

VD_GERICHTE ZD15.022004 vom 19. September 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-09-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.022004

FR: VD_GERICHTE ZD15.022004 du 19 septembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.022004 del 19 settembre 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 152/15 - 264/2017 ZD15.022004 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 19 septembre 2017 _____ Composition : Mme

RÖTHENBACHER, présidente Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs Greffière : Mme Pellaton ***** Cause pendante entre : X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970 au Kosovo, en Suisse depuis le 19 juillet 1995, au bénéfice d'un permis C, sans formation, a exercé diverses activités telles que de la couture, du repassage, ou de la préparation de matériel médical (remplissage de poches de perfusion). Elle a cessé de travailler en octobre 2002, sur conseil de son médecin, alors qu'elle était enceinte de son premier enfant, auquel elle a donné naissance en janvier 2003. Elle a eu trois autres enfants, en 2004, 2006 et 2008, et n'a jamais repris d'activité professionnelle. Le 16 mai 2012, le Centre social régional de l'Ouest lausannois a rempli un formulaire de détection précoce de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), informant celui-ci que l'assurée présentait une incapacité de travail de 75 % depuis le 30 janvier 2012, en raison de problèmes ostéo-articulaires. L'incapacité était attestée par certificats médicaux du Dr U. _____, spécialiste en médecine interne générale. Il ressort du rapport initial de l'OAI faisant suite à un entretien au domicile de l'assurée le 15 juin 2012, que l'intéressée souffrait d'arthrose aux hanches et au dos et avait des douleurs à la nuque, aux épaules et aux articulations, apparues en 2005, lorsqu'elle était enceinte de son troisième enfant. L'assurée a déposé une demande de prestations le 25 juin 2012. Le 6 juillet 2012, elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 75 % depuis le mois de juin 2011. Interrogé par l'OAI, le Dr U. _____ a rendu un rapport médical le 18 avril 2013, retenant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique, d'altérations dégénératives du rachis/discopathie lombaire, de coxarthrose bilatérale et de

- 3 - tendinopathie calcifiante de l'épaule droite. Il mentionnait également le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif apparu en 2012. Il traitait l'assurée depuis le mois de février 2011. Les douleurs de sa patiente étaient apparues une quinzaine d'années auparavant. Elles s'étaient aggravées au cours des deux dernières années et la gênaient beaucoup dans les activités de la vie quotidienne et les tâches ménagères. L'assurée ne pouvait notamment pas faire de marches prolongées, le port de charges était limité et elle avait des difficultés à lever les bras au-dessus des épaules. La médication n'avait pas pu entraîner d'amélioration durable. Le Dr U. _____ a transmis à

l'OAI un rapport médical du 12 décembre 2012 de la Dresse K. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui avait vu l'assurée ce même jour pour l'évaluation d'un syndrome douloureux chronique lié à des troubles dégénératifs précoces. On extrait de ce rapport ce qui suit : « En procédant à une anamnèse dirigée, je n'ai pas d'indication pour une spondylarthropathie en l'absence de psoriasis, d'uvéïtes, de maladies digestives d'allure inflammatoire ou d'infections génitales. Au plan gynécologique, il y a une contraception hormonale. Les rapports sexuels sont raréfiés en raison des symptômes douloureux. Le mari de Madame X. _____ est actuellement en arrêt de travail suite à un accident. A l'examen clinique, patiente de 42 ans paraissant plus âgée et se déplaçant avec une faible dissociation des ceintures. La rotation du segment cervical se fait de manière saccadée avec une rotation du tronc [...]. Pas de lésions cutanées ni adénopathies. Présence d'un trouble statique avec une scoliose à convexité dorsale gauche et lombaire droite. Bascule du bassin d'un demi centimètre vers la droite. Inflexion latérale fortement diminuée. Rétropulsion du tronc très douloureuse à la jonction lombo-sacrée et accentuation de la lordose lombaire. La rotation cervicale est limitée à 20° ainsi que l'extension et la flexion. L'effleurement des masses musculaires paravertébrales est très sensible. Les épaules sont également douloureuses avec des signes de conflit sous-acromial prédominant du côté droit. La distance pouce-C7 est de 30 cm à droite et 25 à gauche. Pas de limitation des coudes, des poignets, des petites articulations des mains. Pour les hanches, rotation interne fortement diminuée (20° environ). Distance intermalléolaire maximale 80 cm. Distance intercondylienne en flexion des genoux 40 cm (!). La moindre mobilisation des hanches et des genoux est

