans une activité adaptée. C. Par acte du 2 mars 2015, O. \_\_\_\_\_, représentée par Me Albert J. Graf, a recouru contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 24 septembre 2012, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Dans sa réponse du 20 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 29 janvier 2015. Le 2 juin 2015, la recourante a produit une liste de deux témoins dont elle requérait l'audition. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions 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 et 58 LPGa). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGa). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de

- 25 - la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 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 les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 28 août 2012 ayant une incidence sur son droit à une telle rente. 3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

- 26 - 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. L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Toutefois, lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent ; TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C\_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5). 4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré

- 27 - d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2). b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut

motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une

- 28 - comparaison des revenus conformes au droit – soit en l'occurrence la décision du 27 octobre 2010 –, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées). 5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont 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 médicale plutôt que sur une autre. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4).

- 29 - Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références citées). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe

d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 6. En l'espèce, la première décision rendue le 28 août 2012 faisait suite à un examen clinique rhumatologique au SMR réalisé le 4 juin 2012 par le Dr T. \_\_\_\_\_, examen qui ne portait que sur l'aspect somatique. Une possible polymyalgia rheumatica et des lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs postérieurs avaient alors été diagnostiquées comme ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante. Sans influence sur la capacité de travail, l'examineur avait diagnostiqué une fibromyalgie et des tendinoses multiples de l'épaule droite. Au terme du second examen clinique rhumatologique du SMR réalisé le 19 novembre 2014 par le Dr X. \_\_\_\_\_ dans le cadre de la deuxième demande de l'intéressée, les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudosciatalgies bilatérales dans un contexte d'arthrose modérée des articulations postérieures et de syndrome de la coiffe des rotateurs avec rupture incomplète du tendon du sus-épineux des deux côtés ont été posés. Au moment de chacun de ces examens, la recourante travaillait à un taux de 50% et on constate que les douleurs respectivement décrites par les Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ sont similaires. Il résulte d'ailleurs de l'anamnèse de l'examen du 19 novembre 2014 que l'intéressée indiquait que les douleurs n'avaient pas changé depuis 2010.

- 30 - En outre, dans sa correspondance datée du 24 octobre 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_ justifiait la nouvelle demande par un état dépressif moyen à sévère. Dans son rapport du 2 décembre 2013, ce praticien posait toujours le diagnostic de polymyalgia rheumatica, alors que le Dr M. \_\_\_\_\_, dans son consilium du 26 juillet 2013, exposait que cette pathologie était en rémission. Il ne ressort du reste pas de ce consilium une quelconque notion de péjoration récente de la symptomatologie. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que sur le plan somatique, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé de la recourante au regard de l'état de fait qui prévalait à l'époque de la décision du 28 août 2012. Sur le plan psychiatrique, avant la correspondance datée du 24 octobre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, aucun élément du dossier ne démontrait une atteinte de cet ordre. Ce praticien a fait état d'un état dépressif moyen à sévère. Il n'apparaît toutefois pas qu'il ait considéré que cet état dépressif avait une influence sur la capacité de travail puisqu'il relevait que celle-ci, obtenue grâce aux aménagements du poste de travail, était de 50%. Or, c'est le taux qu'il avait déjà arrêté en 2012 et ce, uniquement pour les atteintes somatiques. De plus, les aménagements du poste de travail de la recourante ne concernaient que l'aspect somatique. Dans son rapport du 2 décembre 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait mention d'un état dépressif traité. On constate à cet égard que dans son consilium du 26 juillet 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_ évoquait, dans l'anamnèse, un état anxio-dépressif justifiant la prise de Trittico depuis environ une année, soit avant la décision du 28 août 2012, et de Xanax. L'état anxio-dépressif de l'intéressée n'a toutefois pas nécessité de consultation spécialisée ni n'a entraîné d'incapacité de travail. Quant au Dr G. \_\_\_\_\_, consulté par la recourante depuis le 16 mai 2014, il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique et des troubles anxieux sans précision. Comme le relève le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR dans son rapport d'examen clinique psychiatrique daté du 22 décembre 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ a fait état d'une très sensible amélioration suite à l'introduction d'un nouveau traitement antidépresseur, amélioration également reconnue par la recourante. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de considérer qu'il y ait eu une aggravation sur le plan psychiatrique.

- 31 - Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que la situation médicale de la recourante ne s'est pas modifiée depuis la décision du 28 août 2012. Les conclusions posées par les Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du SMR dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 22 décembre 2014 sont probantes. Ce rapport satisfait en effet aux réquisits jurisprudentiels précités et ces spécialistes ont en particulier exposé les raisons pour lesquelles ils s'écartaient des constatations des autres médecins ayant examiné l'intéressée. 7. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par l'audition de témoins. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014). 8. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. 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 prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 32 - En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 29 janvier 2015 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 mis à la charge d'O.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Albert J. Graf (pour O.\_\_\_\_\_) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies.

- 33 - 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.