

VD_GERICHTE ZD15.035297 vom 17. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.035297

FR: VD_GERICHTE ZD15.035297 du 17 février 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.035297 del 17 febbraio 2016

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 222/15 - 40/2016 ZD15.035297 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 17 février 2016 _____ Composition : M. DÉPRAZ, président

MM. Neu et Métral, juges Greffière : Mme Monod ***** Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat, à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 8, 43 et 44 LPGA. 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1974, a exercé la profession d'ouvrière (contrôleuse de qualité) à 100% auprès de A. _____ SA depuis le 2 juillet 2001. Elle a été en incapacité de travail à compter du 2 septembre 2013 avant que l'employeur précité ne résilie son contrat de travail avec effet au 30 juin 2014. B. Dans l'intervalle, elle a sollicité des prestations de l'assurance- invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 14 février 2014. Par un rapport du 25 février 2014 adressé à l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée depuis 1994, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'un « état anxieux de longue date » depuis l'adolescence, de « cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques du rachis » depuis 1996, d'une « épicondylite récidivante du coude droit » depuis 2011, d'« omalgies gauches avec probable tendinite du long chef du biceps récidivante » depuis novembre 2011, d'un « probable syndrome poly- insertionnel douloureux récurrent » depuis août 2013, de « gonalgies droites sur probable syndrome fémoro-patellaire » depuis 2012 et d'une « réaction anxio-dépressive à ses multiples problèmes » depuis début 2013. Il a également posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de « diplopie horizontale intermittente sur exophorie presque constamment décompensée » depuis début 2013. Selon ce médecin, l'activité habituelle n'était plus exigible. Le Dr C. _____ a joint à son rapport plusieurs rapports émanant d'autres médecins traitants de l'assurée.

- 3 - A l'issue d'un rapport du 14 mars 2014, le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de « lombalgies récurrentes sans signe radiculaire, irritatif ou déficitaire », d'une « discopathie antélisthésie de L5 sur S1 de grade 1, d'une « omalgie gauche sur syndrome cervicobrachial C6 irritatif gauche » et d'une « arthropathie acromio-claviculaire, tendinopathie du long chef du biceps et du sous-épineux au décours ». Selon ce médecin, l'activité de régleuse de relais pour [...] (recte : pour A. _____ SA) était exigible à 50%, voire plus en fonction de l'évolution suite à une prise en charge psychothérapeutique. Il énumérait les restrictions suivantes : les mouvements au-dessus de l'horizontale, les mouvements d'antéversion, les mouvements de rotation et de flexion de la nuque. Il proscrivait les douleurs cervicobrachiales lombaires et

des épaules. Dans son rapport du 26 mars 2014 à l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de « fibromyalgie (douleurs du dos et de l'épaule, épicondylite) » et de « trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique (F33.11) » depuis septembre 2006. Il a également indiqué un « conflit avec la hiérarchie au travail et mobbing et harcèlement ». Le 26 août 2014, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a indiqué à l'OAI avoir suivi cette dernière en 2012 en raison d'une « hypersomnolence diurne d'étiologie indéterminée et, plus récemment, pour un syndrome d'hyperventilation sévère », les facteurs déclenchants de ce deuxième problème étant « l'anxiété ainsi que l'exposition à diverses émanations (par exemple, parfums, produits de nettoyage) ». Il relevait, au sujet d'un projet de réadaptation professionnelle, que « tout environnement confiné ou source d'irritation et/ou d'allergie des voies respiratoires (substances allergisantes ou irritantes, froid, humidité) devra[it] être évité ». Par courriel du 15 octobre 2014, le Dr D. _____ a signalé à l'OAI que les diagnostics énoncés le 14 mars 2014 étaient erronés. Il fallait lire au point 1.1. du rapport médical correspondant les diagnostics de