- 4 - douloureusement ressentie. Pas d'épanchement des genoux ni signes méniscaux ou laxité ligamentaire. Déformation des avants-pieds surtout du côté droit avec un quintus adductus à droite. Radiographies du rachis et des épaules (26.11.2012) : altérations dégénératives précoces pour l'âge avec discopathies lombaires basses mal visualisables en raison de la technique. Coxarthrose bilatérale engainante. Evolution stationnaire par rapport aux clichés de 2011. Les épaules ont des rapports ostéo-articulaires normaux avec une calcification sur le trajet du sus-épineux à droite. En conclusion, cette patiente [...] souffre depuis plus de 12 ans d'un syndrome douloureux chronique, en relation avec des troubles statiques et des altérations dégénératives héréditaires. Je n'ai pas de pistes pour une maladie métabolique ou endocrinienne. Il n'y a pas non plus d'arguments pour une spondylarthropathie. Malheureusement, l'espoir d'une « conversion » professionnelle est faible chez cette patiente sans aucune formation et ne maîtrisant pas le français écrit. Une activité adaptée à son état de santé est difficile à proposer au vu de sa faible tolérance à l'effort et aux capacités de formation et d'adaptation réduites. Je n'ai pas de solution miraculeuse à proposer, mais lui ai conseillé de poursuivre régulièrement les séances de physiothérapie en insistant sur l'enseignement des techniques de proprioception tout en gardant une activité physique maximale. Le point douloureux maximal étant situé à l'épaule droite, j'ai effectué ce jour une infiltration par voie sous-acromiale. » Par communication du 15 mai 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, notamment en raison de l'état de santé non stabilisé. Sur demande de l'OAI concernant l'évaluation de la capacité de travail, en particulier les raisons pouvant mener à retenir une incapacité dans une activité adaptée, la Dresse K. _____ a précisé, par courrier du 16 août 2013, que lorsqu'elle avait examiné la patiente, elle n'avait pas mandat d'expertise. En relisant ses conclusions, elle supposait qu'elles étaient basées sur une impression plus que sur des données objectives de l'examen

clinique. Le pronostic paraissait défavorable pour une réadaptation professionnelle au vu d'une faible tolérance à l'effort et de capacités d'adaptation réduites. La Dresse K._____ ne pouvait elle-même procéder aux tests permettant d'estimer la capacité physique des

- 5 - patients. Ce type de cas, complexe selon elle, méritait une évaluation dans un centre spécialisé ou lors d'une expertise multidisciplinaire. Par avis médical du 23 août 2013, les Drs B._____ et F._____, spécialistes en médecine interne générale, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), ont estimé nécessaire la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR. Cet examen a été réalisé par les Drs P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 19 août 2014. On extrait du rapport qui en découle, du 20 octobre 2014, ce qui suit : « APPRÉCIATION DU CAS [...] Mme X._____ s'estime incapable de reprendre une activité professionnelle, elle se décrit « à présent malade », annonce d'emblée avoir des douleurs partout. L'assurée a des douleurs ubiquitaires des 4 membres, des douleurs cervicales, des douleurs lombosacrées continues. Elle ressent des brûlures dans les épaules et au niveau de la nuque. Elle annonce une diminution de sensibilité intermittente à la face antérieure de la cuisse, à la face latérale de la nuque et des trapèzes, non systématisable à un territoire radiculaire. L'assurée catastrophise les douleurs, elle a l'impression que sa nuque ou que sa tête va exploser. L'assurée est suivie régulièrement par la Dresse K._____, rhumatologue, 1 fois tous les 3 à 4 mois. La Dresse K._____ lui a fait 5 ou 6 infiltrations au niveau des épaules, sinon l'assurée est traitée par anti-inflammatoires à dose modérée, par substitut du cartilage, ainsi que par antalgiques simples. L'examen de médecine interne est normal de même que l'examen neurologique ; il n'y a pas de déficit neurologique systématisable. L'assurée a un comportement algique marqué. La participation à l'examen est partielle, l'assurée fait de nombreuses contrepulsions, à l'examen de sa nuque, de ses épaules, de ses hanches, de son rachis lombaire. Les amplitudes mesurées ne sont pas les amplitudes maximales. Il existe une fluctuation de la gestuelle spontanée, initialement l'assurée vient avec une collerette mousse tenant sa nuque. Pendant l'entretien, elle enlève la collerette mousse avec une gestuelle spontanée normale ; lors de l'examen, la

- 6 - gestuelle de la nuque est fortement limitée, l'assurée ne bouge pratiquement pas sa nuque quand elle marche, par exemple. Les douleurs ressenties par l'assurée dépassent largement les zones touchées par les troubles dégénératifs, il existe une composante de fond de type fibromyalgique. Nous n'avons pas de synovite. Au niveau des épaules, la mobilité est limitée par le ressenti douloureux ; nous n'avons pas de tendinopathie spécifique, pas de signes pour un conflit sous-acromial. L'examen ne permet pas de trouver une étiologie spécifique aux douleurs extrêmement marquées ressenties par l'assurée. L'examen des hanches n'oriente pas vers une pathologie spécifique. La mobilisation est limitée par le ressenti douloureux [...] ; il n'y a pas d'arrêt dur à la mobilisation pour un trouble dégénératif. [...] Au niveau du rachis, l'assurée a de légers troubles statiques sous forme d'une légère scoliose dorsale à convexité gauche, un relâchement de la sangle abdominale. Il n'y a pas de syndrome rachidien, tant cervical que lombaire. La mobilité au niveau de la nuque est limitée dans toutes les directions, l'assurée a une appréhension, ne détend pas sa musculature à la palpation. La gestuelle spontanée est fluctuante. Au niveau lombaire, la mobilité est dans les limites de la norme en flexion, limité d'1/3 en extension et en flexion latérale, l'assurée a des douleurs dans toutes les directions ne permettant pas de s'orienter

sur un problème articulaire postérieur ou discal. La manoeuvre de Lasègue est négative à la recherche d'une sciatalgie irritative. Le score de Wadden est positif pour des signes comportementaux. L'étude du dossier radiologique n'apporte pas d'explications cohérentes pouvant expliquer l'importance des symptômes de l'assurée. Nous ne trouvons pas de coxarthrose, nous avons une calcification sur le grand trochanter parlant pour une périarthrite de hanche chronique. Au niveau lombaire, les clichés sont dans les limites de la norme pour une femme de 40 ans à l'époque ; nous ne pouvons pas confirmer les altérations dégénératives précoces pour l'âge, avec discopathies lombaires basses annoncées par la Dresse K. _____ (consultation du 12.12.2012) ; dans le descriptif de la rhumatologue, il existe une incohérence, à savoir que d'un côté il est retenu des altérations dégénératives précoces pour l'âge et que, de l'autre côté, il est mentionné que les discopathies sont mal visualisables en raison de la technique. Vu la divergence d'opinion sur la gravité des troubles dégénératifs et les clichés datant de 2 ans, nous complétons le bilan avec des nouveaux clichés complémentaires à l'Institut E. _____. Les clichés réalisés le 2 septembre 2014 ne montrent pas de changement ; il

- 7 - existe des signes de discopathie débutante en L5-S1 et la persistance des calcifications rétrotrochantériennes, sans coxarthrose. Le Dr [...], radiologue retient une coxa profunda bilatérale ; il s'agit d'une anomalie constitutionnelle pouvant favoriser les conflits fémoro-acétabulaire ; l'examen clinique et les plaintes de l'assurée n'orientent pas vers ce diagnostic. Les clichés de la nuque, effectués en 2012, sont dans les limites de la norme et n'expliquent pas les allégations de l'assurée ni ses douleurs dans tous les axes à la mobilisation. Les radiographies de l'épaule de 2012 montrent des signes pour une ancienne tendinite calcifiante du sus-épineux à droite. Cette affection évolue normalement, sans séquelles après l'épisode aigu. Cette trouvaille radiologique n'explique pas les douleurs bilatérales dans tous les axes que fait ressortir l'examen clinique. L'examen radiologique est par contre intéressant car il montre qu'il n'y a pas d'autres pathologies visibles, notamment pas de signes de conflit sous-acromial, d'arthrose gléno-humérale ou acromio-claviculaire. En conclusion, nous nous trouvons devant un tableau de syndrome douloureux chronique avec un substrat organique peu conséquent et une composante de fond de type fibromyalgique. Les éléments à disposition ne permettent pas de retenir d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles durables sur le plan ostéo-articulaire. Sur le plan psychiatrique, [...] Le seul antécédent psychiatrique retrouvé chez l'assurée et signalé par le Dr U. _____ dans son rapport du 18.04.2013 est un épisode dépressif en 2012, qui aurait duré quelques mois et aurait justifié la prescription d'un antidépresseur. Nous remarquons que le Dr U. _____ a classé cet épisode dépressif parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée ne prend actuellement aucun traitement psychotrope. L'examen psychiatrique de ce jour n'objective pas de pathologie psychiatrique. En particulier, il n'existe pas d'épisode dépressif, en l'absence des 3 critères majeurs de la dépression : il n'y a pas d'abaissement de l'humeur caractérisée, pas de diminution de l'intérêt et du plaisir. Il existe une réduction de l'énergie avec augmentation de la fatigabilité et diminution de l'activité, mais celle-ci n'est pas d'origine dépressive, mais en relation avec les douleurs, la diminution d'énergie est à prédominance vespérale. Par ailleurs, l'examen n'objective pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclare qu'elle ne sait pas), pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation de sommeil d'origine dépressive ni de diminution de l'appétit. Enfin, tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression sont absents. L'assurée précise que, sur le conseil de son

