

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 février 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Pittet et Mme Silva, assesseurs  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Isabelle Pauchard,  
avocate auprès de Syndicom, à Genève,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, mariée et mère de deux enfants nés en 2001 et 2004, a travaillé à compter de 1988 à 100 % auprès de K. \_\_\_\_\_, où elle avait suivi la formation d'employée de guichet, en qualité de collaboratrice au front office. Elle a en outre été concierge du 1<sup>er</sup> août 1999 au 30 juin 2012, date à laquelle elle a résilié son contrat de travail en raison de son déménagement. L'assurée a présenté un arrêt de travail complet dès le 27 janvier 2012.

Le 10 février 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, s'est adressé au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, pour lui faire savoir que celle-ci ne présentait objectivement pas d'anomalie sur le plan neurologique et qu'il n'y avait en particulier pas d'argument en faveur d'un syndrome radiculaire. L'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) était normal et permettait d'exclure un syndrome du tunnel carpien, une neuropathie ulnaire et une atteinte du plexus. Le tableau clinique orientait plutôt vers une algie atypique à caractère fibromyalgique.

La Dresse O. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale. Dans son rapport du 19 avril 2012, elle a relevé chez l'assurée un pincement discal minime C4-C5, C5-C6 et C6-C7 prédominant à droite à l'étage C6-C7 et C3-C4.

Le 21 juin 2012, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait savoir au Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qu'il avait prescrit un arrêt de travail à sa patiente dès le 27 janvier 2012. Le diagnostic posé était celui de cervicobrachialgies droites avec pincement discal minime C4-C5, C5-C6 et C6-C7 prédominant à droite à l'étage C6-C7 et C3-C4. Le traitement consistait en de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires. L'assurée avait en outre bénéficié d'une infiltration péri-durale cervicale

C6-C7 droite, mais le pronostic demeurait réservé en raison de l'importance des douleurs.

Le 28 juin 2012, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'employeur, sur requête de celui-ci, que la patiente présentait un problème orthopédique qui influençait directement sa capacité de travail actuelle.

L'employeur a annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une incapacité de travail de l'assurée à 100 % depuis le 27 janvier 2012, pour une détection précoce. Un entretien téléphonique a eu lieu le 9 juillet 2012, lors duquel l'assurée a expliqué souffrir de cervicalgies et avoir été victime, par le passé, de deux coups du lapin. Elle avait déjà bénéficié d'une infiltration et était sur le point d'en avoir une deuxième. A la suite de cet entretien, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 30 juillet 2012, en faisant état de douleurs musculaires au niveau de la nuque et des bras, qui avaient augmenté depuis deux ans et étaient devenues invalidantes au début de l'année 2012.

Dans son rapport du 29 août 2012 au Dr M.\_\_\_\_\_, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et spécialiste en médecine de la douleur, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques survenant dans un contexte multifactoriel sans hernie discale ni conflit radiculaire, ni canal cervical étroit, un asthme allergique, un tabagisme et une dépression. La Dresse P.\_\_\_\_\_ avait effectué une première infiltration le 23 mai 2012 au niveau C6-C7 à droite, toutefois sans effet sur les douleurs, mais avec un bénéfice sur les problèmes d'asthme.

A la demande de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a dressé un rapport le 10 octobre 2012, dans lequel il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques survenant dans un contexte multifactoriel sans hernie discale ni conflit radiculaire, ni canal cervical étroit, les diagnostics d'asthme allergique, de tabagisme actif et d'état dépressif réactionnel étant sans effet sur la capacité de travail. Le Dr M.\_\_\_\_\_ relevait que la capacité de travail était nulle depuis le

27 janvier 2012 dans toute activité en raison des douleurs de la patiente, accompagnées d'une limitation fonctionnelle.

Par avis du 22 janvier 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'il convenait de mettre en place un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR, en relevant que l'assurée était en incapacité de travail depuis presque un an pour des douleurs cervicales sans cause organique reconnue, avec antécédents de whiplash et possibilité de fibromyalgie.

L'assurée a été examinée le 22 juillet 2013 par les Drs H.\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_ du SMR. Dans leur rapport du 29 juillet 2013, ces \_\_\_\_\_ médecins - respectivement spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie - ont notamment relevé ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***

- AUCUN DIAGNOSTIC SUR LE PLAN OSTÉOARTICULAIRE.

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- CERVICOBRACHIALGIES BILATÉRALES ET LOMBOCRURALGIES INTERMITTENTES DANS LE CADRE DE DISCRETS TROUBLES STATIQUES DU RACHIS ET DE DISCRETS TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS CERVICAL AVEC BASCULE DU BASSIN SUR LA GAUCHE SUR RACCOURCISSEMENT DU MEMBRE INFÉRIEUR G PEU IMPORTANT. M 54.
- SUSPICION CLINIQUE DE SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN D.
- OBÉSITÉ AVEC BMI À 31.
- DISCRET STATUS VARIQUEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS.
- ASTHME ALLERGIQUE AUX POLLENS.
- TABAGISME CHRONIQUE.
- PROBABLE ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN 2008, EN RÉMISSION COMPLÈTE F43.1.
- MAJORATION DE SYMPTÔMES PHYSIQUES POUR DES RAISONS PSYCHOLOGIQUES F68.0.

