

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 mars 2015

---

Composition : Mme RÖTHENBACHERR, président  
Mme Thalmann, juge et M. Bonard, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à Romanel-sur-Lausanne, recourante, représentée par le cabinet de conseil Karaj, à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1960, suisse et originaire de Macédoine, est employée en tant que serveuse / nettoyeuse par le restaurant V.\_\_\_\_\_ à [...], depuis le 1<sup>er</sup> mars 2002. Elle a exercé cette activité professionnelle à mi-temps dès janvier 2010. Le 11 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations AI en indiquant souffrir de problèmes de genoux et de hernie discale.

Le 30 mars 2010, l'assureur perte de gain S.\_\_\_\_\_ a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) que l'assurée avait bénéficié des prestations d'indemnités journalières suivantes :

“du 15.04.2009 au 17.04.2009 sur la base d'un taux d'incapacité de 100% délai d'attente ;  
du 18.04.2009 au 27.04.2009 sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100% ;  
Reprise à 100% ;  
du 26.05.2009 au 01.06.2009 sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100% ;  
Reprise à 100% ;  
du 11.09.2009 au 30.09.2009 sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100% ;  
Reprise à 100% ;  
du 21.10.2009 au 10.11.2009 sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100% ;  
Reprise à 100% ;  
du 16.11.2009 au 20.03.2010, sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 100%.”

Selon une fiche d'examen du dossier No 1 du 16 avril 2010, sur la base d'un entretien téléphonique de l'Office AI avec son assurance perte gain, l'assurée se trouvait toujours en incapacité de travailler à 50%.

Dans les annexes au questionnaire de l'employeur complété le 21 avril 2010 il était mentionné que dans le cadre de son activité, l'assurée était confrontée aux sollicitations physiques suivantes ; marcher (rarement, jusqu'à environ ½ h. par jour), rester debout (parfois, ½ h. jusqu'à environ 3 h. jour) et soulever ou porter des charges jusqu'à 10

kilos (rarement, jusqu'à environ ½ h. par jour). Il était en outre précisé que le port de charges supérieures à 10 kilos lui était impossible.

A teneur d'un rapport d'évaluation du 4 mai 2010, un collaborateur de l'OAI a relevé que les problèmes de dos de l'assurée existaient depuis environ quinze ans. Le traitement prescrit consistait en des injections pratiquées à la Clinique [...] à [...] ainsi qu'en la prise de médicaments (Nisulid®100, Sirdalud® 4mg. et Seresta®), l'état de santé s'étant détérioré depuis ces injections. L'assurée était centrée sur ses douleurs ; son attente vis-à-vis de l'AI consistait en la reconnaissance du droit à une rente à 50% et en une réorientation dans une activité légère pour l'autre partie.

Dans un rapport du 28 juin 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique suivant l'assurée depuis mai 2008, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies et de discopathies étagées. Il mentionnait une incapacité de travailler à 50% sans plus de précisions. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle possibles, ce chirurgien indiquait la nécessité d'obtenir l'avis d'un neurochirurgien ou d'un neurologue, proposant en ce sens un examen par le service médical de l'OAI. Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient les suivantes ; pas d'activités uniquement en position debout / exercées principalement en marchant (terrain irrégulier) / en se penchant / à genoux, pas de soulèvement / port près / loin du corps, pas de montées sur une échelle / un échafaudage et pas de montées d'escaliers.

Dans un rapport du 24 décembre 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et médecin traitant, a posé le diagnostic invalidant d'affection rhumatologique et ceux sans effet sur la capacité de travail de syndrome pluri-métabolique, d'asthme et d'état anxio-dépressif réactionnel. Son pronostic était réservé. Concernant l'évaluation de l'incapacité de travail de sa patiente, le Dr M.\_\_\_\_\_ renvoyait à l'appréciation de son confrère le Dr C.\_\_\_\_\_. Le médecin traitant indiquait au surplus que deux évaluations (neurologique et cardiologique) mises en œuvre par ses soins s'étaient avérées plutôt

rassurantes. Il estimait cependant indiquée une évaluation de sa patiente par l'Office AI.

Dans un certificat du 6 janvier 2011, le Professeur Q. \_\_\_\_\_ a attesté un arrêt de travail de l'assurée à 100% de durée indéterminée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Les 5 et 17 janvier 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_ a transmis les documents médicaux suivants à l'Office AI :

- un rapport d'IRM lombaire du 17 novembre 2010 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie du Centre d'Imagerie [...] ( [...] Lausanne) dont les conclusions mettaient en évidence une légère sténose du canal lombaire en L4-L5 due à l'association d'une protrusion discale postéromédiane paramédiane et latérale droite (extra-foraminale) légèrement sténosante à une arthrose inter-facettaire et à une légère hypertrophie des ligaments jaunes. Une discopathie en L5-S1 avec hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement sténosante, en association avec une arthrose inter-facettaire, était susceptible d'irriter la racine S1 gauche de l'assurée ;
- une ordonnance du 19 novembre 2010 du Dr C. \_\_\_\_\_ pour la prescription de neuf séances de physiothérapie en piscine auprès du cabinet de balnéothérapie et physiothérapie A. \_\_\_\_\_ à [...]
- un rapport d'ENMG (électroneuromyographie) du 15 décembre 2010 adressé au Professeur Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie du Centre Anti-Douleur de la Clinique [...], par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Ce dernier y posait le diagnostic de douleur du membre inférieur gauche d'origine indéterminée. Il mentionnait une électromyographie de détection au repos et en activité volontaire effectuée dans les muscles jambiers antérieur et jumeau internes à gauche qui était normale de sorte qu'il n'avait pu être démontré de signe de radiculopathie S1 ou L5 à gauche. Le Dr H. \_\_\_\_\_ faisait également

part d'un examen clinique sans signe évident d'une compression radiculaire, lombaire ou sacrée ;

- un questionnaire de « suivi du patient » non daté de la Clinique [...] dont il ressort que neuf mois après le début de son traitement, l'assurée ressentait des douleurs qu'elle évaluait entre 6 à 9 sur une échelle allant de 0 à 10.

