

VD_GERICHTE ZD15.055516 vom 12. Juli 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-07-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.055516

FR: VD_GERICHTE ZD15.055516 du 12 juillet 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.055516 del 12 luglio 2016

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 335/15 - 182/2016 ZD15.055516 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 12 juillet 2016 _____ Composition : Mme BERBERAT,
présidente Mmes Thalmann et Brélaz Braillard, juges Greffière : Mme Blanc ***** Cause
pendante entre : J. _____, à Lausanne, recourante, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 28 LAI ; art. 8 LPG 402

- 2 - E n f a i t : A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), originaire du
C. _____, née en 1964, mariée et mère de 4 enfants (nés en [...]), sans formation
professionnelle, est arrivée en Suisse en 1993. Elle a travaillé à temps partiel du 1er mai
2009 au 29 février 2012 en qualité d'employée d'entretien au sein de l'entreprise
W. _____ à Lausanne. Par la suite, l'assurée a perçu des indemnités de chômage dès 1er
mars 2012 jusqu'au 15 janvier 2013, date à laquelle elle a été en incapacité de travail totale.
Elle a ensuite eu droit à des prestations de l'assurance en cas de perte de gain des suites de
maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage jusqu'au 28 janvier 2014. Par
formulaire du 12 octobre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé)
tendant à l'octroi de mesures professionnelles/rente en précisant quant au genre de l'atteinte
à la santé : mal au dos/mal au ventre depuis 2006-2007 (depuis les opérations). Par courrier
du 23 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée que l'examen de sa demande de prestations
porterait tout d'abord sur la possibilité d'une réinsertion dans une activité adaptée, puis sur
un éventuel droit à la rente. Le 28 octobre 2014, le Dr V. _____, médecin généraliste et
traitant de l'assurée, a adressé son rapport à l'OAI. Il a établi le diagnostic de « syndrome
lombo-spondylogène bilatéral et une fibromyalgie » depuis 2007 et a attesté une incapacité
de travail de 100% depuis le 17 décembre 2012. Il a cité comme restrictions physiques des
douleurs lombaires persistantes et des douleurs abdominales. Il a annexé à son rapport
plusieurs documents médicaux des années 2006 à 2008 relatifs aux suites d'un curetage
pour fausse-couche tardive (perforation de

- 3 - l'utérus et de la vessie suite au retrait accidentel d'une sonde urétérale, ainsi qu'une
occlusion de l'intestin grêle). Il a également joint des rapports médicaux plus récents, soit : -
un rapport du 19 décembre 2012 du Dr F. _____, spécialiste en radiologie, au Dr
X. _____, spécialiste en urologie, relatif à un CT abdominal et des voies urinaires,
concluant à l'absence d'anomalie au niveau de la paroi abdominale ou de la vessie ; - un
courrier du 28 janvier 2013 par lequel le Dr V. _____ demandait à B. _____ de
convoquer l'assurée qui présentait des lombalgies basses depuis l'époque de ces
interventions abdominales [2006 - 2008] qui prédominaient surtout lors de port de charges,
même léger ; - un rapport du 19 décembre 2013 du Dr F. _____ au Dr X. _____

relatif à une échographie abdominale et des voies urinaires, dans lequel il indiquait ce qui suit : « Status huit ans après curetage abortif avec perforation vésicale, déchirure urétérale droite. Confection d'un fragment de néo- vessie par une anse iléale et réimplantation de l'urètre droit. Douleurs chroniques. Notion de hernie péri-ombilicale. » - un rapport du 19 décembre 2013 du Dr N. _____ au Dr V. _____ relatif à une échographie abdominale au terme duquel il concluait que l'échographie de l'abdomen supérieur était normale en dehors d'une lithiase vésiculaire de 17 mm sans signe de cholécystite ; - un rapport du 14 mars 2013 du Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et de la Dresse B.S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, auprès du Département de l'appareil moteur - Service de rhumatologie du B. _____, au Dr V. _____, dans lequel ils ont posé les diagnostics suivants : « Diagnostics : •Syndrome lombo-spondylogène bilatéral •Troubles dégénératifs des articulations facettaires lombaires inférieures •Syndrome fibromyalgieforme