**APPRÉCIATION DU CAS**

Sur le plan ostéoarticulaire, en 1998, l'assurée aurait eu un 1<sup>er</sup> accident de voiture où elle était conductrice et où elle a coupé la route à un motard qui lui est rentré dedans, sur le côté G de la

voiture. Suite à cet accident, l'assurée nous dit avoir eu un coup du lapin, ce que l'on ne peut pas retenir au vu du mécanisme de l'accident. Cependant, elle a tout de même développé des cervicalgies, porté une collerette mousse pendant 3 mois et demi et bénéficié d'un arrêt de travail.

Depuis lors, elle a présenté des cervicalgies intermittentes et aurait été sensible aux courants d'air et aux ventilateurs. Elle pouvait par ailleurs se bloquer la nuque en levant un foehn avec le bras D.

En 2000, elle a eu un autre accident de voiture, où son véhicule a été percuté par l'arrière, alors qu'elle était à nouveau conductrice. Cette fois, elle a donc présenté un véritable phénomène de whiplash.

Depuis lors, les cervicalgies sont devenues plus fréquentes. Elle a commencé également à développer des blocages cervicaux survenant au début tous les 2 mois et durant en moyenne 1-2 jours. Petit-à-petit, les douleurs ont irradié à l'épaule D et ont pris également le côté cervical G. Ces cervicalgies se sont aussi accompagnées de douleurs de l'hémiface D irradiant vers l'oeil D et vers les dents à D. Par la suite, les douleurs ont également irradié à la face postérieure des 2 bras jusqu'à la paume ou le dos des 2 mains sans prendre les doigts. Les doigts restaient cependant parfois bloqués, lorsqu'elle pelait des pommes-de-terre ou lorsqu'elle écrivait trop longtemps. Elle a aussi développé des fourmillements intermittents des 3 premiers doigts de la main D.

Elle présente aussi parfois des douleurs lombaires et des 2 fesses, irradiant à la face postéro-externe des 2 cuisses jusqu'aux genoux. Ces douleurs lombaires apparaissent surtout en position couchée sur le dos.

Les diverses douleurs n'augmentent pas à la toux ou à la défécation. La position assise serait limitée à 45 minutes par les douleurs des épaules, la position debout stationnaire à 10 minutes par les diverses douleurs. Le périmètre de marche est limité quant à lui à 20-30 minutes par les cervicalgies.

L'assurée signale une difficulté à s'endormir en raison des douleurs qui la réveillent la nuit, à plusieurs reprises, de manière posturodépendante. Ce sont les douleurs des épaules qui sont les plus importantes, elles sont qualifiées d'horribles par l'assurée et la feraient pleurer. L'assurée ne peut pas quantifier la durée de son dérouillage matinal, mais elle serait prolongée.

L'assurée a bénéficié de 2 infiltrations cervicales qui ne l'ont pas aidée. Elle a vu le Dr W. \_\_\_\_\_ en mars-avril 2013, qui n'aurait pas retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais qui aurait dit que l'assurée était hyperalgique au niveau du tronc. Il aurait noté également un raccourcissement du membre inférieur G de 1.3 cm qu'il aurait proposé à l'assurée de compenser.

Nous avons demandé à l'assurée de nous faire parvenir par son médecin traitant une copie du rapport du Dr W. \_\_\_\_\_, ce qu'elle n'a pas fait.

Elle reverra le Dr W. \_\_\_\_\_ prochainement et verra pour la 1<sup>ère</sup> fois le 29.07.2013 la Dresse X. \_\_\_\_\_.

Notons encore, chez cette assurée, un asthme allergique aux pollens et probablement à d'autres allergènes non précisables avec exactitude à l'anamnèse et un tabagisme chronique.

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, normocarde, normotendue. L'assurée est obèse avec un BMI à 31. Elle est collaborante. Au point de vue cutané, on note une couperose du visage, ainsi que des télangiectasies et des angiomes stellaires au niveau du tronc chez une assurée qui dit ne boire de l'alcool que très rarement. Elle présente également des vergetures abdominales. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. Elle présente un discret status variqueux des membres inférieurs. L'abdomen est souple, douloureux à l'hypochondre D et à l'épigastre, sans défense ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds et les talons est possible ddc. L'accroupissement est complet et indolore. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est normal, mise à part une manoeuvre de Tinel positive à D, laissant suspecter cliniquement un syndrome du tunnel carpien D qui n'a cependant pas été confirmé en 2012 par la pratique d'un électromyogramme effectué par le Dr T. \_\_\_\_\_.

Nous laissons cependant le choix au médecin traitant de l'assurée d'évaluer la nécessité d'un nouvel électromyogramme pour confirmer ou infirmer cette suspicion clinique.

Il faut encore noter des épreuves de Lasègue limitées ddc à 70° non par un syndrome radiculaire, mais par un raccourcissement des muscles ischiojambiers.