Au terme d'un avis médical du 19 janvier 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a relevé ne pas disposer d'éléments pour se positionner sur une capacité de travail ou sur des limitations fonctionnelles. Il restait ainsi dans l'attente d'un nouveau rapport médical complet de la part du Professeur Q. \_\_\_\_\_; selon un entretien téléphonique du même jour, ce dernier avait informé avoir présenté le cas de l'assurée dans le cadre d'un consilium avec deux neurochirurgiens et deux médecins spécialistes de la douleur et ainsi poursuivre des investigations afin de déterminer l'origine des douleurs continues, lesquelles recherches devaient aboutir dans quelques semaines.

A l'occasion d'un nouveau questionnaire de « suivi du patient » de la Clinique [...], à douze mois du début de son traitement, l'assurée disait ressentir des douleurs qu'elle évaluait toujours entre 6 à 9 sur une échelle allant de 0 à 10.

Dans un rapport du 25 mars 2011 adressé au Dr C. \_\_\_\_\_, le Professeur Q. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes sur le cas de l'assurée au terme de ses investigations :

"[...] Nous sommes ainsi confrontés à un échec diagnostique pour des douleurs situées autour du genou, ainsi que des douleurs dans le territoire S1 à gauche. Une radiculopathie a été exclue. Ont été exclues également des douleurs référées provenant soit des articulations postérieures soit des disques.

Face à cette situation, je propose une période de rééducation intensive, surtout au niveau du genou car il pourrait être à l'origine d'une mauvaise posture et/ou d'une mauvaise façon de marcher

pouvant provoquer ses lombalgies, qui ne sont pas en rapport avec sa discopathie, comme démontré plus haut.

J'ai pris la liberté d'adresser une demande de consultation en ce sens au Dr J.\_\_\_\_\_, médecin rééducateur à la Clinique [du] Dos de la Clinique [...].”

Le 1<sup>er</sup> avril 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ a proposé d'adresser une demande de rapport médical aux médecins suivant l'assurée dans la seconde moitié du mois de mai 2011, soit après une période de deux mois pour permettre de voir quels seraient les résultats de la « rééducation intensive » prescrite par le Professeur Q.\_\_\_\_\_. Dans l'éventualité où la situation devait perdurer à cette date, le médecin du SMR précisait qu'il serait procédé à une expertise.

Par communication du 5 avril 2011, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé.

A teneur d'une ordonnance du 13 mai 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, l'assurée s'est vue prescrire neuf séances de physiothérapie en piscine et à sec à raison de deux par semaine.

Dans un rapport du 4 septembre 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches (dans un contexte de discopathies dégénératives L4-S1, de sévère amyotrophie du plan musculaire profond et de kinésiophobie), de gonalgies gauches (dans un contexte de syndrome douloureux fémoro-patellaire et de status après shaving du genou gauche 2007) et de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques (état dépressif réactionnel) existants depuis 2008. Ce spécialiste mentionnait un pronostic réservé compte tenu de cette intrication psycho-physique qui rendait une rééducation musculaire active difficile. La souffrance du genou gauche perturbait en outre le respect des règles d'hygiène gestuelle et posturale. Le traitement prodigué se composait d'hydrokinésithérapie, de thérapie à sec et de la prise de médicaments (Fluctine® 20 mg 1 cp./j.,

Minalgine® 500 mg 3 cp./j. et Nisulid® 100 mg./j.). Le Dr J.\_\_\_\_\_ estimait que dans l'exercice de sa profession habituelle, l'assurée présentait une incapacité de travailler totale depuis 2007. Toutefois sur le plan purement théorique et en se basant sur l'analyse rhumatologique, ce praticien retenait une exigibilité professionnelle à 50% de l'assurée dans une activité adaptée (soit respectant les règles d'hygiène gestuelle posturale, limitant les déplacements en terrain irrégulier et sans travail en zone basse). Le Dr J.\_\_\_\_\_ indiquait en lien avec l'appréciation de la sévérité de l'handicap fonctionnel subjectif de sa patiente, la nécessité d'une appréciation psychiatrique.

Dans un rapport complémentaire du 7 mars 2012, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'avait pas été adressée auprès d'un spécialiste en psychiatrie mais qu'il y avait éventuellement une indication, la question devant être décidée avec la patiente.

Au terme d'un avis du 3 avril 2012, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un examen clinique SMR ou une expertise médicale bidisciplinaire rhumato-psychiatrique était nécessaire.