- 8 - médecin traitant, elle a volontairement perdu du poids ces derniers mois. En présence du diagnostic de fibromyalgie retenu ce jour par le médecin somaticien, les critères de sévérité doivent être discutés : d'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste ; d'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et si l'on doit admettre que jusqu'à présent le traitement a échoué, on ne peut affirmer que l'état psychique de l'assurée est cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique, en l'absence de prise en charge spécialisée. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection présentée par l'assurée n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI [assurance- invalidité], elle ne relève pas de l'AI. Sur le plan psychiatrique, on doit donc considérer que l'assurée n'a jamais connu d'incapacité de travail durable. » A vu de ce que qui précède, les Drs P. _____ et W. _____ ont retenu les diagnostics de composante de fond de type fibromyalgique et de troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire, sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr B. _____ s'est prononcé sur le rapport précité le 7 novembre 2014, considérant qu'il n'y avait pas de raison médicale de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail faite par les médecins examinateurs du SMR. L'OAI a rendu un projet de décision le 12 novembre 2014, retenant, sur la base des conclusions du SMR, que la fibromyalgie dont souffrait l'assurée ne constituait pas une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. L'intéressée n'avait ainsi pas droit à des prestations. L'assurée a contesté le projet précité le 5 janvier 2015, observant notamment que le diagnostic n'était pas clair et que la Dresse K. _____ avait préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

- 9 - Par courrier du 2 mars 2015, l'assurée a produit un rapport médical du 19 février 2015 du Dr G. _____, médecin praticien et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel s'est prononcé sur la base du dossier de l'assurée. Il observait que le cas avait été étudié en profondeur lors de l'examen bidisciplinaire au SMR. Le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été retenu, entre autre en raison de l'absence de pathologie psychiatrique, ce qui lui semblait juste. Au niveau des hanches, les lésions admises étaient adéquates. Le Dr G. _____ ne voyait rien à ajouter « dans un dossier déjà très fouillé ». Il suggérait finalement la piste du syndrome de fatigue chronique, car l'assurée se plaignait de fatigue permanente. Le Dr B. _____ et le Dr M. _____, spécialiste en anesthésiologie, se sont prononcés sur ce rapport le 21 avril 2015, observant que le syndrome de fatigue chronique était assimilé par la jurisprudence au trouble somatoforme et à la fibromyalgie, la question ayant ainsi été « couverte » par l'instruction du SMR. Le Dr G. _____ se prononçait sans avoir examiné l'assurée et ne décrivait donc aucun fait nouveau ni aggravation de l'état de santé depuis l'examen bidisciplinaire. Le SMR maintenait dès lors sa position. L'OAI a rendu une décision le 24 avril 2015 dans le sens du projet du 12 novembre 2014, niant ainsi tout droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. B. X. _____ a recouru contre la décision précitée par l'intermédiaire de son mandataire le 29 mai 2015, concluant à son annulation et à la confirmation de son droit à une rente d'invalidité complète, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a produit diverses pièces, dont un rapport de la Dresse K. _____ du 22 mai 2015, dont la teneur est la suivante : « J'ai pris connaissance [...] du rapport « détaillé » du SMR. Comme vous, je pense que cet examen ne peut être considéré comme une expertise et que de façon évidente, les médecins de l'OAI appliquent