Le reste du status neurologique est normal.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis avec bascule du bassin sur la G d'environ 1,3 cm sur raccourcissement du membre inférieur G. La mobilité lombaire est satisfaisante. La rétroflexion du tronc et les latéoflexions du tronc n'entraînent pas des lombalgies, mais la rétroflexion du tronc des douleurs cervicales et les latéoflexions du tronc des douleurs des épaules homolatérales. La mobilité cervicale est très limitée. On note des douleurs à la palpation des apophyses épineuses de C7 à D6, ainsi que des masses musculaires cervicales postérieures et de la portion horizontale des 2 trapèzes.

La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mise à part l'abduction active des 2 épaules qui est limitée respectivement à 90° à D et 130° à G, alors que l'abduction passive est bien conservée. On note également une discrète augmentation de la distance pouce-C7 à D par rapport au côté G. Cependant, les épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont négatives.

Il n'y a par ailleurs pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

On note des douleurs à la palpation de 7 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant bien évidemment insuffisant pour poser ce diagnostic. D'ailleurs, la plupart des points de fibromyalgie relevés prennent la région cervicobrachiale et on ne note aux membres inférieurs qu'une douleur de la patte d'oie G. Ainsi, le diagnostic de fibromyalgie ne peut être confirmé.

Les examens radiologiques à notre disposition ne mettent en évidence que de discrets troubles dégénératifs du rachis cervical tout à fait compatibles avec l'âge de l'assurée et qui n'expliquent évidemment pas les douleurs présentées par l'assurée. Il existe par ailleurs un raccourcissement d'environ 1,3 cm du membre inférieur G avec bascule du bassin sur la G.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de [c]es diagnostics, nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle, les troubles statiques du rachis et les troubles dégénératifs du rachis cervical étant trop discrets. Par ailleurs, la bascule du bassin sur la G sur raccourcissement du membre inférieur G peut tout à fait être compensée, si cela s'avérait nécessaire.

Ainsi, la capacité de travail est complète quelle que soit l'activité professionnelle et même dans l'activité d'employée de guichet à K. \_\_\_\_\_, devant lever parfois des colis importants.

Ainsi, notre évaluation s'éloigne de celle du Dr M. \_\_\_\_\_, qui atteste une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité professionnelle sans en donner les raisons. A cet égard, il faut notamment constater que la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien contredit l'évaluation faite par le Dr M. \_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, cette jeune assurée, âgée de 41 ans, aurait été victime de mobbing en 1996 quand elle a développé une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle et son état a nécessité une psychothérapie auprès du Dr V. \_\_\_\_\_.

En 1998, suite à un accident de voiture, l'assurée développe un important sentiment de culpabilité et elle bénéficie d'une psychothérapie de soutien auprès de son psychiatre traitant. Aucun document psychiatrique n'est à notre disposition.

En décembre 2008, l'assurée est victime d'un braquage et anamnestiquement, elle développe un état de stress post-traumatique, actuellement en rémission complète.

Selon la CIM-10, la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois mais il est rare qu'elle dépasse 6 mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison comme dans le cas de notre assurée.

A l'examen clinique de ce jour, l'assurée ne présente pas une attitude hostile et méfiante envers le monde, de retrait social, de sentiment de vide ou de perte d'espoir, l'impression permanente

d'être sur la brèche comme si on était constamment menacé ni de détachement en faveur d'un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Dans le rapport médical du 10.10.2012, son médecin traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecine générale FMH au [...] à Lausanne, retient dans les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, état dépressif réactionnel.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, sauf une phobie spécifique, (les voyages en avion), sans incidence sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de trouble obsessionnel compulsif, de troubles dissociatifs, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Le diagnostic d'état dépressif réactionnel sans incidence sur la capacité de travail retenu par le médecin traitant est en rémission complète. Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive, qui est en rémission complète et n'a aucune incidence sur sa capacité de travail.

Anamnesticquement, nous avons retenu le diagnostic de probable état de stress post-traumatique en 2008, en rémission complète et sans incidence sur la capacité de travail.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisée par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Ce diagnostic n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable car les douleurs chroniques ont commencé il y a une année, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie ni l'échec de traitement. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'incapacité de travail en 1996-1998 et 2008 car aucun document n'est en notre possession.

### ***Limitations fonctionnelles***

Il n'y a aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue somatique.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

**moins ?** *Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au*

Une incapacité de travail de 100% est attestée depuis le 27.01.2012. Nous n'avons cependant pas trouvé de raisons ostéo-articulaires à cette incapacité de travail que nous ne pouvons donc pas confirmer d'un point de vue rhumatologique.

Sur le plan psychiatrique il n'y a pas d'incapacité de travail.

**lors ?** *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis*

Sur le plan ostéoarticulaire, cette question est sans objet, puisqu'il n'y a pas d'incapacité de travail d'origine rhumatologique selon notre évaluation rhumatologique.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail.

En l'absence de toute pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

#### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100% SUR LE PLAN OSTÉOARTICULAIRE ET PSYCHIATRIQUE.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% SUR LE PLAN OSTÉOARTICULAIRE ET PSYCHIATRIQUE ».