- 4 - « syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgiforme », « épicondylalgies droites d'accompagnement » et « lombalgie et cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ». Il n'y avait pas de socle somatique pouvant justifier, selon un modèle biomédical, une incapacité de travail de longue durée. Une composante « psycho-socio-familio-culturelle » (sic) paraissait jouer un rôle significatif dans la genèse et la chronicisation de la douleur. L'OAI a diligenté un examen bi-disciplinaire de l'assurée, sur les plans psychiatrique et rhumatologique, lequel a eu lieu le 20 octobre 2014 au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Au terme de leur rapport du 21 novembre 2014, les Drs H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, et K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont notamment exposé ce qui suit : « [...] DIAGNOSTICS avec répercussion durable sur la capacité de travail : CHONDROPATHIE ROTULIENNE BILATÉRALE DÉBUTANTE (M.22.2). AUCUN SUR LE PLAN RHUMATOLOGIQUE (Z71.1). AUCUN DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE. sans répercussion sur la capacité de travail : FIBROMYALGIE (M79.0). LOMBALGIES COMMUNES (M54.5). CERVICALGIES COMMUNES (M54.2). AUCUN DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE. APPRÉCIATION DU CAS Assurée de 40 ans, sans formation, ayant travaillé pendant 12 ans comme ouvrière chez A. _____ SA, affectée au contrôle des relais ferroviaires, licenciée au 30.06.2014, qui dépose une 1ère demande de réadaptation-rente le 14.02.2014 en raison de douleurs de dos, présentes depuis 1998. Sur le plan professionnel, la dernière activité s'exerçait en position assise, 80-90% du temps. Celle-ci est déclarée moyennement contraignante en raison de la flexion permanente de la nuque, des mouvements répétés des membres supérieurs et de l'importante concentration nécessaire. Au point de vue rhumatologique, l'assurée se plaint de lombalgies basses depuis 1998, aggravée en 2012 et permanentes depuis septembre 2013, suite à la cure thermique à [...]. Les cervicalgies irradient dans la région interscapulaire et les lombalgies au membre inférieur gauche. Les douleurs à l'épaule gauche et à l'épicondyle droit sont apparues en 2012 et se sont aggravées en septembre 2013. Les gonalgies, à prédominance droite, sont apparues il y a 4-5 ans et elle s'en plaint surtout lorsqu'elle descend les escaliers. Pendant l'interrogatoire d'une heure, elle se lève 1 fois pour soulager son dos et reste debout 5 minutes. Pendant celui-ci et

- 5 - l'examen, l'assurée n'arrête pas de tousser, alléguant une hyperventilation que nous ne constatons pas. Lorsqu'elle se déshabille, elle épargne l'épaule gauche. Elle évite de se pencher en avant pour enlever ses chaussures, raison pour laquelle elle se déchausse avec le pied sur la chaise. A noter qu'elle porte un taping (réd. : bandage) conséquent au bas du dos, qui induit une restriction dans la flexion du rachis. L'examen révèle une assurée en bon état général présentant un poids normal, avec un BMI à 20 kg/m². Hypotension asymptomatique à 100/60 mmHg. La fréquence cardiaque est normale. Il n'y a pas de boiterie à la marche. Elle accède en salle d'examen par les escaliers, mais demande de prendre l'ascenseur pour quitter le Service à cause des gonalgies. Elle présente une asymétrie de la fente palpébrale en défaveur du côté gauche et, par moments, un strabisme divergent de l'œil gauche, ainsi qu'une surdité de transmission gauche anamnesticquement ancienne. Ces constats ophtalmologiques et ORL ne sont pas de notre compétence. Le problème ophtalmologique est suivi à l'Hôpital F._____. L'examen neurologique est considéré normal. Les réflexes sont symétriques aux 4 extrémités. Hormis la sensibilité au toucher et au piquer, les autres modalités sont toutes normales et symétriques. Le trouble de la sensibilité allégué aux 2 modes ne correspond pas à un trajet radiculaire ou tronculaire, n'est pas reproductible et ne peut s'expliquer par une lésion organique centrale ou périphérique. Au testing de la force musculaire, l'assurée ne donne pas le maximum d'elle-même, tandis qu'elle arrive à marcher, monter les escaliers et s'accroupir, elle développe une force à M4 au niveau des fléchisseurs des hanches et des extenseurs des genoux, ce qui n'est pas concordant. Il en est de même pour la force de préhension des mains, qui est quasi nulle, aussi bien avec le Jamar que lorsqu'elle serre 2 doigts de l'examineur, tandis qu'elle arrive à porter le sac de radiographies, d'environ 1,5-2 kg, sans le lâcher. Les différentes épreuves de coordination sont intactes. L'épreuve de Lasègue, négative assise à 90°, provoque une douleur lombaire et de la fesse lorsqu'elle est couchée à 70° à droite et 80° à gauche, avec un Bragard négatif. Ces résultats ne sont pas concordants. L'examen ostéoarticulaire montre une mobilité des articulations périphériques symétrique aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, sans aucun signe inflammatoire. Toute activité passive lente des membres inférieurs provoque des douleurs, que l'assurée manifeste par une mimique douloureuse et des soupirs. La palpation musculaire paravertébrale, des trapèzes, des bras et avant-bras provoque un sursaut. Les points de Smythe sont tous présents. Il n'y a pas de tendinite ou d'enthésopathie. A l'examen des épaules, douleurs diffuses à la palpation. La coiffe des rotateurs résiste à la force modérée exercée par l'examineur. Elle est intacte ddc (réd. : des deux côtés). Les tests de provocation pour une épicondylite ne provoquent pas de douleurs aux épicondyles ou aux épitrochlées, mais plutôt des douleurs au niveau du dos de la main ddc. Ce signe n'est pas concordant avec une épicondylite authentique. A la mobilisation passive des genoux, qui sont par ailleurs secs et stables et sans lésion méniscale, on palpe des crépitations fines et craquements en regard de la rotule, à environ 30-40° de flexion, craquements reproductibles, s'accompagnant chaque fois d'une appréhension de l'assurée et des douleurs qu'elle manifeste. Nous considérons les plaintes de l'assurée et notre examen est compatible avec une chondropathie

- 6 - rotulienne débutante bilatérale, pour laquelle nous retenons des limitations fonctionnelles. Son activité habituelle d'ouvrière dans le contrôle qualité chez A._____ SA est compatible avec ce constat, puisqu'elle travaillait 80-90% du temps assise. En ce qui concerne le rachis cervical, la mobilité est physiologique, symétrique, indolore. La mobilité du rachis lombaire est limitée en flexion par le taping conséquent, qui

s'étend de L1 à S1 ddc, auquel est ajouté un taping en X couvrant la région L3 à S1. Nous ne pouvons parler d'un syndrome lombovertébral en l'absence d'autres critères, comme par exemple une contracture musculaire, une restriction des rotations ou latéroflexion, des douleurs à la percussion, un Lasègue positif. L'examen neurologique et rhumatologique ne permet pas de retenir un substrat organique aux plaintes douloureuses au niveau du rachis cervical, du rachis lombaire, des épaules ou des coudes hormis la chondropathie rotulienne débutante bilatérale. Les plaintes de l'assurée s'inscrivent dans le cadre d'une fibromyalgie. La présence des 5 signes de non-organicité de Waddell conforte notre appréciation quant à une majoration des douleurs. Au point de vue psychiatrique, le dossier contient le rapport établi par le Dr G. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH le 26.03.2014. Dans son rapport, le spécialiste pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique (F33.11), existant depuis septembre 2006. Il traite ambulatoirement l'assurée depuis le 27.09.2013. Son rapport ne contient pas de status psychiatrique. Les restrictions psychiques à l'activité habituelle sont l'anxiété et un mauvais sommeil. Il atteste une incapacité de travail de 100 % depuis le 02.09.2014. L'anamnèse recueillie aujourd'hui ne montre aucun signe évocateur de pathologie psychiatrique. L'assurée dit être allée consulter un psychiatre parce qu'elle se sentait stressée et irritée par sa maladie physique. L'interrogatoire de l'examineur du SMR ne met pas en évidence les signes caractéristiques de la dépression : tristesse permanente, perte d'intérêt et du plaisir, fatigue et fatigabilité augmentée. L'assurée se dit préoccupée par sa situation socio-professionnelle et se sent irritée par le côté fluctuant et imprévisible de ses symptômes physiques douloureux. Le status psychiatrique de ce jour ne met pas en évidence de signes pathologiques, que ce soit sur le plan dépressif, anxieux, psychotique ou de la personnalité. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique existant depuis septembre 2006, posé par le Dr G. _____ dans son rapport du 26.03.2014, ne peut pas être retenu. Il n'est étayé par aucun status psychiatrique et l'anamnèse de ce jour au SMR ne le confirme pas. L'assurée ayant reçu un diagnostic de fibromyalgie, nous constatons que ce dernier n'est accompagné d'aucune pathologie psychiatrique manifeste incapacitante de longue durée. Il ne s'agit pas d'une affection permanente, sans rémission durable, ceci au vu du caractère fluctuant des douleurs et de leur imprévisibilité ; l'assurée vit en famille, voit des amis, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie ; un état psychique cristallisé ou profit primaire tiré de la maladie n'a pas été trouvé ; on ne peut pas parler d'un échec de traitement dans les règles de l'art, en effet, certains médicaments sont prescrits uniquement en