- 10 - les règles qui autorisent de refuser le droit aux prestations d'une patiente souffrant de « fibromyalgie ». L'injustice est flagrante mais malheureusement, il est bien difficile de trouver la faille qui permettrait à Madame X. _____ de bénéficier d'une « considération » de l'OAI. [...] Il m'est difficile de mettre en doute les compétences du radiologue et sa description correspond parfaitement aux images que j'ai observées. Les découvertes radiologiques sont banales et très souvent présentes chez des gens qui ne souffrent d'aucune lombalgie. J'avais parlé à une certaine époque d'une coxarthrose mais il s'agit plutôt d'une « coxa profunda » qui n'est pas à proprement parl[er], une pathologie susceptible de générer un « handicap ». Par contre, des douleurs peuvent être provoquées par des tendinites calcifiantes relatives à des enthésopathies des tendons fessiers sur le trochanter. Je crains malheureusement que l'on est loin d'une pathologie générant un handicap susceptible de justifier une incapacité professionnelle durable dans toute activité. Toutefois, si vous trouvez le moyen d'organiser une expertise pluri- disciplinaire, je vous soutiendrai. [...] » Par réponse du 26 août 2015, l'intimé a maintenu sa position, sur la base d'un avis du SMR du 21 août 2015, auquel il se ralliait. Dans cet avis, les Drs B. _____ et M. _____ ont examiné la situation de la recourante sous l'angle des indicateurs établis par la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilés (cf. infra consid. 4). Ceux-ci n'étant pas remplis, et en l'absence de comorbidité psychiatrique, l'affection que présentait la recourante n'était selon eux pas incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Par courrier du 5 novembre 2015, la recourante a produit un rapport médical du 29 octobre 2015 de la Dresse Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychothérapeute D. _____. Ces dernières ont en premier lieu précisé envoyer un rapport sommaire concernant l'état de santé psychique de la recourante, car elles ne l'avaient rencontrée qu'à trois reprises et n'avaient aucun dossier médical sur ses antécédents. La recourante présentait une symptomatologie anxio- dépressive en lien avec ses troubles physiques (difficultés majeures à initier des actions et à maintenir un effort prolongé). Au status psychique,

- 11 - elles observaient un ralentissement psychomoteur modéré. La patiente était orientée aux quatre modes et collaborante. Elle était cohérente et il n'y avait pas de trouble de la pensée et de la perception. La thymie était légèrement abaissée. Une anhédonie était observée, ainsi qu'une absence de plaisir et une dévalorisation en lien avec la peur de ne pas être une bonne mère. La recourante décrivait une importante irritabilité, une perte d'espoir, une tristesse importante et des troubles du sommeil qui se manifestaient par des difficultés d'endormissement. Une anxiété généralisée était également observée, ainsi que des ruminations à caractère anticipatoire en lien avec son futur et celui de ses enfants. Il n'y avait pas de symptômes psychotiques ni de consommation de substances. Un suivi psychothérapeutique avait été entamé avec des rendez-vous toutes les deux semaines et l'introduction d'une médication antidépressive (Venlafaxine 150mg/j). L'évolution de la symptomatologie dépressive et anxieuse était lentement favorable. Un suivi psychothérapeutique et pharmacologique au long cours associé aux traitements somatiques en lien avec sa maladie était nécessaire pour obtenir une amélioration de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Il était difficile de statuer quant à l'évolution clinique future de la patiente car son état psychique dépendait essentiellement de limitations somatiques. Les douleurs articulaires étaient d'intensité moyenne à forte. La patiente était limitée dans les déplacements ainsi que les tâches ménagères. La Dresse Y. _____ et la psychothérapeute D. _____ ne pouvaient pas fournir d'autres renseignements car elles suivaient cette patiente seulement depuis le 2 octobre 2015. La consultation du dossier

médical de l'intimé était nécessaire si un rapport plus complet devait être fourni. Par écriture du 4 avril 2016, la recourante a produit un nouveau rapport de la Dresse Y. _____ et de la psychothérapeute D. _____, du 26 février 2016. Ces dernières retenaient les diagnostics d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00) et de trouble anxieux, sans précision (F41.9). Reprenant les observations faites dans leur rapport précédent, elles ont précisé observer une attitude démonstrative. Elles émettaient l'hypothèse que la recourante avait

- 12 - développé un trouble anxio-dépressif suite à la maladie de son mari qui la laissait avec toute la charge du ménage et des enfants. Elle ne pouvait bénéficier de l'aide de sa famille, qui vivait dans un autre pays, situation qui durait depuis de nombreuses années et lui pesait beaucoup. Ceci pouvait expliquer l'aggravation des douleurs somatiques. La Dresse Y. _____ et D. _____ expliquaient finalement que l'ampleur des préoccupations somatiques pouvait déterminer une aggravation et induire la patiente à vivre la douleur de manière plus intense. La recourante était convaincue d'avoir une maladie dégénérative grave et pour laquelle aucun traitement n'était possible. Les éléments médicaux en possession de la Dresse Y. _____ et de la psychothérapeute D. _____ ne leur permettaient pas de se prononcer sur la gravité de l'atteinte somatique. Sur la base de ce rapport, la recourante a observé que les éléments psychiques n'étaient peut-être pas de nature à justifier une rente d'invalidité. Toutefois, ils se combinaient aux troubles somatiques évidents, qui avaient amené la Dresse K. _____ à préconiser une expertise pluridisciplinaire. Par écriture du 21 avril 2016, l'intimé a maintenu sa position, se référant à un avis médical du Dr B. _____ du 14 avril 2016, observant notamment que l'épisode dépressif léger n'était pas de nature à justifier une quelconque incapacité de travail. Le trouble anxieux bénéficiait depuis l'automne 2015 d'un traitement de sertraline et n'était pas source d'empêchements d'une ampleur considérable, comme le démontrait le tableau clinique rapporté. Par écriture du 20 mai 2016, la recourante a maintenu sa position, alléguant notamment que le SMR lui-même, dans son rapport du 23 août 2013, retenait l'existence d'un trouble somatoforme douloureux chronique et relevait l'existence d'éléments somatiques. La recourante a consulté le Dr G. _____ dans le cadre de la problématique fibromyalgique et a produit, le 27 juin 2016, un nouveau rapport de ce médecin du 20 juin 2016. Ce dernier retenait, après en avoir