L'assurée a été vue le 29 juillet 2013 à la consultation de l'Unité du rachis du Département de l'appareil locomoteur (ci-après : DAL) du Hôpital N.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 2 août 2013, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de cervicobrachialgies droites d'origine multifactorielle (discopathies débutantes C4-C5, C5-C6 et C6-C7, tendomyose en cascades, très probable surcharge psychologique dans un contexte socio-familial et professionnel difficile), avec comme comorbidités une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur tabagisme, une obésité et des allergies et comme antécédents un whiplash en 1998 puis en 2000. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a notamment observé ce qui suit :

« **Examen clinique :**

Etat général conservé chez une patiente obèse (85 kg pour une taille de 163 cm). Les MIs présentent un morphotype en valgus.

Le bassin ne paraît pas déséquilibré vu l'obésité mais la radiographie lombaire debout montre effectivement une bascule du bassin à gauche d'environ 1 cm.

Aucune douleur n'est déclenchée à la palpation ou à la mobilisation lombaire.

La marche se fait sans particularité.

Au niveau cervical : douleurs vives à la palpation des insertions occipitales ddc prédominant à droite ainsi que des masses musculaires paracervicales. Les fixateurs de l'omoplate à droite sont extrêmement douloureux ainsi que toute la musculature de la ceinture scapulaire autant à droite qu'à gauche. Points insertionnels très douloureux au niveau de la coiffe des rotateurs et de l'épicondyle à droite.

La mobilisation cervicale est symétrique avec rotation à 60° ddc. Flexion latérale 25° ddc. Il y a des douleurs cervicales mais sans douleurs brachiales.

La mobilisation gléno-humérale est quasi complète mais accompagnée de douleurs en fin de course.

La coiffe des rotateurs est incompétente à droite.

Pas de troubles de la sensibilité au toucher-piquer. Pas de déficit des réflexes.

**L'IRM cervicale du moins d'avril 2012** signe de discrètes discopathies avec pincement postérieur en C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Le canal cervical n'est pas rétréci. Je ne constate pas de compression radiculaire.

**Appréciation, propositions :**

Madame D.\_\_\_\_\_, signale dans ses antécédents deux accidents de voiture avec phénomène de whiplash en 1998 et 2000. A l'époque, elle a été en arrêt de travail durant 3-4 mois mais par la suite, elle a travaillé sans grande difficulté jusqu'en janvier 2012.

Il est difficile de préciser pourquoi, elle a décompensé 10 ans après sous forme de cervicalgies et de brachialgies droites mais sa situation familiale explique peut-être une certaine surcharge.

L'examen clinique d'aujourd'hui est rassurant. Je ne trouve pas de signes de réel syndrome cervical ou radiculaire. A mon sens, il s'agit d'une tendomyose chez une patiente fatiguée voire déprimée.

Sur le plan thérapeutique, je ne conseille plus de faire de gestes infiltratifs ni de prendre une médication antalgique du 3ème pallier. Théoriquement, Madame D.\_\_\_\_\_ pourra profiter d'une prise en charge hospitalière à l'Unité du Rachis permettant un traitement interdisciplinaire (...) ».

Dans son rapport SMR du 19 août 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que l'examen bidisciplinaire du SMR revêtait pleine valeur probante, si bien qu'il convenait de retenir une capacité de travail entière, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 29 août 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il ressortait de l'examen médical du 22 juillet 2013 qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion durable sur sa capacité de travail, qui était entière dans son activité habituelle. La demande de prestations était donc rejetée.

Le 3 octobre 2013, l'assurée a expliqué faire objection à ce projet, dans la mesure où ses douleurs persistaient. Elle faisait état d'une prochaine hospitalisation et produisait le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, établi le 4 octobre 2001 à la suite de son accident de la circulation du 7 décembre 2000, dont le résumé du cas était le suivant :

« Il s'agit donc d'une sympathique patiente souffrant depuis un accident de la circulation intervenu le 7.12.2000 de cervico-scapulo-brachialgies droites associées à des hémicrâniées droites quotidiennes non pulsatiles à type de tiraillements pouvant durer plusieurs heures ainsi qu'à des phénomènes de paresthésies/tuméfaction digitales au niveau des 2 mains à prédominance nocturne.

Une IRM cervicale a été pratiquée qui s'est révélée sans anomalies significatives. Les troubles vont plutôt en s'améliorant sans avoir toutefois complètement disparu.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué montre une nuque de bonne mobilité dont la mobilisation est un peu sensible localement. On observe par ailleurs un tableau de tendomyogélose cervico-scapulo-brachiale droite avec des muscles un peu contracturés et des insertions tendineuses toutes sensibles. Si les insertions cervico-occipitales droites sont sensibles à la pression, il n'y a pas de franc signe de Tinel à la percussion de l'émergence du grand d'Arnold droit. L'examen des paires crâniennes du tronc et des membres inférieurs est sans anomalies significatives. Au niveau des membres supérieurs, les manoeuvres à la recherche d'un TOS de même que la recherche des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien sont négatives ddc. La mobilité des 2 épaules est bonne mais avec une mobilisation un peu sensible à droite. Il n'y a pas d'altération significative de la trophicité, des réflexes tendineux, de la force musculaire. A l'examen de la sensibilité, la patiente signale une hypoesthésie tactile et douloureuse de la pulpe des 3 premiers doigts droits.

Comme mentionné ci-dessus, l'EMG ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur droit. Malgré une anamnèse assez évocatrice, l'étude du nerf médian ne révèle pas d'atteinte significative au niveau du canal carpien ddc.