- 7 - réserve et l'assurée peut faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Limitations fonctionnelles Genoux : éviter les travaux en position accroupie et à genoux, éviter la montée/descente d'escaliers répétée, éviter de soulever ou de porter des charges près/loin du corps supérieures à 15 kg, éviter de marcher en terrain irrégulier. Ces LF (réd : limitations fonctionnelles) sont compatibles avec l'activité habituelle. Aucune limitation fonctionnelle psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail est totale depuis le 01.09.2013 (cf. rapport médical du Dr C. _____ du 25.02.2014). Nous admettons une IT (réd. : incapacité de travail) totale d'un mois pour un épisode douloureux aigu. Sur le plan psychiatrique, sans objet. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan rhumatologique, l'IT a été reconduite par le Dr C. _____ à ce jour. Nous ne nous alignons pas sur cette IT de longue durée compte tenu des constats clinique, radiologique et anamnestique. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est totale dans

toute activité depuis le début de la carrière professionnelle de l'assurée. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique des genoux, en lien avec la chondropathie rotulienne. La dernière activité exercée en tant qu'employée d'assurance qualité est compatible avec les limitations fonctionnelles que nous retenons pour les genoux. Dans une autre activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est totale. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE D'ASSURANCE QUALITÉ : 100% DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS OCTOBRE 2013. » En date du 22 décembre 2014, le SMR, sous la plume des Drs M. _____ et L. _____, médecins, a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 1er octobre 2013 avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les travaux en position accroupie et à genoux, la montée et la descente d'escaliers répétée, éviter de soulever ou porter des charges près ou loin du corps supérieures à 15kg, éviter de marcher en terrain irrégulier, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques.

- 8 - L'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce du 8 décembre 2014 au 6 février 2015 sous la forme d'une formation aux techniques de recherche d'emploi (TRE) et d'un stage auprès de la Fondation N. _____ (cf. communication de l'OAI du 6 janvier 2015). C. Le 5 février 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, envisageant de rejeter sa demande de prestations au motif que sa capacité de travail était entière dans l'activité habituellement exercée. Par courrier du 3 juin 2015, assistée de son conseil, Me Philippe Nordmann, l'assurée a transmis à l'OAI divers rapports médicaux. Elle indiquait que son incapacité totale et durable de travailler résultait de ces documents, ce qui lui ouvrait à son sens droit aux prestations de l'AI. A notamment été produit un rapport du 23 avril 2015, émanant des Drs R. _____ et S. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au sein de l'Institut P. _____ ont posé le diagnostic principal de « toux chronique » et le diagnostic différentiel de « toux par hypersensibilité sensorielle ». En outre, un certificat du 8 mai 2015 du Dr G. _____ attestait de l'incapacité totale de travail de l'assurée du 1er mars au 31 mai 2015. Enfin, en réponse à diverses questions posées par le conseil de l'assurée, le Dr C. _____ relevait le 29 mai 2015 que, compte tenu des problèmes tant somatiques que psychiques, la capacité de travail de l'assurée lui semblait nulle. Selon lui, aucune activité adaptée ne pourrait conduire à un rendement suffisant pour assurer une rémunération dite normale. L'assurée ne pourrait exercer qu'une activité de nature occupationnelle. Dans un avis du 15 juin 2015, le SMR, soit les Drs W. _____ et X. _____, médecins, a exposé qu'il convenait d'intégrer aux limitations fonctionnelles « l'exposition à diverses émanations ». Pour le surplus, il n'y

- 9 - avait aucun élément nouveau de nature à modifier l'appréciation médicale du dossier. Par décision du 22 juin 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que son activité habituelle d'employée au contrôle d'activité était pleinement exigible. D. Par acte de son conseil du 19 août 2015, l'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente de l'assurance-invalidité lui soit reconnu depuis le 1er août 2014, subsidiairement à son annulation et à son renvoi à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, elle a fait valoir que le rapport du SMR est manifestement sommaire et incomplet. Elle a indiqué notamment que la fibromyalgie dont elle souffre exclurait de poser une présomption de

surmontabilité des troubles au sens de l'art. 6a des dispositions transitoires de la 6ème révision de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), laquelle avait été de surcroît abandonnée par la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015, publié in : ATF 141 V 281). L'hypersomnolence n'avait pas été investiguée. L'assurée a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique, psychiatrique et neuropsychologique, pneumologique, ophtalmique, etc.). Parmi les documents produits par l'assurée à l'appui de son recours figure notamment un rapport du Dr G._____, daté du 2 octobre 2014, adressé au médecin-conseil de l'assureur perte de gain en cas de maladie, dont on extrait ce qui suit : « [...] 1. Anamnèse (histoire du patient, maladies, situation psychosociale) Madame B._____ est venue me consulter pour la première fois, recommandée par des amies, le 27.09.2013 pour soigner son stress causé au travail par son mal de dos. Elle présente aussi des maux de tête depuis 2005. Depuis le début 2014, elle présente aussi une gêne respiratoire plus marquée à l'inspiration, qui m'a fait penser d'abord à un asthme débutant, mais en fait contrôlée par le Docteur

- 10 - J._____ (voir soins rapports du 08.07.2014) et après consilium téléphonique d'une vingtaine de minutes avec lui début juillet, on arrive à l'impression clinique qu'il s'agit d'un état anxieux et dépressif qui provoque cette difficulté respiratoire, cette hyper-ventilation. [...] 3. Troubles subjectifs actuels : Réponse : douleurs du dos, cervicales et lombaires, irritabilité, tristesse, sentiment de dévalorisation, perte de confiance en elle, sensation d'être exclue, marginalisée, bonne à rien. Egalement hyper-ventilation, sensation de mort imminente par moments, perte de confiance dans l'avenir. Cauchemars fréquents avec des scènes d'agression physique. [...] 5. Diagnostic selon CIM10 : F45.4 syndrome douloureux somatoforme persistant F33.11 trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. [...] 8. Situation de travail : Degré actuel de l'incapacité de travail : A partir de quand pensez-vous que la personne concernée pourra reprendre le travail (à plein temps/à temps partiel) a) dans l'activité professionnelle exercée jusqu'ici (date/degre) ? b) dans une activité adaptée à son état de santé (date/degre) ? Réponse : Incapacité de travail depuis le 1.09.2013, incapacité totale et continue. L'incapacité est totale dans l'activité professionnelle exercée jusqu'à la date du 1er septembre 2013 mais aussi dans toute autre activité. Cette incapacité est due essentiellement aux douleurs de fibromyalgie qui provoquent et aggravent également l'état anxieux et dépressif. En tout cas cela est ma compréhension de cette situation clinique. [...] » Dans un rapport du 22 janvier 2015 adressé au Dr V._____, médecin conseil de l'assureur perte de gain en cas de maladie, le Dr G._____ a également précisé ce qui suit au sujet des troubles dépressifs de l'assurée : « [...] Les troubles dépressifs sont à mon sens réactionnels à la souffrance physique et le diagnostic principal que je retiens, et que j'ai mentionné dans mon rapport du 2 octobre, est le diagnostic F45.4, syndrome douloureux somatoforme persistant. [...] » Au sujet de ce dernier diagnostic, le Dr G._____ a souligné les éléments suivants : « [...] Dans les critères du diagnostic, il faut inclure la céphalée psychogène que la patiente présente depuis 2005 et qui peut être liée au problème respiratoire induit par diverses substances en tant qu'éventuelle maladie professionnelle. Il n'existe cependant aucune indication dans le CIM-10 de troubles psychiques sévères ou problèmes psychologiques considérables comme étant nécessaires à

- 11 - l'origine de la survenue des troubles somatiques. Donc pour ma compréhension à moi de ce problème délicat de diagnostic, je reste convaincu qu'il s'agit prioritairement chez

Madame B. _____ de syndrome douloureux somatoforme persistant accompagné par des troubles dépressifs récurrents d'intensité légère à moyenne qui accompagne de façon réactionnelle et récidivante cette souffrance physique somatique. Des éléments histrioniques ont été pris en considération, mais l'historique et l'anamnèse ne permettent pas d'affirmer l'existence de tels troubles. [...] » L'OAI a produit sa réponse au recours le 19 octobre 2015, considérant de manière générale que les arguments formulés par la recourante pouvaient être écartés. Toutefois, l'OAI a relevé que, compte tenu du fait que la décision avait été rendue après l'annonce par le Tribunal fédéral de son changement de jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux, l'analyse de la situation de l'intéressée aurait dû être faite conformément à la grille d'analyse prévue par cette nouvelle jurisprudence. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale était donc nécessaire. Par réplique du 5 novembre 2015, l'assurée a indiqué que l'OAI n'avait pas exposé les motifs pour lesquels ses arguments devaient être écartés. Elle faisait en outre valoir qu'elle ne souffrait pas seulement d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (SPECDO) au sens du titre final de la 6ème révision de la LAI, mais que des déficits organiques avaient également été constatés. La nouvelle jurisprudence ne s'appliquait donc que partiellement. Sur la base des éléments au dossier, l'assurée estimait que la Cour pourrait lui accorder le droit à une rente AI dès le 1er août 2014. Pour le cas où une expertise devait être ordonnée, l'assurée a estimé qu'elle devrait porter sur tous les domaines mentionnés dans la rubrique instruction, avec en plus une appréciation relative aux troubles du sommeil. Enfin, l'assurée s'en remettait à justice s'agissant de la question de savoir si cette expertise devait être judiciaire ou se dérouler sous l'égide de l'intimé. Dans tous les cas, elle faisait valoir l'octroi de dépens, la décision du 22 juin 2015 ne pouvant subsister dans cette mesure. Dans sa duplique du 26 novembre 2015, l'OAI a fait valoir que l'appréciation effectuée par le SMR était à son sens convaincante et que

- 12 - l'ajout des limitations fonctionnelles liées aux difficultés respiratoires ne la remettait pas en cause. Pour le surplus, l'OAI a relevé que la question de savoir si les rapports des médecins traitants jetaient un doute sur les conclusions du SMR restait ouverte. Dès lors que le diagnostic de fibromyalgie occupait une place centrale dans la situation de l'assurée, il convenait de réinstruire le cas médicalement sous l'angle de la nouvelle jurisprudence applicable aux troubles somatoformes douloureux et affections assimilées. Aucune autre mesure d'instruction n'a été ordonnée de sorte que la cause a été gardée à juger. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la

- 13 - compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), 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 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité dès le 1er août 2014. 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 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 al. 1 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

- 14 - 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 s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). 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 [Tribunal fédéral] 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 rendu le 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à

- 15 - une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée).

Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux ou des documents 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 ; I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et

- 16 - 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 5. En l'espèce, la décision attaquée refuse toute prestation de l'assurance-invalidité à la recourante au motif qu'elle conserve une entière capacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrière affectée au contrôle de qualité. En effet, les limitations fonctionnelles retenues sont compatibles avec l'exercice de cette activité. La recourante considère au contraire qu'il résulte des différents rapports médicaux au dossier qu'elle serait dans l'incapacité totale et durable de travailler. a) Au plan psychiatrique, il faut d'abord constater que les médecins du SMR, à l'instar des médecins traitants, ont retenu le diagnostic de fibromyalgie sans retenir une incidence de cette pathologie sur la capacité de travail de l'assurée. La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo- articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou

sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le

- 17 - Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009 ; cf. aussi ATF 139 V 346 consid. 2). Or, dans le cas particulier, le rapport du SMR du 20 octobre 2014 expose succinctement les motifs pour lesquels le diagnostic de fibromyalgie n'est accompagné d'aucune pathologie psychiatrique manifeste de longue durée. Il est toutefois douteux que cela soit suffisant à l'aune des critères posés par la jurisprudence précitée pour déterminer l'effet incapacitant de ce diagnostic. En outre, l'intimé a admis dans sa réponse du 19 octobre 2015 que l'instruction médicale devait être complétée par la mise en œuvre d'une expertise médicale, singulièrement sur les conséquences de la fibromyalgie en termes de capacité de travail de la recourante. b) Quant au trouble somatoforme douloureux persistant, l'assurée n'a transmis que dans le cadre de la procédure de recours des rapports émanant du Dr G. _____ qui posent ce diagnostic et qui ont été établis avant la décision attaquée. Selon la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral, 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 (ATF 141 V 281, consid. 2.1.1.). Or, on peut de chef douter que le rapport du 2 octobre 2014 du Dr G. _____, ainsi que son complément du 22 janvier 2015 satisfassent aux conditions posées : comme le relève le Tribunal fédéral, selon la Classification internationale des maladies, comme « plainte essentielle », il faut une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse » (Organisation mondiale de la santé, Classification internationale des maladies, CIM-10, chapitre V, Troubles mentaux et du comportement [F], ch. F45.4). A la différence

- 18 - d'autres troubles psychosomatiques, par exemple les troubles dissociatifs, qui ne présentent pas en eux-mêmes de lien avec le degré de gravité, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux présuppose par définition des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne. En l'espèce, le Dr G. _____ n'expose pas dans les rapports en question en quoi la douleur de la recourante présenterait les caractéristiques précitées, notamment au niveau de l'intensité. Il fait seulement état de la « céphalée psychogène que la patiente présente depuis 2005 » mais sans établir qu'elle revêt un caractère particulièrement persistant et intense. Le Dr G. _____ ne détaille pas davantage les limitations dans les fonctions de la vie quotidienne qu'entraînerait ce trouble, limitations qui n'ont par ailleurs pas été objectivées par d'autres éléments du dossier. Dans la mesure où une instruction complémentaire s'avère de toute manière nécessaire sur le plan médical du point de vue de la fibromyalgie, on peut à ce stade laisser la question ouverte de savoir si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été établi et inviter l'intimé à clarifier d'abord le diagnostic avant d'examiner, cas échéant, son effet incapacitant selon la méthode proposée par le Tribunal fédéral. c) La recourante invoque en outre le caractère invalidant d'autres troubles et requiert à cet effet la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans les domaines suivants : rhumatologie, orthopédie, psychiatrie et neuropsychiatrie, pneumologie, ophtalmie (du fait de la diplopie). Sur ce dernier point, il faut constater que la décision attaquée retient les limitations fonctionnelles suivantes : épargne des genoux, donc pas de travail en position accroupie ou à genoux, les montées/descentes d'escaliers répétées.

Ces limitations fonctionnelles recourent en large partie celles retenues par les Drs H. _____ et K. _____ du SMR soit : « Genoux : éviter les travaux en position accroupie et à genoux, éviter la montée/descente d'escaliers

- 19 - répétée, éviter de soulever ou de porter des charges près/loin du corps supérieures à 15 kg, éviter de marcher en terrain irrégulier. » Ces médecins n'ont pas retenu de limitation de la capacité de travail dans l'activité exercée due aux diagnostics de nature rhumatologique ou orthopédique. Ils n'ont retenu une incapacité de travail que d'une durée d'un mois pour un épisode douloureux aigu dès le 1er septembre 2013. Tout d'abord, on relèvera que le rapport du SMR du 20 octobre 2014 satisfait aux conditions posées par la jurisprudence citée supra (consid. 4) pour se voir reconnaître une pleine valeur probante : les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée ; le rapport se fonde sur un examen complet de la recourante qui a eu lieu dans les locaux du SMR ; il prend en considération les plaintes de l'assurée ; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ; la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions des praticiens sont dûment motivées. En outre, hormis le Dr C. _____, médecin traitant de l'assurée, les autres médecins ne concluent pas explicitement à une incapacité de travail de la recourante en raison des troubles autres que psychiatriques : s'agissant des aspects orthopédiques, dans son rapport du 14 mars 2014 à l'attention de l'OAI, le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie, indique ne pas avoir octroyé d'arrêt de travail. Selon lui, la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle est « théoriquement » de 100% ; il mentionne cependant qu'il est difficile de « se positionner au vu des douleurs chronicisées sous-jacentes ». Quant aux problèmes pulmonaires, dans son rapport du 26 août 2014, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne, signale « au sujet du projet de réadaptation professionnelle, [que] tout environnement confiné ou source d'irritation et/ou d'allergie des voies respiratoires (substances allergisantes ou irritantes, froid, humidité) devra être évité ». Il ne fait toutefois pas état d'une incidence sur la capacité de travail de la recourante des troubles pour lesquels il a suivi cette dernière. Dans leur rapport du 23 avril 2015, les Drs R. _____ et S. _____ de l'Institut P. _____ ne mentionnent pas non plus une quelconque incidence sur la

- 20 - capacité de travail du diagnostic principal de « toux chronique ». Le seul élément dont font état ces médecins en lien avec l'exercice d'une activité professionnelle est « l'éviction d'irritants respiratoires non spécifiques ». Enfin, la recourante fait valoir qu'elle souffre également de troubles ophtalmologiques, notamment d'une diplopie. Sur ce dernier point, il n'existe pas davantage d'élément au dossier qui ferait état d'une influence de ce diagnostic en termes de capacité de travail de la diplopie (cf. rapport de l'Hôpital F. _____ du 18 décembre 2013). Vu le sort du recours, la question de savoir si d'autres troubles que les troubles psychiatriques dont souffre la recourante sont susceptibles d'avoir une incidence sur sa capacité de travail peut en définitive rester indécise. 7. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision

ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce. Contrairement à ce que soutient la recourante, le tribunal ne peut statuer sur sa demande de rente en l'état du dossier. D'une part, le dossier s'avère incomplet en ce qui concerne les troubles psychiatriques qui l'affectent et leur effet sur la capacité de travail ; d'autre part, l'effet d'autres troubles sur dite capacité de travail n'est pas établi, à tout le moins à ce stade.

- 21 - Ainsi que l'intimé en convient, il y a donc lieu de lui renvoyer la cause afin qu'une expertise médicale soit mise en œuvre. Il appartiendra en particulier aux experts de préciser les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux ainsi que cas échéant, d'examiner leur effet incapacitant à la lumière de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281, commenté par Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerz-rechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre circulaire du 7 juillet 2015 AI n° 334 de l'Office fédéral des assurances sociales). Compte tenu des circonstances, il convient de procéder à une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) avec possibilité pour ces spécialistes de s'adjoindre d'autres médecins si cela s'avère nécessaire en fonction de l'évolution de l'état de santé de la recourante. 8. a) La décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical au sens des considérants. 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 judiciaires (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 l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

- 22 - En l'espèce, les dépens seront fixés à 2'000 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

- 23 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 22 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : - Me Philippe Nordmann, à Lausanne (pour B. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. 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

- 24 - 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.