Le 7 août 2012, l'assurée a été examinée dans les locaux du SMR de l'AI. Au terme de leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 octobre 2012, les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, rééducation et expert médical SIM, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, se sont prononcés comme il suit sur l'état de santé de l'assurée :

“Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

• LOMBOSCIATALGIES À PRÉDOMINANCE G CHRONIQUES M54.4

o DISCOPATHIES DÉGÉNÉRATIVES PLURI-ÉTAGÉES DE L4 À S1 ASSOCIÉES À UNE ARTHROSE POSTÉRIEURE

• GONALGIES BILATÉRALES PRÉDOMINANT À G, DANS UN CONTEXTE DE VRAISEMBLABLE SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE ET STATUS APRÈS INTERVENTION DU GENOU G EN 2006 ou 2007

- sans répercussion sur la capacité de travail

- TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ F45.1.
- SURCHARGE PONDÉRALE AVEC OBÉSITÉ DE CLASSE II
- DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET FOCAL AVEC DYSBALANCE

#### APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une assurée âgée de 52 ans, sans formation professionnelle particulière, exerçant habituellement une activité de nettoyeuse, présentant des incapacités de travail depuis avril 2009 puis de façon continue depuis novembre 2009, dans un contexte de lombosciatalgies G et gonalgies G chroniques évoluant depuis au moins 2006 ou 2007. Une demande de prestations AI est déposée le 08.04.2010 par l'intermédiaire de ses médecins traitants.

Les différents examens complémentaires réalisés mettent en évidence un trouble dégénératif du rachis lombaire, une surcharge pondérale et un vraisemblable syndrome fémoro-patellaire à G sur un status après intervention du genou G dans les années 2006 ou 2007 (shaving ?). Les différents traitements appliqués à ce jour se sont tous révélés sans efficacité en ce qui concerne la symptomatologie douloureuse. Un bilan extensif, pratiqué par le Prof. Q. \_\_\_\_\_, spécialiste de la douleur a permis d'exclure une radiculopathie de même que des douleurs référées pouvant provenir des articulations postérieures ou des disques vertébraux à l'origine de la symptomatologie présentée par l'assurée. Dans ce contexte de trouble douloureux chronique, avec relativement peu de substrat organique et absence de résultats aux différents traitements appliqués, un diagnostic de probable trouble douloureux somatoforme est avancé par le Dr J. \_\_\_\_\_.

Lors de l'examen au SMR, nous nous trouvons en présence d'une assurée présentant une obésité de classe II, mettant en avant un comportement algique, centrée sur le rachis lombaire et les MI. L'examen ostéo-articulaire met en évidence une diminution nette de la mobilité en ce qui concerne le rachis dorsolombaire dans un contexte de contre-pulsions et de descriptions algiques diffuses associées à une diminution de la mobilité en ce qui concerne les articulations coxo-fémorales bilatéralement, bloquées par des contre-pulsions. La mobilité spontanée de l'assurée est relativement conservée, avec absence de mise en évidence de signe d'épargne ou de signe algique particulier, en-dehors des moments où l'assurée se sent observée.

L'examen neurologique ne met pas en évidence d'argument en faveur d'un syndrome radiculaire de type irritatif ou déficitaire. Le reste de l'examen est sp, hormis la mise en évidence de 4 signes sur 5 selon Waddell et de 2 sur 2 selon Kummel en faveur d'un processus à caractère de non organicité (signes comportementaux) dans un contexte de déconditionnement musculaire global et focal, associé à des dysbalances, aggravé par une surcharge pondérale avec une obésité de classe II.

La documentation radiologique à disposition au dossier médical met en évidence des troubles dégénératifs du rachis lombaire et des signes en faveur d'une gonarthrose G débutante a minima.

L'ensemble de la symptomatologie mise en avant par l'assurée, l'intensité des douleurs revendiquées, l'absence d'évolution malgré les différents traitements appliqués ne peut s'expliquer uniquement par les lésions structurelles objectives mises en évidence par les examens complémentaires à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. Une composante à caractère de non organicité est clairement démontrée par les différents examens réalisés à ce jour.

Les atteintes objectives à la santé mises en évidence par les examens complémentaires à disposition sont à l'origine de limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge physique et dans une moindre mesure, dans des activités à charge physique moyenne. L'activité habituelle de l'assurée est considérée comme une activité à charge physique moyenne, raison pour laquelle une incapacité de travail de 50% dans une telle activité est raisonnablement retenue.

Toute forme d'activité professionnelle à caractère semi-sédentaire permettant les variations de positions à la guise de l'assurée est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100% sans diminution de rendement.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectivées par les différents examens complémentaires à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère de non organicité, clairement mise en évidence lors de l'examen clinique au SMR, avec la présence de signes de Waddell et Kummel, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail. La composante liée au déconditionnement musculaire et à la surcharge pondérale n'a pas non plus été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail car ces atteintes à la santé sont tout à fait réversibles et ne peuvent être, de ce fait, retenues comme responsables d'incapacité de travail de longue durée.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée de 52 ans, originaire de Macédoine, sans formation, entrée en Suisse en 1990, mariée, quatre filles adultes, qui a travaillé comme femme de ménage jusqu'en 2009, et qui dépose une première demande le 08.04.2010, en relation avec des douleurs (sciatalgies et gonalgies). L'incapacité de travail durable débute le 16.11.2009.

Dans son rapport médical du 04.09.2011, le Dr J. \_\_\_\_\_ retenait les diagnostics psychiatriques de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques, et un état dépressif réactionnel. Il mentionnait la prise d'un antidépresseur, Fructine® 20 mg par jour. D'après l'assurée, ce traitement a été arrêté il y a plusieurs mois.