- 4 - •Déconditionnement musculaire global •Obésité avec BMI avec 30,9 kg/m² •Hypovitaminose D •Anémie normocytaire normochrome » Le rapport précise en outre que les médecins précités ont essayé de convaincre l'assurée d'augmenter son activité physique. Le déconditionnement musculaire global, jouant un rôle de facteur aggravant de la symptomatologie douloureuse, sera pris en charge en physiothérapie. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée, cette dernière a réalisé un revenu soumis à cotisations de 12'600 fr. en 2011 et de 10'535 fr. en 2012. Le 9 novembre 2014, l'assurée a retourné à l'OAI un formulaire (531bis) intitulé « Détermination du statut (part activité/part ménage) » sur lequel elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% en qualité de femme de ménage. Par lettre du 14 novembre 2014, l'OAI a mandaté le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) afin qu'il détermine si les renseignements médicaux étaient suffisants pour admettre une atteinte à la santé invalidante. Par courrier du même jour, l'OAI a demandé à l'assurée des renseignements quant à son taux d'activité professionnel. Il lui a fait part du fait que, dans le formulaire de demande pour des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), elle avait indiqué avoir travaillé à temps complet alors qu'il ressortait des éléments en leur possession qu'elle n'avait jamais travaillé à ce taux-là depuis son arrivée en Suisse. Le 21 novembre 2014, l'assurée a répondu à l'OAI qu'elle n'avait en effet jamais travaillé à 100%. Par avis médical du 13 janvier 2015, le Dr P. _____, médecin au SMR, a relevé qu'en présence d'une fibromyalgie avec la prescription

- 5 - d'un antidépresseur, il était nécessaire d'instruire plus avant dans le domaine psychiatrique, raison pour laquelle il convenait d'interroger dans un premier temps le médecin traitant de l'assurée sur cet aspect. Le 16 janvier 2015, le Dr V. _____ a retourné au SMR le questionnaire qui lui avait été adressé, dûment complété. Il a notamment expliqué qu'il n'avait pas adressé l'assurée à un psychiatre, car il était complexe de faire entrevoir une participation psychique dans l'origine des douleurs. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, il a indiqué qu'il était difficile de se prononcer et soutenu la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. Il ressort d'un rapport initial du service de réadaptation de l'OAI (ci-après : la REA) du 18 février 2015 que l'assurée prétend que son état de santé s'est aggravé et qu'elle se sent de moins en moins apte à faire quoi que ce soit, ni à suivre une quelconque mesure pour l'instant. Par communication du 27 février 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure d'intervention précoce n'était possible actuellement au motif qu'elle avait elle-même

invoqué ne pas pouvoir aborder les mesures proposées. L'OAI a donc signalé qu'il allait examiner son droit à d'éventuelles autres prestations. Par avis médical du 7 mai 2015, le Dr P. _____ a préconisé la mise sur pied d'un examen ou d'une expertise rhumato-psychiatrique. Le 15 septembre 2015, la Dresse U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr R. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du SMR ont rédigé un rapport faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 9 septembre 2015. Ils ont premièrement établi une anamnèse complète de l'assurée et pris acte de ses plaintes actuelles, soit notamment des douleurs au ventre, au dos, aux articulations, des crampes aux mollets pendant la nuit et des douleurs aux pieds. L'assurée n'a signalé aucune plainte sur le plan psychiatrique. A cet égard, les experts ont relevé que l'assurée n'avait pas

- 6 - d'antécédents psychiatriques et que son état n'avait jamais nécessité de prise en charge ambulatoire ou hospitalière en milieu psychiatrique. En outre, ils ont mentionné que le status psychiatrique était dans la norme et ils n'ont notamment pas objectivé de symptôme d'anxiété généralisée, d'angoisse, de syndrome douloureux persistant, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les experts ont également établi un descriptif de la vie quotidienne de l'assurée, dont il ressortait qu'elle ne présentait pas de handicap particulier ou de limitations fonctionnelles la gênant dans sa vie courante. Ainsi, après son réveil l'assurée faisait les lits, s'occupait du ménage, de la lessive, des courses, des repas et se promenait environ deux heures par jour. Dits praticiens ont posé le diagnostic et apprécié le cas de l'assurée en ces termes : « DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail • AUCUN - sans répercussion sur la capacité de travail • LOMBALGIES COMMUNES NON DÉFICITAIRES (M54.5) • DOULEURS MULTIPLES DE TYPE FIBROMYALGIE (M79.0). APPRECIATION DU CAS Lors de l'examen de ce jour, l'assurée déclare avoir des périodes de fortes douleurs, d'une durée de 7 à 10 jours qui succèdent à des périodes plus calmes de 2 à 3 semaines, voire 1 mois. Les douleurs principales touchent la colonne lombaire et l'abdomen. L'assurée n'identifie pas de facteur déclenchant. Elle signale des douleurs moins fortes à la plante des pieds. Les pieds chauffent durant la nuit Elle a des crampes des mollets. Des douleurs de la vésicule biliaire irradient dans le dos 3 à 4 fois par année. A l'examen clinique, la marche s'effectue d'un pas normal, sans boiterie. Les changements de position s'effectuent rapidement. La position assise est bien tolérée. La marche sur les talons et la pointe des pieds est réussie. Des douleurs palpatoires touchent 9 points de fibromyalgie sur 18 et touchent également le creux poplité des deux genoux, la plante des pieds. La mobilité cervicale est conservée et indolore. Au niveau lombaire, l'extension et les inclinaisons latérales sont légèrement diminuées, accompagnées de douleurs lombaires basses. La gestuelle spontanée est libre. Les articulations périphériques ne présentent pas de signes inflammatoires ; leurs amplitudes sont conservées. L'examen neurologique est normal. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire.