Au terme du présent bilan, je pense pouvoir écarter une atteinte structurelle majeure du système nerveux périphérique et central chez Mme D.\_\_\_\_\_. S'agissant des douleurs cervico-scapulo-brachiales droites, il s'agit actuellement essentiellement de douleurs d'origine tendino-musculaire liées à une tendomyogélose de la région. S'agissant des troubles sensitifs au niveau des 2 mains, mon sentiment est qu'ils ne sont pas en relation de causalité avec l'accident et qu'ils correspondent à une forme mineure d'irritation du nerf médian au niveau du canal carpien actuellement encore sans traduction électrophysiologique. Nous n'avons en effet pas d'éléments anamnestiques, cliniques et électromyographique en direction d'une souffrance radiculaire notamment de par le caractère bilatéral des troubles. Pas d'éléments non plus anamnestiques, cliniques et radiologiques en direction d'une myélopathie cervicale. Sur le plan thérapeutique, je suggèrerais dans un premier temps un traitement conservateur de type tunnel carpien avec port d'une attelle nocturne au poignet, AINS et si nécessaire infiltration du canal. En cas de persistance des troubles, on pourrait répéter l'EMG.

En ce qui concerne les hémicrâniées droites, je pense qu'il s'agit de douleurs à point de départ cervical liées à la très probable distorsion cervicale dont Mme D.\_\_\_\_\_ a été victime lors de l'accident. De telles complications sont classiques. On aurait pu penser à une irritation du grand nerf d'Arnold mais la symptomatologie n'évoque pas franchement une névralgie. Comme précité, le caractère des douleurs n'est pas celui d'une migraine y compris d'une migraine post-traumatique. Sur le plan thérapeutique, en cas de persistance d'une gêne significative, on pourrait, après avoir fait pratiquer des radiographies fonctionnelles de la colonne cervicale pour écarter toute éventualité d'une lésion ligamentaire majeure, envisager des infiltrations péri-durales/blocs facettaires qui ont parfois un bon effet dans ces situations. Par ailleurs, on pourrait tout de même réintroduire des séances de physiothérapie douce relaxante ainsi que de la balnéothérapie, malgré le caractère relativement insatisfaisant de ces mesures jusqu'ici. Bien entendu, il s'agit également de poursuivre le traitement de Brufen et de Dafalgan ».

L'assurée a également joint à son envoi une attestation du Dr M.\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2013 selon laquelle elle était toujours suivie par ce médecin, une reprise d'activité professionnelle étant pour l'instant impossible, et ce pour une durée indéterminée, avec la précision qu'elle serait hospitalisée en novembre en raison de ses problèmes de santé.

Par avis médical du 28 octobre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les pièces produites par l'assurée avaient une force probante inférieure à celle de l'expertise de juillet 2013, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions.

L'assurée, désormais représentée par Syndicom, s'est vu accorder un délai au 20 décembre 2013 pour contester le projet de décision.

Le 13 février 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations. Dans une correspondance du même jour, il a relevé que l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ ne contenait pas d'élément susceptible de remettre en cause l'appréciation du SMR.

**B.** Par acte du 20 mars 2014, D.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Syndicom, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité, une nouvelle expertise, notamment au plan psychiatrique, étant mise en œuvre. En substance, elle fait valoir que depuis le rapport d'examen du SMR de juillet 2013, elle a subi une hospitalisation au Hôpital N.\_\_\_\_\_ du 11 au 29 novembre 2013. Dans ce contexte, elle a débuté un suivi psychiatrique, dont il résulte le diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison du braquage auquel elle a assisté le 3 décembre 2008 sur son lieu de travail. Elle déplore que les médecins du SMR aient conclu le 29 juillet 2013 à une rémission complète du stress post-traumatique, sans document psychiatrique et à l'issue d'un examen psychiatrique qui n'a pas duré plus d'une heure et demie. Elle est en outre d'avis que l'assertion selon laquelle elle serait « une jeune femme narcissique qui a un besoin de tout contrôler » paraît un peu légère (sic) et mérite de plus amples investigations. Elle joint en outre à son recours un rapport du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, du 10 mai 2013. A ses yeux, les éléments dont elle se prévaut n'ont pas été dûment pris en compte par l'OAI avant la décision du 13 février 2014, à tort.

Avec son recours, elle produit :

- un rapport du 13 décembre 2013 de la Dresse X. \_\_\_\_\_ rédigé à la suite de son séjour du 11 au 29 novembre 2013 au Service de réhabilitation du DAL faisant état, comme diagnostic principal, de cervico-brachialgies d'origine multifactorielle chronique avec discopathies débutantes C4-C5, C5-C6 et C6-C7, tendomyose en cascade et déconditionnement physique et psychique, et, comme diagnostics secondaires, d'une probable épicondylite latérale du coude droit et d'un état de stress post-traumatique ; selon la Dresse X. \_\_\_\_\_, une reprise d'une activité professionnelle qui ne demande pas de port de charges lourdes, de position en porte-à-faux et de travail en dessus de l'horizontale pourrait être envisagée ;
  