L'examen psychiatrique de ce jour objective un trouble somatoforme indifférencié : l'assurée présente en effet, des douleurs persistantes, souvent intenses, et qui constituent en permanence sa préoccupation essentielle. Il n'existe cependant pas de sentiment de

détresse, ce qui exclut le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. Néanmoins, les critères de sévérité doivent être discutés : d'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il est difficile de parler d'échec du traitement, en l'absence de prise en charge spécialisée. Pour la même raison, on ne peut considérer l'état psychique de l'assuré cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique. Enfin, comme le montre la vie quotidienne, il n'y a pas de perte d'intégration sociale, l'assurée étant en relation étroite avec nombre de membres de sa famille, en particulier ses filles et ses petits-enfants. Dans ces conditions, l'affection présentée par l'assurée n'est pas du ressort de l'AI, elle ne relève pas de l'AI.

Enfin, l'exploration de la thymie n'objective pas d'épisode dépressif, en l'absence des trois critères majeurs de la dépression : il n'y a pas d'abaissement de l'humeur, pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, comme le montre la vie quotidienne, ni de réduction d'énergie d'origine dépressive, celle-ci étant directement liée aux douleurs. Par ailleurs, tous les critères mineurs de la dépression sont absents, hormis une attitude morose et pessimiste face à l'avenir : pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas de diminution de la confiance en soi (l'assurée déclare avoir confiance en elle), pas d'idées de culpabilité, pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution de l'appétit, l'assurée ayant pris 8 kg en quelques mois. Enfin, tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression sont absents.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a donc jamais eu de période d'incapacité de travail durable. La capacité de travail est complète.

#### Limitations fonctionnelles

Absence de port de charge[s] supérieure[s] à 5 kg de façon répétitive, pas de soulèvement de charge[s] au-delà de 10 kg, de façon ponctuelle. Eviter les positions statiques assises prolongées au-delà de l'heure, sans possibilité de varier les positions au minimum une fois, de préférence à la guise de l'assurée. Pas d'activité en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'activité en genuflexion ou accroupie à répétition, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition avec port de charge[s], pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur. Diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure. Pas d'activité debout avec position statique (piétinement).

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

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

Sur la base des documents mis à disposition, il semblerait que cette assurée présente une incapacité de travail de façon continue depuis le 16.11.2009. Il a été impossible d'obtenir d'autres informations anamnestiques lors de l'examen au SMR.

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, et au vu des lésions structurelles présentées par cette assurée, une incapacité de travail

de 50% est retenue dans son activité habituelle de nettoyeuse depuis novembre 2009.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable.

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

Elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle.

Une activité adaptée est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100% sans diminution de rendement depuis novembre 2009. Comme déjà discuté précédemment, la capacité de travail résiduelle de l'assurée ne tient compte que des lésions structurelles objectivées par les examens complémentaires à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère de non organicité, de même que la composante liée à la surcharge pondérale et au déconditionnement musculaire n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

Sur le plan psychiatrique : sans objet.

#### CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 50%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% DEPUIS : NOVEMBRE 2009"

Dans un rapport du 25 octobre 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé des lombosciatalgies à prédominance gauche chroniques sur discopathies dégénératives pluri-étagées de L4 à S1 associées à une arthrose postérieure (M54.4) et comme pathologie associée du ressort de l'AI, des gonalgies bilatérales prédominant à gauche, dans un contexte de vraisemblable syndrome fémoro-patellaire et status après intervention du genou en 2006 ou 2007. Selon ce médecin, les pathologies de trouble somatoforme indifférencié, de surcharge pondérale avec obésité de classe II et de déconditionnement musculaire global et focal avec dysbalance n'étaient pas du ressort de l'AI. En raison des lésions structurelles ainsi que sur la base de l'examen clinique par son confrère rhumatologue du SMR, le Dr D. \_\_\_\_\_ était d'avis que depuis novembre 2009, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle mais qu'à compter de cette même date, une activité adaptée était exigible de sa part sur le plan médico-théorique à 100% sans diminution de rendement. S'agissant des limitations fonctionnelles, ce médecin-conseil reprenait en intégralité celles mises en évidence le 7 août 2012 par les Drs K. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 22 février 2013, l'Office AI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. Se basant sur les conclusions de ses médecins, l'OAI a considéré qu'à la fin du délai d'attente, soit le 16 novembre 2012, l'intéressée présentait une incapacité de travail à 50% dans son activité antérieure. Cependant, dès le 16 novembre 2011 (début du délai d'attente), une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles mises en évidence. Après comparaison entre les revenus raisonnablement exigibles (sans et avec invalidité) et en tenant compte d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité compte tenu des limitations fonctionnelles présentées, le degré d'invalidité de l'assurée était de 14,71%.

Dans une communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'une mesure d'aide au placement sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans les recherches d'emploi fournis par son service de placement.

Le 22 mars 2013, l'assurée, par le cabinet de conseil Karaj, a fait part de ses objections contre le projet de décision précité en sollicitant l'octroi d'une rente entière depuis le 16 novembre 2011 et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle avançait en substance présenter depuis le 16 novembre 2011 une incapacité de travailler totale dans son activité habituelle compte tenu de l'ensemble de ses maux, son état de santé ne s'améliorant pas, au contraire. Elle précisait avoir eu une consultation en date du 5 mars 2013 avec le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et traitement interventionnel de la douleur du Service de neurochirurgie au CHUV et qu'un rapport détaillé serait transmis dans les jours suivants. L'assurée soutenait en particulier souffrir de troubles somatoformes douloureux persistants et d'un épisode dépressif moyen se manifestant par des douleurs massives, très envahissantes qui s'étaient progressivement mues en souffrances chroniques malgré le traitement mis en œuvre. Elle notait ainsi dans son cas des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans

rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (important retrait social), un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique et enfin l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de sa motivation et de ses efforts fournis afin de surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. L'assurée observait enfin que le projet de décision s'inscrivait en contradiction avec les certificats de ses médecins qui renaient tous une incapacité de travail d'au moins 70%. Elle a produit par la suite, les pièces médicales suivantes:

- un rapport du 14 mars 2013 des Drs N.\_\_\_\_\_, médecin associé et W.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, du Service de neurochirurgie du CHUV, au terme duquel ces médecins du CHUV ne constataient pas d'atteinte radriculaire tant cliniquement qu'au niveau d'une IRM datant d'août 2012, les racines restant libres, sans compression, de même que les trous de conjugaison. De l'avis de ces médecins, l'assurée présentait deux problèmes distincts ; premièrement des lombalgies chroniques en lien avec une possible discopathie dégénérative, sans indication opératoire actuelle et deuxièmement, des gonalgies bilatérales pour lesquelles un avis rhumatologique ou orthopédique serait nécessaire;
  
- un rapport du 25 juillet 2013 adressé au Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, par la Dresse Z.\_\_\_\_\_ à la suite d'une première consultation d'obésité et des troubles du comportement alimentaire le 28 juin 2013. Il en ressort en particulier les diagnostics d'obésité de classe II (BMI à 36,1 kg/m<sup>2</sup>), d'hypovitaminose D et de lombalgies et gonalgies bilatérales chroniques ;
  
- un rapport du 26 juillet 2013 adressé au Dr C.\_\_\_\_\_ par la Dresse Z.\_\_\_\_\_ médecin associée du Service de rhumatologie au CHUV. Au terme de son évaluation de l'assurée des 23 et 24 juillet 2013, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique de l'appareil ostéo-articulaire d'origine multifactorielle, de lésions dégénératives du rachis et gonarthrose débutante ddc (des deux côtés),

d'important déconditionnement musculaire focal et global dans le cadre d'une obésité, de fibromyalgie et d'état anxio-dépressif avec probable somatisation. Ce médecin a proposé des mesures thérapeutiques consistant dans un premier temps en de la physiothérapie active (à sec et en piscine) à raison de neuf séances, un traitement psychotrope (Citalopram® 20 mg en cp. le matin) et des troubles du sommeil (Zoldorm® 1 cp. au coucher). Dans l'éventualité où ces mesures ne devaient pas suffire, l'assurée serait incluse dans un traitement de rééducation intensif multidisciplinaire ;

- un certificat du 4 septembre 2013 du Dr C.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travailler à 100% de durée indéterminée à compter du même jour.

Dans un avis médical du 9 janvier 2014, les Drs D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, du SMR, ont estimé que les éléments médicaux produits par l'assurée à l'appui de ses objections du 22 mars 2013 n'étaient pas de nature à rediscuter le bien-fondé des conclusions du rapport d'examen SMR du 10 octobre 2012 au dossier.

Par décision du 13 mars 2014, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 22 février 2013 rejetant la demande de rente et de mesures professionnelles. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, l'Office AI s'est adressé en ces termes au conseil de l'assurée :

“Dans votre correspondance du 22 mars 2013, vous contestez notre prise de position dans la mesure où, selon vos indications, l'état de santé de votre mandante s'était aggravé. Dès lors, vous nous avez informé que de nouvelles informations médicales nous seraient transmises par la suite.

En outre, vous relevez que votre mandante présente un trouble somatoforme douloureux et, vous proposez la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

D'après les renseignements médicaux en notre possession, Madame T.\_\_\_\_\_ souffre effectivement d'un trouble somatoforme douloureux persistant. A ce titre, un examen rhumatologique et psychiatrique a été réalisé en date du 7 août 2012.

[...]

A ce titre, selon l'examen psychiatrique de notre Service médical régional du 7 août 2012, Madame T.\_\_\_\_\_ ne présente pas de comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux.

Elle ne réunit pas non plus plusieurs des autres critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. D'une part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il est difficile de parler d'échec du traitement, en l'absence de prise en charge spécialisée. Pour la même raison, on ne peut considérer l'état psychique de l'assurée cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique. Enfin, comme le montre la vie quotidienne, il n'y a pas de perte d'intégration sociale, l'assurée étant en relation étroite avec nombre de membres de sa famille, en particulier ses filles et ses petits-enfants. Dans ces conditions, l'affection présentée par l'assurée n'est pas du ressort de l'AI.

Sur le plan juridique, on doit donc nier qu'une mise en valeur de votre capacité de travail ne puisse plus être exigée de Madame T.\_\_\_\_\_ à 100% quant au trouble somatoforme douloureux.

De surcroît, le Service Médical Régional AI (SMR) a pris position quant aux rapports médicaux que vous nous avez transmis, conjointement à la présente, nous vous remettons une copie de l'avis du 9 janvier 2014.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 22 mars 2013 ne nous apporte pas d'élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 22 février 2013 est fondé et doit être entièrement confirmé.

Nous vous remettons sous même pli une décision identique audit projet contre laquelle il vous est possible de recourir auprès du Tribunal cantonal des Assurances.

Ce présent courrier fait partie intégrante de la décision ci-jointe."