- 13 - examiné les critères, le diagnostic de fibromyalgie (M79.7). Il obtenait en effet aux tests utiles un score de 26 points et constatait dès lors une aggravation de l'état de santé de la recourante par rapport à l'étude de février 2015. La recourante maintenait sa requête d'expertise pluridisciplinaire. L'intimé s'est déterminé le 13 juillet 2016, maintenant sa position, la durée de l'éventuelle incapacité de travail liée à l'atteinte précitée ne remplissant pas les exigences légales au moment où la décision attaquée avait été rendue. La recourante a confirmé ses conclusions par écriture du 19 juillet 2016, soulevant encore que l'on ne pouvait se contenter d'appréciations émanant des médecins du SMR. L'intimé a également maintenu sa position, le 2 août 2016, produisant un nouvel avis du Dr B. _____ du 18 juillet 2016, qui retenait qu'en application de la méthode du Dr G. _____, le score concernant la fibromyalgie aurait été de 24 lors de l'examen au SMR de 2014, ce qui n'était pas significativement différent d'un score de 26. Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision de l'assurance- invalidité ne fournissaient aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail était inchangée depuis dite décision.

La recourante a confirmé ses conclusions et sa requête d'expertise par écriture du 2 septembre 2016. Les arguments des parties seront pour le surplus repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après. E n d r o i t :

- 14 - 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au regard des atteintes à la santé dont elle souffre. 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 (art. 8 al. 1 LPGA ; 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de

- 15 - l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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). b) 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 demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 4. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril

2008 consid. 3.4). Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de

- 16 - l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). a) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. b) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

- 17 - appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines

de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

- 18 - attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité). c) Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante et il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (consid. 8 de l'arrêt cité ; ATF 137 V 270). 5. a) 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. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne

- 19 - peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin

2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG, leur valeur

- 20 - probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références). 6. a) S'agissant tout d'abord de la problématique somatique, le Dr U._____ retenait en avril 2013 les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'altérations dégénératives du rachis/discopathie lombaire, de coxarthrose bilatérale et de tendinopathie calcifiante de l'épaule droite, mais également de syndrome douloureux chronique, diagnostic psychiatrique susceptible d'expliquer des douleurs physiques. Il se référait à un rapport de la Dresse K._____, consultée pour évaluer le syndrome douloureux. Dans son rapport du 12 décembre 2012, la Dresse K._____ relevait en effet la présence d'un syndrome douloureux

- 21 - chronique, en relation avec des troubles statiques et des altérations dégénératives héréditaires. Il n'y avait pas de piste pour une maladie métabolique ou endocrinienne. Quant à la capacité de travail, elle observait que l'espoir d'une reconversion professionnelle était faible chez la recourante en raison de l'absence de formation, de son niveau de français, de sa faible tolérance à l'effort et de ses capacités de formation et d'adaptation réduites. Elle préconisait uniquement la poursuite de séances de physiothérapies. La Dresse

K. _____ a ensuite précisé en août 2013, que ses conclusions étaient basées sur une impression plus que sur des données objectives de l'examen clinique. Elle-même n'étant pas en mesure d'effectuer des tests permettant d'estimer la capacité physique de sa patiente, elle recommandait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le Dr U. _____ ne motive pas les diagnostics qu'il retient, mais se fonde manifestement sur le rapport de la Dresse K. _____, qui elle ne retient pas les diagnostics mentionnés par le Dr U. _____ en tant que tels. Elle conclut certes à l'existence de troubles statiques et d'altérations dégénératives héréditaires, sans toutefois estimer l'influence de ces atteintes sur la capacité de travail, et relève une situation complexe nécessitant un examen. Il est observé qu'il ressort toutefois déjà des conclusions de ces deux médecins que les atteintes somatiques décrites, du moins leur ampleur, sont en lien avec un syndrome douloureux et ces évaluations sont insuffisantes pour retenir une incapacité de travail en rapport avec ces troubles. Le SMR s'est prononcé sur ces documents par avis du 23 août 2013. Contrairement à ce que soutient la recourante dans son écriture du 20 mai 2016, il ne retient absolument pas l'existence d'un trouble somatoforme douloureux chronique, ni celle d'éléments somatiques. En effet, il se contente de résumer le contenu des documents à sa disposition, dont notamment le rapport de la Dresse K. _____, et constate qu'il n'y a au dossier pas de notion de suivi ou d'antécédents psychiatriques, ni d'hospitalisation, ce pourquoi il convenait de procéder à un examen bidisciplinaire au SMR.