- un rapport établi le 18 février 2014 par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie du Hôpital N. \_\_\_\_\_, qui ont relevé que la patiente bénéficiait d'un suivi de soutien psychiatrique et psychothérapeutique hebdomadaire depuis le 22 novembre 2013, ainsi que d'un traitement psychopharmacologique ; dans le cadre du suivi, les médecins ont constaté que la patiente souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique, soulignant que le 3 décembre 2008, elle avait été victime d'un braquage du bureau K. \_\_\_\_\_ où elle était employée ; la mise en danger avait été très claire, dans la mesure où les trois employés avaient été directement menacés et que l'un des collaborateurs avait été blessé par arme à feu à quelques mètres de l'assurée ; à la suite de cet événement, l'intéressée avait développé une symptomatologie anxieuse importante avec des angoisses envahissantes et des conduites d'évitement ; l'assurée n'avait pas bénéficié à l'époque d'une prise en charge psychologique adéquate et les phénomènes d'amnésie circonstancielle typique de ce genre de pathologie avaient contribué au refoulement de sa souffrance ;

- un rapport du 10 mai 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, qui a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques d'étiologie indéterminée ; cliniquement, il constatait une légère scoliose dorso-lombaire droite sur bascule du bassin à gauche, pas de limitation des mouvements de la nuque, des contractures discrètes de la musculature cervicale, d'importantes douleurs à la palpation cervicale et de toute la région dorsale haute, mais pas de signes neurologiques pour un syndrome radiculaire des membres supérieurs ; pour le Dr W.\_\_\_\_\_, il y avait une très probable composante psychique de type anxio-dépressif ; à ses yeux, il était difficile de justifier une incapacité de travail totale qui durait depuis le 27 janvier 2012 pour les seules cervicalgies et le problème était ailleurs.

Dans sa réponse du 27 mai 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. Il joint à son écriture un avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR du 25 mai 2014, selon lequel les pièces produites par la recourante n'apportent pas d'information nouvelle.

Dans sa réplique du 31 juillet 2014, la recourante se prévaut de l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_, selon lequel elle souffre d'un état de stress post-traumatique. Elle est en outre d'avis que la décision attaquée se fonde sur un état de fait dépassé, dans la mesure où elle ne travaille plus à K.\_\_\_\_\_ depuis le 31 janvier 2014, ayant reçu sa lettre de licenciement le jour de son examen auprès du SMR le 22 juillet 2013. Elle en déduit que c'est à tort que la décision en cause retient qu'elle peut travailler comme collaboratrice au front office de K.\_\_\_\_\_. Elle produit avec son écriture une décision relative à son revenu d'insertion (RI), la lettre de résiliation des rapports de travail du 22 juillet 2013 - avec effet au 31 janvier 2014 -, ainsi qu'un rapport établi le 30 juillet 2014 par les Drs G.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie du Hôpital N.\_\_\_\_\_, à la teneur suivante :

« Suite à l'avis médical du 25 mai 2014 émanant du SMR de Vevey, nous nous permettons de vous adresser le présent courrier. Comme mentionné dans notre précédent rapport, nous rappelons que la patiente susnommée nous a été adressée par le service de Rhumatologie du Hôpital N. \_\_\_\_\_ pendant son séjour hospitalier du 11 au 29 novembre 2013. Le facteur déclenchant a été la reviviscence d'événements traumatiques au cours d'une séance de thérapie. Depuis le 22 novembre 2013, Madame D. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi de soutien psychiatrique et psychothérapeutique hebdomadaire, ainsi que d'un traitement psychopharmacologique.

Nous évoquions dans notre rapport que Madame D. \_\_\_\_\_ souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique, se définissant comme un trouble anxieux survenant chez des sujets ayant été victimes ou témoins d'événements traumatiques. Par événement traumatique, nous entendons un événement en dehors de la norme dans lequel l'intégrité physique et/ou psychique de l'individu est menacée. En effet, le 3 décembre 2008, Madame D. \_\_\_\_\_ a été victime d'un braquage du bureau de K. \_\_\_\_\_ où elle était employée. En l'occurrence, cette mise en danger a été très claire du fait que les trois employés ont été directement menacés d'une arme à feu et que l'un de ses collaborateurs a été blessé par ladite arme à quelques mètres d'elle.

Dans les suites directes de ce braquage, Madame D. \_\_\_\_\_ a développé une symptomatologie anxieuse importante avec des angoisses envahissantes et des conduites d'évitement. Par exemple, elle changeait de bus en se rendant à son travail pour éviter qu'on ne la suive. De plus, quelques mois plus tard, elle a surpris trois hommes qui tentaient de s'introduire chez elle pour la cambrioler, exacerbant alors son sentiment d'insécurité et de vigilance déjà très présent.

Dans son rapport du 29 juillet 2013, la Dresse U. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de probable état de stress post-traumatique en 2008, avec rémission complète en date du 22 juillet 2013. Nous appuyons également le diagnostic de probable état de stress post-traumatique survenu en 2008. Cependant, nous nous étonnons que la Dresse U. \_\_\_\_\_ retienne une rémission complète, argumentant que *« l'assurée ne présente pas de flashback, de rêves ou de cauchemars, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie ni d'évitement. »*

Nous ne pouvons souscrire à cette constatation concernant une patiente qui présente encore actuellement une symptomatologie manifeste. Elle souffre en effet de troubles du sommeil avec rêves et cauchemars la réveillant en sursaut et en sueur plusieurs fois par semaine, avec notamment la récurrence de cauchemars impliquant des agressions ou des cambrioleurs au moins toutes les semaines. Suite à ces cauchemars, elle éprouve de la difficulté à se rendormir et présente un état de vigilance où elle guette chaque bruit. Cet état d'hyper vigilance se retrouve la journée où elle désactive la sonnerie de son interphone car ce bruit la fait sursauter quand elle est seule à la maison. Dans la rue, elle se montre méfiante et éprouve régulièrement la crainte d'être suivie. Elle est rassurée par la foule quand elle utilise les transports publics mais le soir ou dans les

périodes de vacances, elle se déplace en voiture car elle se sent ainsi plus en sécurité. Lorsqu'elle assiste à des altercations dans la rue, elle se sent vite menacée et s'éloigne rapidement de peur d'être impliquée. Les conduites d'évitement persistent, avec une tendance à refuser les invitations de ses amis ou à effectuer ses courses par internet pour éviter de sortir. Par ailleurs, la présence d'un détachement par rapport aux autres a également été constatée par son entourage qui lui fait régulièrement remarquer qu'elle a l'air absente ou qu'elle oublie des choses ou des conversations.

Face à ces éléments, il apparaît léger de ne retenir la présence d'aucune maladie psychiatrique et de ne justifier les plaintes de Madame D. \_\_\_\_\_ que par la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Ceci dit, le but de ce rapport n'est pas d'argumenter sur des considérations diagnostiques qui ne feraient qu'augmenter la confusion dans laquelle se trouve Madame D. \_\_\_\_\_ concernant sa situation administrative et professionnelle. Comme nous l'avons directement exprimé à la patiente, nous rejoignons les conclusions de la Dresse U. \_\_\_\_\_ concernant sa capacité à ré-exercer une activité professionnelle, et notre but e[s]t de l'accompagner dans ce sens. Cependant, nous estimons que la patiente présente une symptomatologie résiduelle qui contre[-]indique la pratique d'une activité similaire à celle exercée jusqu'à présent. Dès lors, nous préconisons la mise en place de mesures d'accompagnement et de réorientation afin de favoriser une réintégration optimale dans le monde du travail. De plus, ces mesures diminueront le risque de péjoration et de chronicisation de la symptomatologie actuelle ».

Par duplique du 4 septembre 2014, l'intimé a maintenu sa position, en se référant à un avis du SMR du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 28 août 2014, selon lequel la situation est inchangée.

Le 23 octobre 2014, la recourante a confirmé ses conclusions, en insistant sur la nécessité que soit ordonnée une expertise propre à départager l'avis du SMR de celui du Dr B. \_\_\_\_\_.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en

dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et dans le respect des autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Selon une 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 de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b).

**c)** Le litige porte en l'espèce sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, sur 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1, TFA I 274/05 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 lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**4.** La recourante se plaint essentiellement du fait que sa problématique psychiatrique n'a pas été bien appréhendée, en faisant valoir qu'il résulte des divergences d'appréciation entre les médecins du SMR et le Dr B.\_\_\_\_\_.

**a)** Au plan neurologique, la recourante ne présente objectivement pas d'anomalie, ainsi que l'a constaté le Dr T.\_\_\_\_\_ le 10 février 2012 à la suite de son examen. Il n'y a en particulier pas d'argument en faveur d'un syndrome radiculaire et l'ENMG pratiqué s'est révélé normal. Les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, bien qu'anciennes, dans son rapport du 4 octobre 2001 produit par la recourante, ne sont au demeurant pas différentes : à cette date déjà, le Dr L.\_\_\_\_\_ faisait état

d'un examen sans anomalie significative. Il avait en particulier écarté une atteinte structurelle majeure du système nerveux périphérique et central.

Au plan rhumatologique, le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il était difficile de justifier une incapacité de travail totale perdurant depuis le 27 janvier 2012 pour les seules cervicalgies, étant d'avis que le problème était ailleurs, mais sans formellement se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a pour le surplus constaté une légère scoliose dorso-lombaire droite sur bascule du bassin à gauche, des contractures discrètes de la musculature cervicale, d'importantes douleurs à la palpation cervicale et de toute la région dorsale haute, mais pas de limitation des mouvements de la nuque, ni de signe neurologique pour un syndrome radiculaire des membres supérieurs, estimant qu'il existait très probablement une composante psychique de type anxio-dépressif.