- 7 - La radiographie de la cheville D du 13.11.2014 montre un petit éperon calcanéen plantaire et à l'insertion du tendon d'Achille. Il s'agit de découvertes fréquentes, non spécifiques. La radiographie de la colonne lombaire du 09.09.2015 montre une discrète scoliose, de légers pincements discaux postérieurs étagés, une arthrose débutante des articulations postérieures en L5-S1. Ces signes dégénératifs sont compatibles avec l'âge de l'assurée. L'examen clinique de ce jour est rassurant. Aucun signe de gravité n'est mis en évidence. Il n'y a pas de signes d'atteinte inflammatoire ni neurologique. La diminution de

la mobilité lombaire est légère et s'accompagne de douleurs uniquement dans les amplitudes extrêmes. L'atteinte dégénérative lombaire, déjà diagnostiquée en 2013 (cf rapport Dr A.S._____ et Dr Q._____ du 14.03.2013) est peu importante. Elle ne justifie pas des mesures d'épargne du rachis. Lors de l'examen de ce jour, nous trouvons 9 points de fibromyalgie sur 18. Ce score est au-dessous du seuil diagnostique. Toutefois, les douleurs dans le cadre d'une fibromyalgie sont fluctuantes. L'examen de ce jour ne confirme ni d'infirmier ce diagnostic [sic]. A noter que les médecins du [...] relèvent, dans leur rapport du 14.03.2013, la présence d'un syndrome fibromyalgiforme. Ceci indique la présence de douleurs sans substrat organique mais qui n'atteignent pas une sévérité suffisante pour poser un diagnostic de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 51 ans, originaire du [...], en Suisse depuis 1993, sans antécédents psychiatriques, qui est en incapacité de travail depuis le 17.12.2012, selon son médecin traitant, le Dr V._____, médecine interne générale à Lausanne, dans son rapport médical du 28.10.2014. L'incapacité de travail est justifiée par une pathologie somatique. L'état de l'assurée n'a jamais nécessité de prise en charge ambulatoire ou hospitalière et actuellement, l'assurée ne bénéficie d'aucun traitement médicamenteux psychotrope. En 2014, dans le cadre de ses douleurs chroniques, le Dr V._____ a introduit un traitement antidépresseur, Saroten® 1 cp le soir, que l'assurée n'a pas supporté en raison des effets secondaires. Notre examen clinique psychiatrique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Sur la base d'un status psychiatrique dans les limites de la norme, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est entière dans toute activité. »

- 8 - S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les experts ont conclu que - selon l'examen clinique réalisé - l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et qu'il n'y avait pas non plus d'incapacité de travail durable sur le plan ostéoarticulaire. Dès lors, les experts ont attesté que l'assurée avait une capacité de travail, dans son activité habituelle de nettoyeuse, de 100%. Dans un rapport du 1er octobre 2015, le Dr P._____ s'est rallié à l'avis des Drs U._____ et R._____ du SMR selon lequel une fibromyalgie ne pouvait formellement être retenue ni infirmée, car elle n'atteignait pas une sévérité suffisante pour poser un diagnostic de fibromyalgie. Au vu du fait qu'il n'existait pas non plus de pathologie psychiatrique et qu'aucune autre atteinte ne justifiait d'incapacité de travail, le Dr P._____ a confirmé les conclusions du rapport du 15 septembre 2015 et s'est distancé de la prise de position du médecin traitant ce d'autant plus que ce dernier justifiait une incapacité de travail de sa patiente depuis le 17 décembre 2012, alors qu'il ne la suivait pas à cette époque. Le 13 octobre 2015, l'OAI a envoyé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à des prestations. Il a notamment estimé qu'elle ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et que, du point de vue ostéoarticulaire, elle ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Il a dès lors conclu que la capacité de travail de la recourante était raisonnablement exigible à 100% tant dans l'activité habituelle de femme de ménage que dans un emploi adapté. Par décision du 23 novembre 2015, confirmant le projet de décision du 13 octobre 2015, l'OAI a refusé à l'assurée un droit à des prestations

de l'assurance-invalidité en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

- 9 - B. Par acte du 16 décembre 2015, J. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et au réexamen de son dossier. Elle précise qu'après avoir eu des problèmes de santé, elle a été obligée de travailler pour faire face à une situation familiale difficile. Elle explique ensuite qu'elle travaillait auparavant en qualité de femme de ménage, mais que, suite à ces problèmes de santé, elle ne se sent pas apte à travailler de nouveau. Elle fait valoir qu'en raison de ses douleurs constantes notamment au dos et au ventre, elle n'arrivera pas à être compétente dans son emploi. Dans sa réponse du 3 mars 2016, l'intimé conclut au rejet du recours en se fondant notamment sur les conclusions du rapport du SMR du 9 septembre 2015. Il estime, qu'en l'état, il ne dispose d'aucun motif pertinent justifiant de s'écarter de l'appréciation des médecins examinateurs, mais que si une modification des faits déterminants intervient, l'assurée peut déposer une nouvelle demande. La recourante ne s'est pas déterminée plus avant. 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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 10 - En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser des prestations AI à la recourante au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante ayant une influence sur sa capacité de gain. Au regard des conclusions de la recourante telles qu'elles doivent être comprises, cette dernière ne s'estime pas capable de reprendre une activité compte tenu de douleurs au dos et au ventre, raison pour laquelle elle sollicite un réexamen de son dossier. 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

- 11 - d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de 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 un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière 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 peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

- 12 - lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport, 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident

privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C_609/2009 du 15

- 13 - avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). 4. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante présente une atteinte lombaire et un syndrome fibromyalgique. Est toutefois litigieuse la question de savoir si ces affections ont une répercussion sur sa capacité de travail. a) Il sied de relever que le Dr V. _____ a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 17 décembre 2012 en retenant les diagnostics de syndrome lombo-spondylogène bilatéral et de fibromyalgie. Tout en précisant qu'il n'était le médecin traitant de la recourante que depuis décembre 2014, il a admis qu'il lui était difficile de se prononcer quant à la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée, raison pour laquelle il appuyait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. C'est dans ce contexte que l'intimé a décidé de mettre en œuvre un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au SMR. b) S'agissant de son état de santé physique, la recourante fait valoir qu'elle souffre de douleurs constantes notamment au dos et au ventre, raison pour laquelle elle n'arrive pas à être compétente dans son emploi. Elle conteste dès lors implicitement l'appréciation livrée par les médecins du SMR sur le plan de sa capacité de travail. Dans leur rapport d'examen, ces médecins ont estimé que les diagnostics de lombalgies communes non déficitaires et de douleurs multiples de type fibromyalgie étaient sans influence sur la capacité de travail de l'assurée que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée et n'engendraient aucune limitation fonctionnelle. La radiographie de la colonne lombaire du 9 septembre 2015 montrait une discrète scoliose, de légers pincements discaux postérieurs étagés, une arthrose débutante des articulations postérieures en L5-S1. Ces signes dégénératifs étaient compatibles avec l'âge de l'assurée. Les médecins du SMR ont estimé que l'examen clinique était rassurant en l'absence de signe d'atteinte inflammatoire ou neurologique, qualifiant l'atteinte lombaire diagnostiquée en 2013 (cf.

- 14 - rapport des Drs A.S. _____ et Q. _____ du 14 mars 2013) de peu importante et ne justifiant pas de mesures d'épargne du rachis. La diminution de la mobilité lombaire était légère et s'accompagnait de douleurs uniquement dans les amplitudes extrêmes. Au niveau des membres inférieurs, la radiographie de la cheville droite du 13 novembre 2014 montrait un petit éperon calcanéen plantaire et à l'insertion du tendon d'Achille, atteinte fréquente et non spécifique. Lors de l'examen clinique, les médecins du SMR ont fait état de 9 points douloureux (« tender points ») de fibromyalgie sur 18, score au-dessous du seuil diagnostique, lequel est de 11 points. Il n'y a par ailleurs pas d'autre pièce médicale au dossier attestant une position différente sur la question des atteintes à la santé sur le plan somatique et leur impact sur la capacité de travail de la recourante. On rappellera que les Drs A.S. _____ et Q. _____ ont également noté dans leur rapport du 14 mars 2013 la présence d'un syndrome fibromyalgique, ce qui permet de conclure que cette atteinte n'atteignait pas une sévérité suffisante pour poser un diagnostic de fibromyalgie. Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de leur patiente. Quant à l'appréciation du Dr V. _____ exposée dans son rapport du 28 octobre 2014, elle ne permet pas de remettre en cause les conclusions motivées des médecins du SMR. En effet, le médecin traitant s'est limité à exposer que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle en raison de douleurs lombaires persistantes et de douleurs abdominales, sans

autre précision. Ainsi, devant une appréciation différente d'une situation identique, il convient de privilégier l'appréciation des médecins du SMR, plus solidement étayée que celle du médecin traitant. En l'absence de diagnostic de fibromyalgie, il n'y a pas lieu d'examiner la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation du droit à la rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281). On relèvera finalement que les rapports médicaux annexés par le Dr V. _____, pour la période de 2006-2008, n'ont pas été pris en compte

- 15 - dans cet examen. En effet, ces rapports ont trait aux suites d'un curetage opéré au C. _____ à la suite d'une fausse couche tardive et concernent des lésions de l'utérus et de la vessie. Ces lésions n'ont pas été citées par le Dr V. _____ comme attestant d'une incapacité de travail. De plus, ces problèmes de santé ne ressortent ni de l'expertise du SMR du 9 septembre 2015 ni du rapport du Dr P. _____. c) En ce qui concerne l'état de santé psychique de la recourante, la Dresse U. _____ a mentionné, dans le rapport SMR du 15 septembre 2015 que la recourante n'avait aucun antécédent psychiatrique et que son état n'avait jamais nécessité de prise en charge ambulatoire ou hospitalière à ce titre. Elle ne bénéficiait pas de traitement médicamenteux psychotrope. Elle a dès lors conclu que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant, raison pour laquelle la capacité exigible était entière. Les observations de la Dresse U. _____ rejoignent celles du Dr V. _____ lequel a indiqué (cf. questionnaire complété le 16 janvier 2015) qu'il n'avait jamais adressé sa patiente à un psychiatre « car il était difficile de faire entrevoir une participation psychique dans l'origine des douleurs ». Au demeurant, la recourante a elle-même déclaré aux médecins du SMR qu'elle n'avait aucune plainte sur le plan psychiatrique. On retiendra dès lors que, du point de vue psychiatrique, la recourante ne souffre d'aucune pathologie incapacitante. 5. Au regard de ce qui précède, la Cour de céans conclut qu'il ne se trouve au dossier aucun avis médical – que ce soit sous l'angle somatique ou psychique – qui inciterait à douter des conclusions exposées dans le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs R. _____ et U. _____ du 15 septembre 2015, conclusions du reste confirmées par le Dr P. _____ du SMR le 1er octobre 2015, à savoir que la recourante présente une pleine capacité de travail dans toute activité. Par ailleurs et surtout, le rapport précité des Drs R. _____ et U. _____, soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du

- 16 - dossier médical et tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante. Les médecins du SMR ont en outre réalisé les examens (notamment en procédant à des radiographies complémentaires de la colonne lombaire, face, profil et obliques le 9 septembre 2015) et observations cliniques nécessaires. Les conclusions du rapport sont motivées, fondées sur des observations cliniques dûment consignées et exemptes de contradictions. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite au réexamen requis par l'intéressée dans son recours. Il appartiendra à la recourante, le cas échéant, de déposer une nouvelle demande en cas d'aggravation de son état ainsi que l'a relevé l'intimé dans sa réponse du 3 mars 2016. On relèvera finalement que l'OAI a proposé à la recourante une aide au placement, mais qu'elle y a renoncé ne se sentant pas apte à faire quoi que ce soit, ni à suivre une quelconque mesure. 6. a) Il s'ensuit que 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. En outre, il ne se justifie pas d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 17 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 23 novembre 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

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

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