- 22 - Il est rappelé à ce stade que, contrairement à ce que prétend la recourante, l'examen effectué au SMR le 19 août 2014 n'est pas un simple avis. Il se fonde sur le dossier médical de l'intéressée, une anamnèse détaillée, un examen clinique, ainsi que sur des radiologies prises pour cette évaluation. Il s'agit donc d'un examen réalisé en conformité de l'art. 49 al. 2 RAI, dont la valeur probante est comparable à une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, dès lors qu'il satisfait en l'espèce aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. supra consid. 5). En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, tant sous l'angle somatique que sous l'angle d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, soit en l'occurrence un éventuel trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie ou un syndrome de fatigue chronique. Les examens sont complets, le rapport prend en compte les plaintes de la recourante, de même que les observations et conclusions des médecins traitants, et explique de manière détaillée pour quelles raisons les diagnostics pouvant entrer en ligne de compte sont écartés. Les conclusions des médecins examinateurs du SMR n'entrent du reste pas en contradiction avec celles de la Dresse K. _____, dès lors que cette dernière renvoie précisément à un tel examen, elle-même n'étant pas en mesure de déterminer l'origine, ni d'évaluer et d'expliquer l'ampleur des atteintes décrites par sa patiente. Les médecins du SMR, à l'instar des Drs U. _____ et K. _____, n'écartent pas totalement toute atteinte à la santé de la recourante, mais retiennent une composante de fond de type fibromyalgique, ainsi que des troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire, sans influence sur la capacité de travail. Les rapports établis postérieurement à l'examen du SMR, et antérieurement à la décision attaquée, ne viennent pas contredire cette évaluation.

- 23 - Le Dr G. _____ est d'avis que le SMR a procédé à un examen approfondi du cas de la recourante et s'est dit d'accord avec son analyse. Contrairement à ce qu'avance cette dernière, ce médecin n'a aucunement préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Au contraire, il a précisé n'avoir rien à ajouter dans un dossier qu'il a

qualifié de « déjà très fouillé », si ce n'est la piste d'un syndrome de fatigue chronique. Ce dernier diagnostic, évoqué par le Dr G. _____ sur la seule base du dossier de la recourante, n'apparaît nulle part ailleurs dans le dossier et il peut être considéré que l'examen bidisciplinaire réalisé suffit, dès lors qu'il avait notamment pour but de déterminer l'existence ou non d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires. La recourante a ensuite produit en procédure judiciaire un nouveau rapport de la Dresse K. _____. Bien que celle-ci estime que sa patiente est victime d'injustice, elle explique également qu'il est difficile de trouver une « faille » permettant une prise en compte par l'intimé des atteintes de sa patiente. Elle confirme par ailleurs que les découvertes radiologiques sont banales et très souvent présentes chez des gens ne souffrant d'aucune lombalgie. On est loin selon elle d'une pathologie susceptible de générer un handicap justifiant une incapacité professionnelle durable dans toute activité. Il ressort ainsi clairement de son rapport qu'il n'existe pas d'atteinte somatique invalidante. Au vu de ce qui précède, le rapport du SMR du 19 août 2014 revêt une pleine valeur probante, sans que les documents médicaux amenés par la recourante ne permettent de remettre en question ses conclusions, de sorte qu'il doit être suivi. b) Dans le cadre de la jurisprudence développée en matière de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires, il sied ensuite d'observer que le diagnostic posé n'a été qualifié que de « composante de fond de type fibromyalgique » et n'a pas été rattaché à un système de classification reconnu, tel que la CIM-10. Aucune limitation fonctionnelle n'a par ailleurs été mentionnée. De plus, le caractère démonstratif du comportement de la recourante a été relevé tant par les médecins

- 24 - examinateurs du SMR que par la Dresse K. _____, de même que par la Dresse Y. _____ et la psychothérapeute D. _____. Ainsi, il ne peut être retenu qu'un diagnostic relevant des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique tels que trouble somatoforme douloureux, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique, a été posé par un expert selon les règles de l'art, en tenant compte du critère de gravité inhérent à ces diagnostics, faisant références aux limitations fonctionnelles, et résistant aux motifs d'exclusion décrits par la jurisprudence topique (cf. supra consid. 4c). Il en résulte qu'un droit aux prestations de l'assurance-invalidité en lien avec cette atteinte est exclu à ce stade déjà. Le SMR, par les Drs B. _____ et M. _____, a tout de même procédé, dans son avis du 21 août 2015, à l'analyse des indicateurs développés par la jurisprudence, sur la base de l'examen bidisciplinaire, qui fournit en effet assez d'éléments pour le faire. Ce rapport observe, de manière circonstanciée, notamment l'absence de comorbidité psychiatrique, de limitation uniforme du niveau d'activité de la recourante dans tous les domaines de la vie, ainsi que d'un état de santé cristallisé, à défaut d'une prise en charge spécialisée. Ce rapport n'a pas été critiqué par la recourante et apparaît convaincant, de sorte qu'il peut être suivi. Il convient sur ce point encore de discuter le rapport du 20 juin 2016 du Dr G. _____, qui retient une aggravation de l'état de santé sous l'angle de la fibromyalgie. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2). Ce n'est pas le cas en l'espèce dès lors que le Dr G. _____ se prononce pour la période contemporaine à son examen et

observe une aggravation par

- 25 - rapport à son examen précédant en février 2015. Contrairement à ce qu'avance la recourante dans ses écritures, ce rapport ne donne aucun indice d'une situation antérieure à la décision litigieuse plus sévère que ce qui a été observé. Une aggravation de l'état de santé ne pourrait en tous les cas pas être retenue avant mars 2015, le Dr G. _____ ayant confirmé l'analyse du SMR en février 2015. Ainsi, quand bien même on devait se rallier à la dernière appréciation du Dr G. _____, le droit à une rente de l'assurance-invalidité ne pouvait s'ouvrir au moment de la décision attaquée, dès lors que la recourante ne présentait pas une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). c) Sur le plan psychique finalement, aucune pathologie invalidante n'a été retenue par les médecins ayant examiné la recourante. Le diagnostic d'épisode dépressif a été mentionné par le Dr U. _____, concernant l'année 2012, sans influence sur la capacité de travail. Le SMR a ensuite écarté de manière convaincante ce diagnostic. Dans leur rapport du 5 novembre 2015, la Dresse Y. _____ et la psychothérapeute D. _____ ont certes décrit une symptomatologie anxio-dépressive, précisant toutefois que leur appréciation était sommaire en l'absence des documents utiles à l'évaluation de l'état de santé de la recourante. Il ressort cependant déjà de ce rapport une symptomatologie peu marquée et une évolution favorable. Elles ont finalement retenu, dans leur rapport du 26 février 2016, les diagnostics d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, et de trouble anxieux, sans précision. Outre le fait que ces diagnostics sont postérieurs à la décision attaquée et n'ont pas été retenus par le SMR lors de l'examen du 19 août 2014, il n'est pas fait état d'incapacité de travail en lien avec ces atteintes, ni même de limitations fonctionnelles. La recourante a elle-même admis que les éléments psychiques n'étaient peut-être pas de nature à justifier une rente d'invalidité. Elle a toutefois relevé qu'ils se combinaient aux troubles somatiques

- 26 - « évidents », qui avaient amené la Dresse K. _____ à préconiser une expertise pluridisciplinaire. Outre le fait qu'un tel examen a bel et bien été réalisé, assimilable à une expertise au vu de la valeur probante qu'il convient de lui conférer, il est observé que les troubles somatiques finalement retenus ne sont pas d'une ampleur telle que, combinés au diagnostics psychiatriques sans influence sur la capacité de travail, ils justifieraient, dans une appréciation globale de la situation, de retenir une atteinte invalidante. Aucun des médecins intervenus, en-dehors du Dr U. _____, dont le rapport est peu détaillé, n'ont d'ailleurs fait état de limitations fonctionnelles, d'une baisse de rendement ou d'une quelconque influence des atteintes observées sur la capacité de travail de la recourante. Au vu de ce qui précède, il ne peut être retenu ni d'atteinte psychique invalidante en soi au sens de l'assurance-invalidité, ni d'invalidité qui résulterait de l'appréciation globale des troubles de la recourante. Le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise de la recourante. 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_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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'assurance-invalidité 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

- 27 - litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGa). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 24 avril 2015 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du

- 28 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Olivier Carré, avocat (pour X. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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