**B.** Par acte du 22 avril 2014, T.\_\_\_\_\_, représentée par le cabinet de conseil Karaj, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à la réforme de la décision précitée dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 16 novembre 2011 et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle explique en premier lieu présenter depuis plusieurs années des douleurs lombaires en rapport avec une problématique au niveau de son genou gauche, pour laquelle elle a bénéficié d'une intervention chirurgicale en 2008. L'évolution restant toutefois défavorable sur le plan vertébral, des mesures antalgiques instrumentales sont instaurées mais restent sans effet sur le contexte douloureux. Le Dr C.\_\_\_\_\_ retient ainsi une incapacité de travail à 100% à compter du 4 septembre 2013. Se référant

aux constatations du 14 mars 2013 des Drs N.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, la requérante dit présenter deux problèmes distincts, soit : premièrement des lombalgies chroniques en lien avec une probable discopathie dégénérative sans indication opératoire en l'état et deuxièmement, des gonalgies bilatérales nécessitant un avis rhumatologique ou orthopédique. Reprenant en tous points les arguments développés à l'appui de ses objections du 22 mars 2013, la requérante estime par ailleurs souffrir de troubles somatoformes douloureux persistants et d'un épisode dépressif moyen ayant un caractère invalidant au sens de l'AI ; elle rapporte en effet mener une vie « rétrécie », bloquée la plupart du temps à son domicile, ne pas pouvoir effectuer son ménage et rester prostrée la journée entière au lit ou dans un fauteuil, souffrant d'insomnie et de céphalées. Selon la requérante, les douleurs ont perduré avec une forte intensité malgré la médication anti-dépressive suivie de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attendre à une amélioration substantielle par la prescription de nouveaux médicaments. Elle précise finalement solliciter la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire en vue d'évaluer de manière complète sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 5 juin 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il se fonde sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué le 7 août 2012 par son SMR ainsi que sur l'analyse de la situation effectuée à sa demande par ce même service le 9 janvier 2014.

Le 14 août 2014, la requérante a produit les pièces médicales suivantes :

- une attestation du 18 juillet 2014 du Dr A.\_\_\_\_\_ dont il résulte que T.\_\_\_\_\_ est suivie à sa consultation depuis le 17 janvier 2013 en raison d'un syndrome douloureux chronique de l'appareil ostéo-articulaire d'origine multifactorielle (dont l'évolution est fluctuante depuis 2013) et d'un état dépressif récurrent (pour lequel un suivi psychiatrique a récemment été mis en place avec l'introduction d'un traitement par Cymbalta®). Le Dr A.\_\_\_\_\_ précise que si la situation clinique ne s'est

pas améliorée depuis son suivi, elle s'est toutefois stabilisée. Dans ces circonstances et compte tenu de la longue durée d'inactivité professionnelle de sa patiente, ce médecin estime que le pronostic pour une reprise est défavorable ;

- un courrier du 13 août 2014 établi à la demande du conseil de la recourante par le Dr A.A.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint et E.E.\_\_\_\_\_, psychologue, du Service de psychiatrie générale au CHUV. Il en ressort en particulier ce qui suit :

“Mme T.\_\_\_\_\_ est suivie à la Consultation de [...] depuis janvier 2014 dans le cadre d'une investigation en 10 séances de sa problématique psychiatrique. Nous l'avons, à ce jour, rencontré à 7 reprises et retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques ainsi qu'un trouble douloureux chronique. Parallèlement à son suivi à la Consultation de [...], Mme T.\_\_\_\_\_ bénéficie de différents traitements pour ses problèmes de santé physiques. Nous n'avons à ce jour, délivré aucun certificat médical attestant d'une incapacité de travail pour des problèmes psychiatriques.”

Dans ses déterminations du 11 septembre 2014, l'intimé a maintenu les conclusions de sa réponse du 5 juin 2014. Il a produit un avis médical SMR du 9 septembre 2014 des Drs C.C.\_\_\_\_\_ et D.D.\_\_\_\_\_ dont il ressort l'absence de nouvel élément objectif dont il n'aurait pas déjà été tenu compte lors de l'examen clinique bidisciplinaire du 7 août 2012 ainsi que d'une aggravation significative de la situation intervenue entre cette dernière date et celle de la décision attaquée.

Le 22 octobre 2014, la recourante a maintenu l'intégralité de ses conclusions précédentes.

### **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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). A teneur de l'art. 95 LPA-VD, le recours au Tribunal cantonal s'exerce dans les 30 jours dès la notification de la décision ou du jugement attaqués.

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales 2014 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), contre la décision rendue le 13 mars 2014 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 94 al. 4 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** La décision attaquée refuse le droit à la rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. Dans ses écritures, la recourante ne conteste toutefois pas le refus par l'AI de ces dernières mesures. La question litigieuse porte donc uniquement sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle, de la recourante dès le 16 novembre 2011 et partant, son droit éventuel à une rente entière depuis lors.

**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 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'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**4. a)** 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, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**b)** 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 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 médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> 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).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008).

**c)** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en

principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité dès lors qu'il en remplissait les critères posés par la jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 9C\_275/2014 du 21 août 2014, consid. 3). Toutefois, en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGa (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

**5. a)** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de 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'assurance-invalidité, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGa), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGa) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1, 135 V 201 consid. 7.1.1 et 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**b)** Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une

présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 131 V 49).

Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (cf. ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (cf. ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 avec les références citées et TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; TF 9C\_483/2014 du 28 octobre 2014, consid. 5.2.1).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on

conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49; cf. TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

**6. a)** Sur le plan rhumatologique, la recourante a notamment été examinée le 7 août 2012 dans les locaux du SMR. A cette occasion, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics invalidants de lombosciatalgies à prédominance gauche chroniques (M54.4) et de gonalgies bilatérales prédominant à gauche, dans un contexte de vraisemblable syndrome fémoro-patellaire et status après intervention du genou gauche en 2006 ou 2007. Cet examinateur met en évidence une diminution nette de la mobilité du rachis dorsolombaire dans un contexte de contre-pulsions et de descriptions algiques diffuses associées à une diminution de la mobilité des articulations coxo-fémorales bilatéralement, bloquées par des contre-pulsions. Il constate par ailleurs l'absence de syndrome radiculaire de type irritatif ou déficitaire selon l'examen neurologique. Le reste de l'examen est sans particularités hormis un processus à caractère de non organicité dans un contexte de déconditionnement musculaire global et focal associé à des dysbalances, aggravé par une surcharge pondérale avec une obésité de classe II (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 octobre 2012 des Drs K.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, p. 9). Cet examinateur note encore que la symptomatologie douloureuse alléguée ne trouve pas d'explication uniquement par les lésions structurelles objectivées, une composante de non organicité étant clairement démontrée par les examens réalisés. Fort de ces constatations, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles somatoformes indifférenciés (F45.1), une surcharge pondérale avec obésité de classe II ainsi qu'un

déconditionnement musculaire global et focal avec dysbalance. Au vu des deux atteintes ostéo-articulaires invalidantes, le Dr K. \_\_\_\_\_ - suivi par le Dr D. \_\_\_\_\_ puis par l'intimé dans sa décision - estime en particulier que si l'assurée présente une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle de façon continue depuis le 16 novembre 2009, l'exercice de toute forme d'activité à caractère semi-sédentaire adaptée (à savoir avec les limitations fonctionnelles suivantes : absence de port de charge[s] supérieure[s] à 5 kg de façon répétitive ; pas de soulèvement de charge[s] au-delà de 10 kg, de façon ponctuelle ; éviter les positions statiques assises prolongées au-delà de l'heure, sans possibilité de varier les positions au minimum une fois, de préférence à la guise de l'assurée ; pas d'activité en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance ; pas d'activité en genuflexion ou accroupie à répétition ; pas de montée ou descente d'escaliers à répétition avec port de charge[s] ; pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur ; diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure et pas d'activité debout avec position statique [piétinement]) est exigible à 100% et sans diminution de rendement depuis novembre 2009 (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 octobre 2012 des Drs K. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, pp. 9 et 10).

Ces constatations et conclusions d'ordre rhumatologique sont corroborées par les médecins de la recourante.

Ainsi, le Dr M. \_\_\_\_\_ qui suit T. \_\_\_\_\_ depuis plusieurs années pose le diagnostic d'affection rhumatologique en tant que seule atteinte invalidante chez sa patiente. Il précise en outre que deux évaluations (neurologique et cardiologique) mises en œuvre se sont révélées « plutôt rassurantes ».

Dans son rapport du 25 mars 2011, le Professeur Q. \_\_\_\_\_ expose qu'un examen neurophysiologique (cf. rapport d'ENMG du 15 décembre 2010 du Dr H. \_\_\_\_\_) n'a pas mis en évidence de signe clair de radiculopathie. A l'examen clinique, ce spécialiste exclut également des douleurs référées provenant soit des articulations postérieures soit

des disques. Le Professeur Q.\_\_\_\_\_ concède être confronté à un « échec diagnostique pour les douleurs situées autour du genou, ainsi que des douleurs dans le territoire S1 à gauche ».

A l'instar de son confrère du SMR, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu pour sa part les diagnostics de lombosciatalgies et de gonalgies gauches en y ajoutant toutefois celui de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques. Ce médecin se distance néanmoins de l'évaluation du Dr K.\_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante qu'il estime nulle dans l'activité habituelle depuis 2007 mais de 50% dans une activité adaptée. L'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_ ne saurait cependant prévaloir sur celle de son confrère précité ; d'une part les limitations fonctionnelles n'y sont pas mentionnées et d'autre part, le Dr J.\_\_\_\_\_ souligne lui-même la nécessité de procéder à une appréciation psychiatrique en raison de l'intrication psycho-physique du cas d'espèce.

Les Drs N.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ du Service de neurologie du CHUV retiennent que la recourante souffre de lombalgies chroniques et de gonalgies bilatérales sans mise en évidence d'atteinte radiculaire, tant cliniquement que par imagerie. Ces conclusions concordent ainsi en tous points avec les diagnostics posés par le Dr K.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 26 juillet 2013, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ mentionne des affections à la santé qui se recoupent avec celles préalablement retenues et examinées par les médecins du SMR au terme de leurs différents rapports (cf. notamment l'avis médical du 25 octobre 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_). Quant à l'autre rapport du 25 juillet 2013, il n'est pas déterminant dans la mesure où il a trait à des troubles du comportement alimentaire examinés en consultation d'obésité, affection déjà mentionnée par les médecins du SMR en août 2012. Cela vaut d'autant que ce second rapport de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a pour objet une problématique sans caractère invalidant au sens de l'AI.

S'agissant pour terminer des rapports et certificats médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_, il n'est pas possible de s'y référer valablement. Ces

documents, outre le fait qu'ils émanent d'un médecin consulté par l'assurée et doivent déjà être admis avec réserve (cf. consid. 4b supra), ont un contenu trop laconique qui ne satisfait d'emblée pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante (cf. notamment le rapport complémentaire du 7 mars 2012 et le certificat du 4 septembre 2013 du Dr C.\_\_\_\_\_). Ce chirurgien orthopédique a d'autre part lui-même indiqué le 28 juin 2010, la nécessité d'obtenir des avis complémentaires auprès d'un neurochirurgien ou d'un neurologue.