Quant aux plans orthopédique et rachidien, il n'est pas contesté que la recourante souffre de cervicobrachialgies. Ce diagnostic a été posé tant par les médecins du SMR à l'occasion de leur examen du 22 juillet 2013 que par le Dr M. \_\_\_\_\_ (rapports des 21 juin et 10 octobre 2012), par la Dresse P. \_\_\_\_\_ (rapport du 29 août 2012), par la Dresse X. \_\_\_\_\_ (rapports des 2 août et 13 décembre 2013) et par le Dr W. \_\_\_\_\_ (rapport du 10 mai 2013). Il est également admis que l'assurée présente de discrets troubles dégénératifs du rachis cervical, sous forme de pincement discal minime C4-C5, C5-C6 et C6-C7 (cf. rapport d'IRM de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 19 avril 2012, rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2012, rapport d'examen du SMR du 29 juillet 2013 et rapport de la Dresse X. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2013). Toutefois, selon les médecins du SMR, dont l'avis ne paraît au demeurant pas remis en cause par la recourante sur ce point, les diagnostics précités sont sans effet sur la capacité de travail. En effet, de l'avis - étayé et non contredit - des médecins du SMR, aucune limitation fonctionnelle n'est retenue, dans la mesure où les troubles statiques du rachis et les troubles dégénératifs du rachis cervical sont trop discrets. En outre, la bascule du bassin sur la gauche sur raccourcissement du membre inférieur gauche peut selon eux tout à fait être compensée si cela s'avérait nécessaire.

La Dresse X.\_\_\_\_\_ est également d'avis qu'une reprise d'activité professionnelle qui ne demande pas de port de charges lourdes, de position en porte-à-faux ni de travail en dessus de l'horizontale pourrait être envisagée (avis du 13 décembre 2013). Ses observations sont au demeurant largement superposables à celles des médecins du SMR. Toutefois, la Dresse X.\_\_\_\_\_, contrairement aux médecins du SMR, n'explique pas les raisons qui la conduisent à retenir les limitations fonctionnelles qui précèdent. L'avis du SMR du 29 juillet 2013 - qui repose sur des examens complets de la recourante, prend en compte les plaintes de celle-ci, se fonde sur l'étude de l'entier de son dossier et dont les conclusions sont motivées et dénuées de contradiction -, sera donc préféré à celui de la Dresse X.\_\_\_\_\_. Quant à l'attestation du Dr M.\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2013, selon laquelle une reprise d'activité professionnelle serait pour l'instant impossible, elle n'est pas motivée et donc pas de nature à remettre en cause l'appréciation étayée et circonstanciée des médecins du SMR.

On retiendra donc que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle.

**b)** Au plan psychiatrique, la recourante soutient qu'elle souffre d'un état de stress post-traumatique qui a été exclu à tort par les médecins du SMR, alors que le Dr B.\_\_\_\_\_ pose pour sa part un tel diagnostic.

Toutefois, indépendamment de la qualification diagnostique, il convient en premier lieu de constater que le Dr B.\_\_\_\_\_ rejoint les médecins du SMR sur un point essentiel, à savoir la capacité de travail, estimant que la recourante est en mesure de ré-exercer une activité professionnelle. Il est toutefois d'avis qu'elle ne devrait pas exercer une activité similaire à celle qu'elle avait eue jusqu'à présent.

Certes, la recourante a été victime d'un braquage le 3 décembre 2008 au sein du bureau de K.\_\_\_\_\_ dans lequel elle

travaillait, à la suite duquel elle a développé un état de stress post-traumatique, ce dont ne disconviennent pas les médecins du SMR. Ceux-ci considèrent cependant que cet état de stress post-traumatique est actuellement en rémission complète. Ils se réfèrent, dans ce contexte, notamment à la CIM-10, selon laquelle la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois, mais qu'il est rare qu'elle dépasse six mois. L'évolution se fait au demeurant vers la guérison, comme dans le cas de la recourante - qui a du reste pu retravailler pendant plusieurs années à la suite de l'événement de 2008 -, si bien que le diagnostic de probable état de stress post-traumatique a été retenu comme étant sans incidence sur la capacité de travail. Les médecins du SMR exposent par ailleurs de façon détaillée les raisons qui les conduisent à ne pas retenir d'état dépressif réactionnel avec effet sur la capacité de travail.

Dès lors que le rapport du SMR de juillet 2013 remplit tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître pleine valeur probante, il convient de considérer que la recourante présente bien une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Peu importe à cet égard que son contrat de travail ait été résilié en cours de procédure (cf. consid. 3a supra). Quant à la durée de l'entretien avec le médecin psychiatre du SMR, dont la recourante se plaint qu'elle n'ait été que d'une heure et demie, on rappellera que le rôle dévolu par la jurisprudence à un expert consiste à fournir une analyse neutre, ponctuelle et détaillée d'un cas particulier (TF 9C\_34/2010 du 9 juillet 2010 consid. 4.2.2). Il appartient ainsi à l'expert de se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3, TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et les références citées) ; la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1). Celle-ci ne saurait en effet être proportionnelle au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (TFA I

719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2, I 764/05 du 30 mai 2006 consid. 2.3). En outre, une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). En l'occurrence, force est de constater que la démarche des médecins du SMR à l'occasion de l'examen de juillet 2013 correspond aux postulats posés par la jurisprudence quant au rôle d'un expert.

**5.** Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction n'apparaît pas utile, de sorte que la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise et d'investigations complémentaires sur l'assertion des médecins du SMR selon laquelle elle serait « une jeune femme narcissique qui a un besoin de tout contrôler » doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 13 février 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D.\_\_\_\_\_.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Isabelle Pauchard, avocate (pour D.\_\_\_\_\_),
- 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 :