**b)** Au vu de la persistance d'une symptomatologie douloureuse chronique avec mise en évidence d'un substrat organique partiel et l'évocation d'un trouble d'ordre psychiatrique (cf. rapport du 4 septembre 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_), tant les médecins consultés par la recourante que leurs confrères du SMR s'accordent aussi sur l'affection de troubles somatoformes douloureux. Il convient dès lors d'examiner le caractère invalidant de cette atteinte à la santé dans le cas particulier.

Lors de l'examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, effectué au SMR, le Dr R.\_\_\_\_\_ a objectivé des troubles somatoformes indifférenciés (F45.1) ; ce psychiatre exclut en premier lieu le diagnostic de troubles douloureux somatoformes persistants vu l'inexistence d'un sentiment de détresse chez l'examinée. Il passe ensuite en revue les différents critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3) sans qu'il n'en résulte que la recourante souffre de comorbidité psychiatrique manifeste, l'exploration de la thymie n'objectivant, de l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, en particulier pas d'épisode dépressif ; il n'y a par ailleurs pas de perte d'intégration sociale ; si l'on est bien en présence d'une affection chronique, il n'y a pas d'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ni d'échec de traitements conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, cela compte tenu de

l'absence de prise en charge spécialisée. Sur le plan psychiatrique, l'examineur du SMR ne retient par conséquent aucune pathologie invalidante, l'assurée ayant toujours bénéficié d'une pleine capacité de travail.

Les derniers documents produits ne démontrent ni n'évoquent d'aggravation ou de fait nouveau s'agissant de l'état de santé psychiatrique de la recourante antérieur à la décision attaquée ; dans son attestation, le Dr A.\_\_\_\_\_ reprend en effet une liste de diagnostics (à savoir un syndrome douloureux chronique de l'appareil ostéo-articulaire d'origine multifactorielle avec des lésions dégénératives du rachis, des gonarthroses débutantes des deux côtés, une fibromyalgie, un important déconditionnement musculaire dans le cadre d'une obésité et un état dépressif) déjà pris en compte par les médecins du SMR (cf. notamment le rapport du 25 novembre 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_, p. 1). Le Dr A.\_\_\_\_\_ décrit en outre une situation clinique certes pas améliorée mais stabilisée depuis le début de sa prise en charge à la mi-janvier 2013 moyennant l'introduction d'un traitement par Cymbalta®. On apprend du courrier du 13 août 2014 du Dr A.A.\_\_\_\_\_ et de la psychologue E.E.\_\_\_\_\_ que suivie à la Consultation de [...] depuis janvier 2014, la recourante présente en particulier un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques. Mais le Dr A.A.\_\_\_\_\_ et la psychologue E.E.\_\_\_\_\_ précisent n'avoir délivré aucun certificat médical attestant d'une incapacité de travail pour des problèmes psychiatriques de leur patiente.

Les rapports produits en cause ne parviennent pas à mettre en doute les constatations médicales faites précédemment par les médecins du SMR. La présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée.

L'examen clinique bidisciplinaire du 7 août 2012 tient en effet, compte des plaintes de la recourante (pp. 2 - 4 du rapport d'examen SMR) et des rapports médicaux au dossier ainsi que ceux faisant suite aux

examens radiologiques pratiqués (pp. 1 et 2 du rapport d'examen SMR). Il contient une anamnèse complète (pp. 2 - 4 du rapport d'examen) et un examen clinique a été pratiqué (pp. 5 - 8 du rapport d'examen). Les conclusions de l'examen sont claires et exemptes de contradictions (pp. 8 - 11 du rapport d'examen). A l'aune de ces considérations, on doit donc admettre la valeur probante du rapport d'examen bidisciplinaire du 10 octobre 2012 des Drs K.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, laquelle est comparable à la valeur probante d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité (cf. consid. 4b et c supra).

**c)** En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier l'examen clinique pratiqué au SMR, la Cour de céans considère en définitive que la recourante présente des affections chroniques sur le plan rhumatologique ayant pour incidence un certain nombre de limitations fonctionnelles (cf. consid. 6a ci-avant) qui sont incompatibles avec l'exercice en plein de sa profession habituelle de serveuse. En revanche, ces mêmes limitations fonctionnelles permettent depuis novembre 2009, l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à 100% sans diminution de rendement. L'aggravation de l'état de santé dont se prévaut la recourante jusqu'à la date de la décision querellée n'est pas fondée et n'est par conséquent pas de nature à influencer son degré d'invalidité, et donc le droit à la rente.

Ainsi, en date du 16 novembre 2012, soit au terme du délai légal d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 LAI), après comparaison (au sens de l'art. 16 LPGa) entre le revenu raisonnablement exigible sans invalidité et celui exigible avec invalidité - dont les montants ne sont au demeurant pas contestés -, il en résulte un préjudice économique de la recourante correspondant à un degré d'invalidité de 14,71% qui ne lui ouvre finalement pas le droit à la rente AI (cf. consid. 3b supra).

**d)** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise pluridisciplinaire de la recourante doit dès lors 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 (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014).

**7. a)** En définitive mal fondé, le recours 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 (art. 69 al. 1bis LAI); 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 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'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. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie 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).

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

- I. Le recours déposé le 22 avril 2014 par T.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de T.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Cabinet de conseil Karaj (pour T.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :