

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée), née en 1962, ressortissante bosniaque en Suisse depuis 1992, mariée et mère de deux enfants majeurs dont l'aîné est décédé en 2009, a présenté une demande de prestations le 26 juin 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Elle se prévalait d'atteintes à la santé de nature malade sous forme d'asthme, avec douleurs dans la poitrine et au côté gauche (bras), de problèmes ostéoarticulaires (arthrose aux genoux), gastriques et psychologiques.

Sans formation professionnelle, l'assurée a travaillé en tant qu'ouvrière dans une usine de production de pièces en plastique, la société K._____ SA, dès le 1^{er} mars 2000, avant de se voir signifier son licenciement le 27 avril 2012 en raison de ses fréquentes absences maladie. Elle s'est ensuite inscrite auprès de l'assurance-chômage.

Dans un rapport du 6 juillet 2012 destiné à l'OAI, le Dr S._____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics de « vraisemblable asthme » et de reflux gastro-oesophagien dans le cadre d'une hernie hiatale, diagnostics considérés comme n'affectant pas la capacité de travail. Le Dr S._____ évoquait une toux importante depuis l'hiver 2009-2010, non productive avec dyspnée et fatigabilité à l'effort depuis plusieurs années, et un pronostic bon si le traitement antiasthmatique et le traitement anti-reflux étaient pris régulièrement. Il mentionnait n'avoir vu aucune restriction à la poursuite de l'activité antérieure ni d'argument pour un asthme d'origine professionnelle lors de la dernière consultation en juin 2011 ; il précisait toutefois que l'activité dans une usine de pièces en plastique pouvait, suivant les composants utilisés, aggraver un asthme préexistant, et préconisait une réévaluation suivant l'évolution de la clinique au cours de l'année écoulée.

Le 9 juillet 2012, la Dresse G._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a adressé à l'OAI un rapport dans lequel elle a retenu des arthralgies, myalgies et une gonarthrose droite comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Etait joint le résultat d'une scintigraphie osseuse réalisée le 1^{er} juin 2011 et l'appréciation de la rhumatologue du 17 juin suivant à l'attention du médecin traitant, formulée en ces termes :

« La scintigraphie montre des lésions clairement dégénératives notamment celles des genoux, déjà connues. Il n'y a pas d'argument pour une atteinte inflammatoire.

Le diagnostic est donc une fibromyalgie, dans un contexte d'épuisement, de deuil. Mme A._____ comprend la corrélation entre ses nombreux soucis et ses douleurs.

Mme A._____ précise qu'elle a déjà vu le Dr [...] et qu'elle ne veut pas d'opération, n'ayant pas de garantie. Elle prend du Cymbalta qui l'aide tout de même. La physiothérapie ne change rien. Je n'ai pas de proposition à formuler, sauf peut-être une prise en charge psychiatrique en serbo-croate. Elle voulait absolument un antalgique alors qu'elle en a déjà beaucoup eu ; j'ai prescrit Aulin 100mg 1cp/j.

Elle m'a posé la question d'une incapacité de travail ; elle ne peut se justifier, sauf sur le plan psychiatrique et avec un avis spécialisé. »

Sans se prononcer personnellement sur l'état de santé de sa patiente, le Dr K._____, médecin traitant, a remis différents documents médicaux à l'OAI le 12 juin 2012. Il figurait notamment un rapport du 27 mai 2009 du Dr J._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, lequel énonçait un examen tout à fait rassurant s'agissant du système cardiovasculaire de l'assurée ; l'hypothèse coronarienne à l'origine des douleurs thoraciques tout à fait atypiques pouvait être raisonnablement écartée, les douleurs décrites étant probablement pariétales, et une symptomatologie plutôt psychosomatique était évoquée. Par ailleurs, des rapports radiologiques du 19 juin 2012 révélaient une hernie inguinale gauche (échographie des parties molles de la paroi abdominale droite et gauche et des régions inguinales) et une discarthrose importante en L3-L4 (colonne lombaire face et profil debout). Des rapports du Département de psychiatrie du R._____, Unité de psychiatrie ambulatoire Y._____, étaient également remis, dont il résultait quelques consultations dès août 2011, l'introduction d'un

traitement antidépresseur – qui n’était cependant plus suivi en décembre 2011 –, et une reprise ultérieure du travail. L’assurée manifestait une souffrance importante depuis le décès de son fils en 2009 (par overdose), au travers de douleurs somatiques, une grande colère et un sentiment d’injustice. Dans un rapport du 3 mai 2012, la Dresse P._____, cheffe de clinique adjointe du Département de psychiatrie, mentionnait comme diagnostic un trouble de l’adaptation avec réaction dépressive prolongée.

Une rencontre a eu lieu à l’OAI le 30 août 2012 entre une spécialiste en réinsertion professionnelle et l’assurée, à l’issue de laquelle un rapport initial a été établi. L’assurée avait un discours essentiellement plaintif, énonçait des douleurs multiples (genoux, ventre, bras, jambes), une fatigue constante, et estimait impossible la reprise d’une quelconque activité professionnelle. Sous « Objectifs et stratégie », la mise en œuvre d’une mesure était niée en l’absence de justification quant à une incapacité de travail ; il était toutefois relevé que selon les dires de l’assurée, le Dr K._____ lui remettait des certificats d’incapacité de travail depuis avril 2012 alors que ce médecin ne s’était pas prononcé à l’égard de l’OAI.

Le Service médical régional de l’assurance-invalidité (ci-après : SMR) s’est prononcé dans un avis du 11 septembre 2012, à la teneur suivante :

« Assurée de 50 ans, mariée, 2 enfants dont un fils décédé d’une overdose en 2009 et une fille en bonne santé, mariée et mère de 2 enfants. Ouvrière dans une usine de production de pièces plastiques comme activité habituelle et en IT depuis avril 2012 selon l’assurée mais nous n’avons aucun certificat et licenciée au 31.07.2012.

Se plaint de diverses et nombreuses douleurs et de la mort de son fils. Les divers RM sont cohérents et mettent le diagnostic de fibromyalgie et un trouble de l’adaptation avec réaction dépressive prolongée.

Les seules atteintes somatiques avérées sont une gonarthrose à droite nécessitant des LF quant à une station debout prolongée, des escaliers à répétition et la marche en terrain irrégulier. Son activité est de ce point là parfaitement adaptée, l’assurée travaillant en position assise ; un reflux gastro-oesophagien et un asthme probable mais atteintes non invalidantes selon le Dr S._____ qui les a diagnostiquées et qui les soigne.

Sur le plan psychique, l'assurée se montre très vindicative voire agressive estimant qu'une rente doit lui être servie dans sa situation. Le deuil de son fils ne s'est pas encore fait. Elle ne présente lors de l'entrevue à l'OAI aucun réel signe de dépression. Elle manifeste une certaine satisfaction de ne rien avoir à faire outre se promener et se reposer. Elle se promène tous les après-midi pendant 30 minutes et par ailleurs dit ne pas pouvoir marcher ! En raison de ses douleurs ne fait plus de travaux ménagers ni de cuisine laissant ces tâches aux autres membres de la famille.

En conclusion, la CT [est] pleine et entière depuis toujours dans son activité habituelle d'ouvrière dans une usine de pièces en plastique. »

Par projet de décision du 20 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, sa capacité de travail et de gain demeurant complètes.

L'assurée s'est opposée à ce projet, alléguant souffrir de « lourds problèmes psychiques » pour lesquels elle était suivie par le Centre de psychiatrie Z._____. Elle remettait en outre à l'OAI deux certificats du Dr K._____, attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 10 octobre 2012.

Parallèlement, l'assureur perte de gain a informé l'OAI que l'assurée avait débuté un traitement psychiatrique au Z._____. L'OAI a de ce fait décidé d'examiner ce nouvel aspect et adressé une demande de renseignements médicaux au centre précité.

Dans son rapport du 21 mai 2013, la Dresse P._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11) et de somatisation (F 45.0), comme affectant la capacité de travail. Elle relatait la survenance d'un premier épisode dépressif à la suite du décès du père de l'assurée, lequel avait été suivi par le décès du frère, puis par celui du fils en 2009. Elle rappelait que depuis lors, l'assurée avait développé des douleurs non spécifiées à plusieurs endroits de son corps, avait été vue à quelques reprises par des psychiatres (la Dresse P._____ la suivait depuis le 13 décembre 2012) et un traitement antidépresseur avait été introduit, avec

une reprise du travail ultérieure. L'assurée avait été opérée d'une hernie ombilicale en novembre 2012 et bénéficiait d'un arrêt de travail à 100%. Son état psychique s'était aggravé, avec une tristesse permanente, des troubles du sommeil, une attitude pessimiste face à l'avenir ainsi que de multiples douleurs marquées. Sous « Constat médical », la Dresse P._____ faisait état d'une patiente orientée dans le temps et dans l'espace, d'une attitude revendicatrice et d'un visage exprimant des douleurs physiques. L'assurée présentait une anhédonie, une anxiété, une diminution de l'appétit avec perte pondérale ainsi que des troubles cognitifs. Elle décrivait des idées suicidaires sans scénario et son sommeil était perturbé par des cauchemars. Elle était très axée sur ses douleurs physiques non spécifiques, probablement d'origine psychique. La Dresse P._____ n'observait pas de symptômes de la lignée psychotique. Elle attestait une incapacité de travail totale dans la profession d'ouvrière depuis novembre 2012 pour une durée indéterminée, la situation devant par la suite être réévaluée, et énumérait, à titre de restrictions, des douleurs physiques importantes, des angoisses, des troubles de la concentration et une tristesse, lesquelles entravaient la capacité de concentration de l'assurée dans son travail et la ralentissait.

Par avis du 4 juillet 2013, le SMR a rappelé la gonarthrose débutante estimée comme non invalidante dans l'activité d'ouvrière de production de pièces plastiques et le trouble dépressif, lequel n'apparaissait pas crédible au vu de l'attitude très revendicatrice de l'assurée. Le SMR soulignait que du récent rapport du Z._____ résultaient tant le diagnostic de trouble dépressif que l'attitude revendicatrice de l'intéressée. Ce rapport citait également des douleurs spécifiques sans substrat somatique, développées depuis la mort de son fils et l'étiquette de « somatisation » ou de fibromyalgie était évoquée. Le SMR contestait que la capacité de travail de l'assurée soit nulle, soulignant que cette dernière avait travaillé plus de treize ans à son poste, que son fils était décédé il y a quatre ans et qu'elle se plaignait de diverses douleurs tout en ayant continué à travailler. Compte tenu de ces éléments, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

L'expertise a été réalisée auprès du Bureau d'Expertises médicales (ci-après : BEM) le 10 mars 2014, en présence d'une interprète. Dans leur rapport d'expertise du 1^{er} avril 2014, les Dresses L._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale , et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale (M 17.9) et spondylodiscarthrose prédominant en région lombaire moyenne sans radiculopathie ni myélopathie (M 47.9), et ceux sans effet sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) présent depuis 2009, de dysthymie (F 34.1) présent depuis 2010, d'adiposité douloureuse (E 88.2) avec obésité (E 66.9), état de déconditionnement (Z 72.3), allodynie généralisée de type fibromyalgique (M 79.0), de hernie hiatale (K 44.9), de troubles digestifs fonctionnels (R 14), d'asthme (J 45.9), de status variqueux des membres inférieurs (I 83.9) et de status après cure de hernie inguinale gauche. Les expertes ont en outre relevé ce qui suit sous la rubrique « Discussion » :

« 4.1 MEDICO-ASSECUROLOGIQUE COMMUNE

Madame A._____, assurée de 51 ans, d'origine bosniaque, mariée et mère de deux enfants, est venue travailler en Suisse depuis les années 1986 en tant que saisonnière avec son mari et s'y est installée définitivement avec ses enfants dès 1992.

Sans formation professionnelle, elle a exercé dès 2001 l'activité d'ouvrière d'usine dans la production de connecteurs plastiques circulaires destinés au matériel médical. Le poste de travail est décrit léger, sans charge, en position assise.

Dès 2005, Mme annonce des douleurs multifocales axiales et périphériques qui se sont chronicisées, qui sont devenues irréductibles en dépit de diverses approches thérapeutiques symptomatiques.

Suite au décès par overdose de son fils de 29 ans en juillet 2009, elle présente une aggravation des douleurs diffuses, notamment au thorax, aux genoux et aux membres supérieurs.

Elle se trouvait en incapacité de travail depuis avril 2012, prescrite par son médecin traitant. Elle décrit qu'elle avait besoin de récupérer.

En juin 2012, elle dépose une demande de rente et de réadaptation professionnelle.

En juillet 2012, elle a perdu son poste de travail en 2012. Sa fille décrit que sa mère a été convoquée au travail et qu'elle a dû quitter son poste avec effet immédiat, n'ayant pas pu dire au revoir à ses collègues, après tant d'années de travail.

En août 2012, Madame A. _____ s'est inscrite au chômage, puis il a été reconnu qu'elle avait droit à l'assurance perte de gain.

Par lettre du 1^{er} octobre 2012, l'OAI lui a communiqué qu'elle obtenait un droit au placement ainsi qu'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par décision du 20 novembre 2012, l'OAI a rejeté cependant son droit aux prestations AI, estimant qu'elle ne souffrait d'aucune atteinte justifiant de telles prestations.

Madame A. _____ a contesté cette décision par courrier le 10 décembre 2012, expliquant souffrir de problèmes psychiques, raison pour laquelle la présente expertise médicale bi-disciplinaire est demandée.

4.2 DISCUSSION AU PLAN SOMATIQUE

Mme A. _____ confirme avoir eu des douleurs diffuses depuis 2005, d'évolution progressive, sans cause évidente reconnue de son médecin traitant et des spécialistes consultés.

En 2008, on lui a parlé d'un goitre mais sa thyroïde a toujours fonctionné normalement.

En mai 2009, peu avant le décès de son fils, le Dr J. _____, cardiologue l'a investiguées de thoracodynies irradiant au membre supérieur gauche dans un contexte de plaintes psychosomatiques qu'il décrit chez une dame préoccupée par la toxicomanie de son fils.

Son fils est décédé d'une overdose selon les actes du dossier peu après, en juillet 2009, alors qu'il devait être expulsé de Suisse. Mme évoque qu'il a fait un problème cardiaque et qu'il a été retrouvé mort dans son lit, par son mari.

Elle relate ressentir des douleurs plus intenses depuis lors, irréductibles, sauf lorsqu'elle se trouve en Bosnie, aux côtés de la tombe de son fils. Elle précise en effet avoir ramené la dépouille de son fils au village natal pour l'y enterrer et aller souvent se recueillir sur sa tombe.

A ce moment-là, elle ne ressent plus ses douleurs.

Elle y était à Noël 2013, et durant l'été 2013. Mme dit qu'elle s'y rend tantôt en avion, en bus, ou en voiture quand elle trouve quelqu'un pour l'y emmener. Son mari aimerait beaucoup retourner vivre dans leur maison dans leur village. Elle-même trouve qu'elle a

plus de confort en Suisse et préfère se rendre dans son pays régulièrement et vivre en Suisse où elle apprécie la compagnie de sa fille et de ses petites-filles, de ses voisines et amies de quartier. Elle dit qu'elle est en effet bien intégrée après tant d'années. Même si elle ne parle pas encore bien le français, ses petites-filles l'aident et ne veulent lui parler qu'en français, ce qui l'amuse visiblement car elle les sent bien en Suisse et elle parvient à leur parler en français peu à peu.

Mme est régulièrement investiguée de ses divers symptômes. Ainsi on a identifié une toux récurrente attribuée la nuit à une hernie hiatale, et à une aggravation saisonnière sur un asthme avec de fréquentes surinfections l'hiver. Mme qui connaît bien sa médication a expliqué prendre à ce moment-là une antibiothérapie et des corticoïdes par voie systémique sur une courte durée.

Les douleurs ont fait rechercher un rhumatisme inflammatoire, une maladie systémique, Mme a vu la Dre G._____, et la Dre B._____, rhumatologues. Des examens complémentaires sanguins et radiologiques ont mis en évidence une discarthrose prédominant en L3-L4, une gonarthrose sur genua vara, mais le devant de la scène est dominé par un tableau de fibromyalgie. Une scintigraphie osseuse réalisée en mai 2011 a démontré le caractère peu actif des lésions dégénératives.

Une comorbidité psychiatrique débattue par la co-experte psychiatre a fait l'objet d'une prise en charge, certes difficile, au Centre F._____ de [...]. Mme ne se montrait pas compliant à la médication prescrite.

Mme s'est montrée en revanche revendicative et démonstrative, notamment après son licenciement, face à sa requête de rente d'invalidité.

Des plaintes abdominales diverses ont fait l'objet d'investigations digestives qui ont abouti à l'identification d'une hernie inguinale gauche qui est opérée avec pose d'un filet en décembre 2012. Mme développe dans les suites une infection urinaire basse traitée par antibiotiques puis une vaginite parasitaire également traitée.

Mme aurait suivi sur un jour une formation professionnelle, mais cela aurait été interrompu dit-elle en raison des douleurs.

Elle dit qu'elle attend d'abord une opération du genou gauche et que sa situation n'est pas suffisamment stable au plan médical depuis 2012 pour retrouver un travail. Elle a été adressée à Y._____ par le Dr V._____, chirurgien-orthopédiste, pour un traitement conservateur de sa gonarthrose, l'indication chirurgicale n'étant pour l'heure pas encore confirmée.

Elle dit aussi qu'elle attend de nouvelles investigations digestives sous narcose n'ayant pas supporté une tentative de gastroscopie en début d'année pour vérifier sa hernie hiatale.

J'ai eu un contact téléphonique avec sa gastroentérologue qui m'a évoqué une situation stationnaire avec une échographie prévue pour

s'assurer qu'il n'y ait pas de lithiase vésiculaire mais l'on sursoit pour l'heure à la gastroscopie.

Mme décrit qu'elle n'a pas supporté l'examen précédent en raison d'un problème cardiaque. Les éléments du dossier dont nous disposons relatent un état d'agitation en cours d'examen. Les bilans cardiaques de 2013, comprenant entre autres une échographie de stress à la dobutamine sont négatifs, et attestent d'une bonne fonction cardiaque mis à part un sous-entraînement à l'effort dans le contexte de sédentarité et d'excès de poids.

Il apparaît étonnant que Mme qui connaît bien sa situation médicale, sa médication, relate des problèmes cardiaques sur la base d'examen spécialisés qui se sont révélés normaux.

Lors de l'examen clinique actuel, Mme s'est montrée rapidement à l'aise avec la traductrice. Elle était prolixe, et vive. Sa gestuelle était harmonieuse, non limitée que ce soit au niveau axial et au niveau périphérique. Elle est arrivée en boitant passablement, portant une canne à droite, oscillant le tronc avec des gémissements et des mouvements amples du tronc, latéraux, la jambe gauche tendue, démarche rapidement normalisée lorsque distraite par les propos de présentation de la traductrice Mme a déposé dans la salle d'examen sa canne, son sac, et présenté ses médicaments à l'experte.

Mme connaît parfaitement ses médicaments, leur indication. Elle a su les présenter selon leurs indications respectives. Elle a parfaitement maintenu le focus de l'attention tout au long de l'expertise. Elle a dit avoir pris les médicaments qui ont été soulignés le matin de l'expertise soit Dafalgan® (antalgique de palier I) et la Venlafaxine.

Nous avons observé lors de notre travail de synthèse quelques discordances dans les données d'anamnèse entre les deux expertises, portant sur les circonstances de la mort de son père, et sur la fréquence de ses voyages en Bosnie sans que nous puissions nous expliquer cette variation des données, Mme étant bien orientée, concentrée, et aidée d'une traductrice lors de nos 2 expertises. Nous nous sommes également rendu compte de certaines variations entre les explications reçues et les rapports médicaux, notamment face à l'absence d'affection cardiaque démontrée en 2013, alors que Mme a bien démontré les explications de son traitement médicamenteux actuel face à ses différents diagnostics les nécessitant.

Mme garde un bon état général, elle démontre un état d'hygiène conservé, les cheveux sont teints, elle s'épile. Elle est très souple dans sa gestuelle lorsqu'elle est distraite. Les tests d'amplitude sont parasités par des lâchages, des contre-pulsions, des autolimitations, réalisés de manière discordante. Au terme de l'examen, les contre-pulsions portant sur des groupes musculaires antagonistes et sur les 4 membres successivement ne permettent pas de retenir de parésie segmentaire. En revanche, il existe un état d'obésité et de déconditionnement axial et des membres inférieurs qui prédomine aux quadriceps.

La confrontation radio-clinique montre une gonarthrose modérée radiologiquement, synovitique, avec un probable petit kyste de Bakker au genou gauche.

Je n'avais pas à disposition les clichés du rachis mais à deux reprises en juin 2012 et février 2013 nous avons des rapports de radiologie de la colonne qui confirment l'accentuation des courbures dorsolombaires et démontrent la présence d'une discarthrose prédominant en L3-L4 sans que cela n'ait de répercussion neurologique.

La scintigraphie réalisée par ma collègue rhumatologue, la Dre G. _____ en 2011 permet d'écarter une arthrose érosive rapidement évolutive tant aux genoux qu'au rachis et aux autres sites douloureux de la patiente. Je n'ai pas de signe d'appel actuel pour répéter cet examen.

En revanche, l'arthrose rachidienne et celle des genoux fait retenir des limitations fonctionnelles. Mme devrait travailler dans une activité simple, sans port de charge de plus de 5 kg de manière régulière et de plus de 8 kg de manière irrégulière, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en zone basse, à genoux, sans devoir monter sur une échelle, un escabeau, et de manière à pouvoir alterner la position pour son dos sur 20% du temps de travail. Vu que pour le genou, il faut une activité principalement sédentaire et que cela est délétère pour le dos, une IT de 20% est reconnue afin de tenir compte de l'incompatibilité relative de ces limitations.

A partir de juillet 2013, la Dre B. _____ identifie une douleur lombaire irradiée (pyramidal gauche). L'affection rachidienne fait retenir une baisse de capacité de travail de l'ordre de 20% dans un travail strictement sédentaire tel que celui que Mme avait à l'usine à partir de ce moment-là.

Auparavant un tableau de douleurs allodymiques fibromyalgiques était retenu.

L'atteinte des genoux était adaptée en revanche avec ce poste. Le stade chirurgical pour les genoux ne m'apparaît pas encore atteint tel que le précisait le Dr V. _____ l'automne dernier.

La fille de Mme m'a fait parvenir divers documents des investigations récentes notamment en médecine interne qui ne mettent pas en évidence d'affection atteignant une valeur incapacitante au long cours ni de la part des cardiologues, ni de la part du pneumologue ou du gastro-entérologue qui ont investigué Mme.

Mme estime que la situation ne sera pas stabilisée avant qu'elle ne bénéficie d'une prothèse au genou gauche. Si l'on compare la situation du genou gauche aux examens cliniques rhumatologiques de la Dre G. _____, de mai 2011, celle de la Dre B. _____ de juillet 2013, la situation apparaît stable et comparable à l'examen actuel. Dès lors vu que le stade chirurgical prothétique n'est pas atteint, Mme A. _____ présente une exigibilité au travail dans le cadre des limitations qui lui sont reconnues et qui seront probablement du

même ordre après la période chirurgicale d'un implant prothétique, qui porte généralement sur quelques semaines d'IT totale intermittente. La situation est stable sur ce plan.

C'est à partir de juillet 2013 que le rachis est identifié comme participant effectivement aux plaintes.

Les thoracodynies apparaissent stables depuis 2009 et le bilan cardiologique reste également comparable entre 2009 et 2013, exempt de pathologie significative.

Le pronostic d'une reprise de travail n'apparaît pas bon. Mme a relaté l'aspect culturel des femmes de sa famille qui ne travaillent pas à l'extérieur. Elle a travaillé pour permettre à ses enfants un meilleur niveau socio-économique. Depuis le décès de son fils, elle en a perdu la motivation et sa fille est désormais adulte. Elle a une formation professionnelle. Sa mère, sa soeur n'ont pas travaillé à l'extérieur. Il apparaît que Mme en a perdu la motivation et elle dit qu'elle est déçue que son employeur l'ait licenciée avec effet immédiat après plusieurs années de travail sans avoir pu dire au revoir à ses collègues. Des éléments sortant du champ médical paraissent avoir notablement interféré et interfèrent encore.

L'arthrose rachidienne et la gonarthrose n'expliquent pas l'étendue des douleurs et des phénomènes allodymiques interfèrent. Il existe à la fois des points de fibromyalgie mais aussi une adiposité douloureuse (cellulalgie) étendue dans ce contexte de déconditionnement et d'obésité. Les points de la fibromyalgie sont fortement positifs et les manifestations systémiques fonctionnelles de la fibromyalgie, selon les critères 2010, sont fortement représentées. Il existe aussi des symptômes et signes de Waddell et des signes de majoration selon Matheson dont nous avons discuté avec l'experte psychiatre lors de notre travail de synthèse.

Dans l'analyse du diagnostic différentiel, nous n'avons pas de critères pour un rhumatisme inflammatoire axial ou périphérique, tels que les avaient déjà recherchés la Dre G. _____ en 2011 et 2012. Nous n'avons pas d'élément pour une ostéonécrose aseptique au niveau du genou gauche, ni pour une algodystrophie.

Le très haut indice de kinésiophobie est un mauvais élément pour le pronostic de réinsertion professionnelle. Il l'est également pour une participation active en physiothérapie et pour un bon état de récupération de reconditionnement musculaire. Il ne s'inscrit pas dans le cadre d'une comorbidité psychiatrique atteignant un seuil incapacitant mais la dysthymie signalée par l'experte psychiatre peut contribuer à un sentiment de manque d'énergie et de manque de motivation pour des mouvements actifs quotidiens en aérobie visant à perdre du poids et gagner en musculature. Une augmentation du traitement psychotrope est suggérée par l'expert psychiatre, avec monitoring thérapeutique.

Sur le plan somatique, relevant que notre examen s'est fait sans imprégnation antalgique aucune. Mme a dit avoir pris du paracétamol 2 heures avant la prise de sang mais notre monitoring thérapeutique n'a pas montré la trace du médicament. Il apparaît discordant que Mme évoque des douleurs intolérables et qu'elle ait

pu oublier sa médication. Avant d'évoquer un échec thérapeutique face aux substances antalgiques, nous recommandons à son médecin traitant un monitoring thérapeutique afin de s'assurer de la compliance thérapeutique et de rechercher éventuellement un problème d'hyper-catabolisme ou d'interaction médicamenteuse.

Il existe de toute évidence face à l'antalgie de palier I une marge thérapeutique avec le paracétamol.

[...]

Capacité de travail au plan somatique

80% dans l'ancienne activité à partir de juillet 2013 (évaluation du rachis à [...])

Perspective thérapeutique et pronostic au plan somatique

Tout comme l'a fait la Dre B._____, Il faut encourager Mme A._____ à réduire son indice d'obésité, à améliorer son état de conditionnement général et musculaire, ce qui sera gageur d'un bon succès chirurgical prothétique pour son genou dans le futur. Une activité physique régulière en aérobie permettrait également d'améliorer le seuil de tolérance à la douleur.

Un programme de reconditionnement actif à Y._____ devrait être poursuivi régulièrement. Mme n'apparaît pas vraiment motivée non plus. Elle dit qu'elle préfère faire de la marche au quotidien (30 minutes/jour) en visitant ses voisins de quartier et du vélo d'appartement. Cela devrait s'associer à un régime hypocalorique, pauvre en graisses.

Le status variqueux s'accompagne de jambes lourdes principalement l'été. Nous avons recommandés à Mme des bains et/ou douches à température froide, de porter des bas de contention. Son médecin lui prescrit un traitement symptomatique en saison chaude.

4.3 DISCUSSION AU PLAN PSYCHIATRIQUE

[...] En 2001, selon les dires de Madame (l'expertisée a donné une autre version à la co-experte rhumatologue) le corps du père de l'expertisée est retrouvé avec une balle dans la poitrine. Ceci entraîne un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Dès lors, Madame est suivie pendant 6 mois à l'association [...]. Quelques mois plus tard, le frère de l'expertisée décède de cause X. Ceci déstabilise à un nouveau l'expertisée, toutefois aucun suivi psychiatriques n'est nécessaire.

En 2009, le fils de l'expertisée, âgé de 29 ans, présentant une polytoxicomanie, décède d'une overdose. À relever que l'expertisée nie toute consommation de substances chez ce fils et affirme que ce

dernier est décédé d'un problème cardiaque. Ceci est infirmé par les psychiatres traitants de l'expertisée. Par la suite, Madame se plaint de douleurs diffuses, abondamment investiguées. Les somaticiens évoquent une fibromyalgie. Ponctuellement Madame est vue par des psychiatres et un traitement antidépresseur est introduit.

Après quelques mois d'arrêt de travail, Madame reprend son activité professionnelle mais elle présente un fréquent absentéisme.

En avril 2012, Madame est licenciée. L'expertisée se plaint dès lors de difficultés de concentration, de tristesse et de ne plus avoir envie de vivre.

En novembre 2012, la fille de l'expertisée prend contact avec l'unité psychiatrique ambulatoire Y. _____ et Madame reprend un suivi, progressivement espacé avec entretien tous les 1 à 2 mois. Un traitement de venlafaxine 150 mg et de trazodone emporte (Trittico®) 50 mg se poursuit.

Le 21 mai 2013, dans un rapport médical AI, les Dresses P. _____ et [...], unité psychiatrique ambulatoire du Z. _____, retiennent comme diagnostic avec effets sur la capacité de travail un *trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et des somatisations*. La capacité de travail est estimée comme nulle depuis novembre 2012 au indéterminé en raison de *troubles de la concentration, de tristesse, de douleurs physiques importantes et d'angoisse*.

Au status est signalé : *Madame est orientée dans le temps et dans l'espace. L'attitude est revendicatrice et son visage exprime des douleurs physiques. La thymie est triste. Elle présente une anhédonie, une anxiété, une diminution de l'appétit avec perte pondérale et des troubles cognitifs. La patiente décrit des idées suicidaires sans scénario. Le sommeil est perturbé par des cauchemars. Elle est très axée sur ses douleurs physiques non spécifiques, probablement d'origine psychique. Elle évoque également une perte de la libido*. À relever que les psychiatres n'ont pas distingué les symptômes relatés de ceux objectivés. En particulier les troubles cognitifs évoqués par les psychiatres ne sont pas décrits et se basent sur les allégations de l'expertisée.

Par ailleurs, selon la définition de la CIM-10, un diagnostic de trouble dépressif récurrent nécessite plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission. Tel n'est pas le cas chez l'expertisée car cette dernière a présenté des troubles de l'adaptation et non des épisodes dépressifs francs.

D'autre part, malgré l'évocation d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, la médication antidépressive n'a pas été modifiée ; au contraire le traitement de trazodone (Trittico®) a été cessé. Madame n'a pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique malgré les idées suicidaires relatées par les confrères. Les entretiens ont progressivement été espacés, ce qui va à l'encontre du diagnostic retenu par mes confrères.

A l'examen de ce jour, Madame frappe par de nombreuses discordances. Lorsqu'elle n'est pas observée, en salle d'attente, Madame sourit et plaisante avec l'interprète. Son attitude se modifie du tout au tout lorsqu'elle m'aperçoit. Madame se déplace alors très péniblement munie d'une canne, soupire, paraît lasse et abattue. Toutefois durant l'entretien elle ne montre aucun ralentissement psychomoteur ; Madame répond rapidement aux questions posées et se montre très vigilante et attentive à ce qui l'entoure. Aucune fatigabilité n'est objectivée, bien que Madame dise devoir se coucher en raison de son épuisement, non objectivé.

Durant l'entretien, Madame ne manifeste pas de signes d'inconfort ou de douleurs mais les relate abondamment. Lorsqu'elle se relève, elle paraît se déplacer très difficilement mais tout en pouvant prendre sans difficulté son sac à main posé par terre. Ceci traduit d'importantes discordances.

Madame relate sans difficulté son anamnèse. Les importants troubles de la concentration et de la mémoire relatés par l'expertisée n'ont pas été mis en évidence durant l'examen. Par ailleurs, Madame élude les questions gênantes, en particulier lorsqu'il lui est demandé de préciser ses symptômes psychiques.

Dans les éléments de la lignée dépressive sont relatés une humeur dépressive (humeur abaissée), un manque d'énergie (non objectivée), des troubles du sommeil, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables (non objectivé, Madame dit avoir plaisir à rencontrer ses 2 amies, ses 2 petites-filles et jouer avec ces dernières). Sont évoqués des ruminations. Ces éléments correspondent selon la définition de la CIM-10 à une **dysthymie**.

A relever le jour de l'expertise un taux sérique de venlafaxine correspondant à la dose prescrite. Au vu d'une réponse insuffisante à ce traitement, la dose de venlafaxine pourrait être augmentée. Ultérieurement, un taux sérique est recommandé, afin de s'assurer d'une bonne compliance de l'expertisée.

Annuellement, Madame se rend en Bosnie pour y voir sa famille et se rendre sur la tombe de son fils. Le dernier voyage s'est déroulé en bus ; ceci montre que Madame est en mesure de surmonter ses douleurs.

L'expertisée ne présente pas de perte d'intégration de la vie sociale ; quotidiennement, elle rencontre ses amies et plusieurs fois par semaine sa fille et ses petites-filles. Quotidiennement, malgré les importantes douleurs alléguées, Madame se promène 30 minutes et boit volontiers un café à l'extérieur avec une de ses amies.

Des bénéfiques secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage et évitement d'un rôle à jouer.

Le comportement démonstratif et les importantes discordances correspondent à une **majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques** et non à un syndrome douloureux somatoforme persistant.

La recherche pour un trouble anxieux, une anxiété généralisée, des phobies, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire, une psychose ou un trouble de personnalité est négative.

La dysthymie et la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'entraînent pas de limitation. La capacité de travail est entière dans une activité simple.

Toutefois le pronostic quant à la reprise d'un emploi paraît des plus mauvais, ceci pour des raisons sortant du champ médical.

4.4 DISCUSSION CONSENSUELLE ENTRE LES EXPERTS

Capacité de travail entière sur le plan psychique.

Sur le plan somatique la capacité de travail est de 80% à partir de juillet 2013 dans l'ancien travail, estimé adapté. Il n'y a pas de meilleure capacité à attendre d'une réadaptation visiblement. Tout travail semblable apparaît exigible à 80%. Cf. limitation fonctionnelles. »

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 26 juin 2012. Après un rappel des raisons ayant conduit à la réalisation de l'expertise au BEM (gonarthrose débutante, trouble dépressif épisode moyen, tableau de douleurs non spécifiques et multifocales sans support organique objectif), le SMR a relevé que sur les deux versants de l'expertise, des discordances étaient relevées par les expertes avec des inconsistances entre la clinique et la démonstration de la douleur. Les Dresses L. _____ et D. _____ aboutissaient à une conclusion commune univoque, à laquelle se ralliait le SMR, compte tenu des diagnostics posés, des limitations fonctionnelles retenues et du respect des critères de qualité exigibles pour ce genre d'examen.

Un spécialiste en réinsertion professionnelle a rédigé un rapport final le 23 juillet 2014. Il mentionnait l'âge de l'assurée, la scolarité obligatoire en Bosnie, l'absence de qualification professionnelle initiale, l'activité de femme au foyer jusqu'en 1995 puis d'ouvrière, concluant que le parcours et les ressources de l'intéressée ne permettaient pas d'envisager la mise en place d'une formation qualifiante. L'assurée devait bénéficier d'un poste de travail simple, sans port de charges de plus de 5 kg avec alternance des positions ; un poste en industrie légère était parfaitement adapté à ses limitations fonctionnelles

et, dans ce contexte, aucune mesure professionnelle ne permettrait de combler le préjudice financier de 20%.

Par décision du 6 août 2014, confirmant un nouveau projet de décision du 9 mai 2014, l'OAI a dénié le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité (reclassement et rente d'invalidité). Malgré la présence d'atteintes à la santé, il a considéré que l'intéressée conservait la capacité d'exercer son activité professionnelle antérieure d'opératrice à 80%, de même que toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (sans port de charge de plus de 5 kg de manière régulière et de plus de 8 kg de manière irrégulière, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en zone basse, sans utilisation d'échelle ou d'escabeau et avec alternance des positions debout-assise), la diminution de la capacité de travail étant reconnue depuis juillet 2013. Le degré d'invalidité de 20% était inférieur au seuil ouvrant le droit à la rente et aucune mesure d'ordre professionnel ne permettait de réduire le préjudice économique.

B. A. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 12 septembre 2014, concluant à l'annulation de la décision du 6 août 2014 et à la reconnaissance d'un taux d'incapacité de travail de 40% au moins. Elle se prévaut dans ce contexte des avis de son médecin traitant et de son conseiller à l'Office régional de placement, selon lesquels elle serait inapte à travailler. Elle produit différents certificats médicaux du Dr K. _____, attestant d'une incapacité de travail à 50% ou 100% dès juin 2012, ainsi qu'un courrier du Service de l'emploi, Instance juridique chômage, daté du 11 septembre 2014, libellé « Examen de votre aptitude au placement » et se référant à une décision du 14 mai 2013 la déclarant apte au placement à 50% en raison de son état de santé.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 13 novembre 2014.

Dans sa réplique du 9 janvier 2015, la recourante allègue souffrir de problèmes cardiaques, sans qu'une anomalie ne soit toutefois

reconnue, de problèmes pulmonaires nécessitant l'utilisation d'un inhalateur contre l'asthme, de douleurs aux genoux ainsi que de problèmes gastriques, avec pour seul traitement, selon les conclusions de la gastroscopie, une prise en charge antalgique en acupuncture. Elle déplore la non-reconnaissance de ses maux et leur mise en lien systématique avec le décès de son fils.

La recourante produit « une copie partielle de [son] dossier », au motif qu'elle n'a pu avoir de rapport de son médecin traitant. On y trouve notamment un rapport de la Dresse M._____, spécialiste en gastroentérologie, faisant suite à une consultation du 16 mai 2014. La Dresse M._____ mentionnait avoir éliminé une cause gastrique ou pancréatobiliaire aux symptômes présentés par l'intéressée et avoir rassuré cette dernière au vu des nombreuses explorations restées négatives ces derniers mois sur le plan cardiaque, pulmonaire ou digestif. Le rapport de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale pratiquée le 15 avril 2014 transcrivait, à titre de conclusions, une duodénite d'intensité légère, non spécifique, et le reste de l'examen était dans les normes. Il figure également un rapport du Centre F._____ du 16 avril 2014, la recourante ayant consulté ce jour-là pour une douleur dans la poitrine à gauche. Il est mentionné que le tableau évoquait plutôt une origine pariétale ainsi que gastrique aux douleurs ressenties, aucune investigation supplémentaire n'étant réalisée, mais une réévaluation des facteurs de risques cardiovasculaires ainsi qu'un test d'effort pouvaient être indiqués afin d'exclure une origine cardiaque aux douleurs. La recourante produit également un certificat médical du Z._____ attestant une hospitalisation du 24 novembre au 3 décembre 2014 ainsi qu'une attestation médicale du 7 janvier 2015, mentionnant un suivi à l'unité de psychiatrie ambulatoire d'Y._____ depuis août 2011 pour « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique ; somatisation ; trouble de la personnalité histrionique.

Dupliquant le 3 février 2015, l'intimé confirme sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) - et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'atteinte à la santé et son incidence sur la capacité de travail et de gain.

3. a) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail est définie comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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 et consid. 6).

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses 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 l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que

la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références).

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 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

L'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un

examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

5. La recourante s'en prend à l'appréciation de la situation médicale tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. A l'appui de sa demande déposée en juin 2012 comme de son recours devant l'autorité de céans, elle se prévaut de problèmes cardiaques, pulmonaires et gastriques, d'arthrose affectant les genoux et d'une atteinte à la santé psychique.

Face à un tableau de douleurs non spécifiques sans support organique objectivé et de facteurs environnementaux difficiles, tels que le deuil d'un fils en 2009, l'office intimé a décidé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès du BEM. Dans le prolongement des considérations des expertes, il a reconnu à la recourante une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, comme dans une activité adaptée, et nié le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité.

a) Au plan somatique, la Dresse L._____ pose comme seuls diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante une gonarthrose bilatérale et une spondylodiscarthrose prédominant en région lombaire moyenne sans radiculopathie ni myélopathie. La Dresse L._____ part des observations médicales des rhumatologues G._____ et B._____ ; elle estime que la situation de la gonarthrose est stable et son examen clinique comparable à ceux réalisés en juin 2011 par la Dresse G._____ et juillet 2013 par la Dresse B._____. Particulièrement, la scintigraphie osseuse réalisée en juin 2011 mettait en évidence des lésions clairement dégénératives, notamment aux

genoux, sans argument pour une atteinte inflammatoire ; de l'avis de l'experte, cette scintigraphie permet d'écarter une arthrose érosive rapidement évolutive tant aux genoux qu'au rachis et autres sites douloureux de l'assurée. Les rapports radiologiques de juin 2012 et février 2013 confirmaient l'accentuation des courbures dorsolombaires et démontraient la présence d'une discarthrose prédominant en L3-L4, sans répercussion neurologique. Suivant l'avis de la Dresse B._____, l'experte retient que le rachis est identifié comme participant effectivement aux plaintes dès juillet 2013. Par ailleurs, la Dresse L._____ note une assurée en bon état général, adoptant une gestuelle très souple (gestuelle harmonieuse, non limitée que ce soit au niveau axial ou périphérique) et une démarche rapidement normalisée lorsqu'elle est distraite, et relate des lâchages, contre-pulsions et autolimitations réalisées de manière discordante, venant parasiter les tests d'amplitude.

L'arthrose rachidienne et celle des genoux font retenir des limitations fonctionnelles, savoir un travail simple sans port de charges au-delà de 5 kg de manière régulière, 8 kg de manière occasionnelle, sans travail en zone basse, à genoux, de déplacement sur terrain irrégulier, échelle ou escabeau, avec la possibilité d'alterner les positions pour le dos sur 20% du temps de travail. La Dresse L._____ précise qu'une activité principalement sédentaire est préférable pour les genoux mais délétère pour le dos, une incapacité de 20% étant ainsi reconnue afin de tenir compte de l'incompatibilité relative de ces limitations. Par ailleurs, l'affection rachidienne reconnue dès juillet 2013 fait retenir une baisse de la capacité de travail de l'ordre 20% dans un travail strictement sédentaire tel que l'activité d'usine précédemment exercée, alors que l'atteinte aux genoux est adaptée à ce poste, comme le reconnaissait la Dresse G._____ en juin 2011.

S'agissant des autres atteintes somatiques énoncées, l'experte observe que les récentes investigations n'ont pas révélé d'affection atteignant un valeur incapacitante de la part des cardiologue, pneumologue et gastro-entérologue. En mai 2009, le cardiologue J._____ retenait des douleurs thoraciques irradiant au membre supérieur gauche

dans un contexte de plaintes psychosomatiques ; son examen s'avérait rassurant s'agissant du système cardio-vasculaire, l'hypothèse coronarienne à l'origine des douleurs thoraciques pouvant raisonnablement être écartée. Les douleurs décrites étaient probablement pariétales, constat également posé en avril 2014 au Centre F._____ à la suite d'une consultation de l'assurée en raison de douleurs dans la poitrine à gauche. Selon la Dresse L._____, les bilans réalisés en 2013 et obtenus en cours d'expertise sont négatifs et attestent d'une bonne fonction cardiaque, mis à part un sous-entraînement à l'effort dans le contexte de sédentarité et d'excès de poids. Elle conclut que les thoracodynies apparaissent stables depuis 2009, le bilan cardiologique reste également comparable entre 2009 et 2013, exempt de pathologie significative, et s'étonne que l'assurée relate des problèmes cardiaques sur la base d'examens spécialisés qui se sont révélés normaux. Au niveau pulmonaire, les investigations ne conduisent pas à la reconnaissance d'une atteinte incapacitante. En juillet 2012, le Dr S._____ écartait tout argument pour un asthme d'origine professionnelle ; il est souligné que la recourante était employée depuis plus de dix ans à l'usinage de pièces en plastique auprès de K._____ SA lors de ce constat et aucune évolution négative n'a été rapportée. Au niveau gastrique, la situation est qualifiée de stationnaire par la gastroentérologue, laquelle mentionne un reflux gastro-oesophagien non compliqué. L'endoscopie oeso-gastro-duodénale pratiquée le 15 avril 2014 a révélé une duodénite non spécifique et un examen dans les normes. Une pathologie bilio-pancréatique a été exclue, de même qu'une pathologie cardio-thoracique. La Dresse M._____ explique avoir éliminé une cause gastrique ou pancréatobiliaire aux symptômes atypiques présentés par la recourante et rassuré cette dernière eu égard aux nombreuses investigations sur le plan cardiaque, pulmonaire ou digestif restées négatives ces derniers mois.

L'experte note encore lors de l'examen médical des éléments allodymiques dans les douleurs diffuses de la recourante, qui répondent à la fois aux critères de la fibromyalgie et à une cellulagie (adiposité douloureuse), précisant qu'il existait des points de fibromyalgie fortement positifs et des manifestations systémiques fonctionnelles fortement

représentées. Les rapports médicaux antérieurs faisaient déjà état d'une problématique de somatisation sous la forme d'une fibromyalgie. Singulièrement, la Dresse G._____ mentionnait le diagnostic de fibromyalgie dans un contexte d'épuisement et de deuil, et la corrélation entre les nombreux soucis de la recourante et ses douleurs (cf. rapport du 17 juin 2011). Précédemment, le Dr J._____ évoquait une symptomatologie plutôt psychosomatique (cf. rapport du 27 mai 2009). Les médecins du Département de psychiatrie du R._____ relataient quant à eux une souffrance importante manifestée par l'assurée depuis le décès de son fils au travers de douleurs somatiques et la Dresse P._____ posait, dans son rapport du 21 mai 2013, le diagnostic de somatisation (F 45.0), lequel est défini comme suit selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) :

« Les principales caractéristiques sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, les sujets entretiennent, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). »

Cela étant, le diagnostic de fibromyalgie, ou trouble somatoforme douloureux, est écarté au profit de celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques comme exposé ci-après (cf. consid. 5b *infra*).

b) Au plan psychiatrique, la Dresse D._____ retient pour diagnostics une dysthymie et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

A l'examen clinique, l'experte relève que la recourante ne présente pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur et les

importants troubles de la concentration et de la mémoire relatés ne sont pas mis en évidence. La Dresse P. _____ faisait par ailleurs état, en mai 2013, d'une patiente orientée dans le temps et l'espace. Cela étant, l'expertisée élude les questions gênantes, en particulier lorsqu'il lui est demandé de préciser ses symptômes psychiques. La Dresse D. _____ indique que la recherche pour un trouble anxieux, une anxiété généralisée, des phobies, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire, une psychose ou un trouble de personnalité est négative. Ensuite, la recourante ne manifeste pas de signes d'inconfort ou de douleurs mais les relate abondamment. Son comportement traduit d'importantes discordances, notamment du fait qu'elle paraît se déplacer très difficilement tout en pouvant prendre sans difficulté son sac à main posé par terre, ou qu'elle sourit et plaisante avec l'interprète alors qu'à la vue de l'experte, son attitude se modifie du tout au tout. La Dresse D. _____ note que l'expertisée ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisqu'elle a des contacts sociaux quotidiennement, notamment avec sa fille et ses deux petites-filles, rencontre ses amies et des voisines, et se promène trente minutes, cela en dépit des importantes douleurs alléguées. Des bénéfices secondaires sont présents avec la mobilisation de l'entourage et l'évitement d'un rôle à jouer. Dans son avis du 11 septembre 2012, le SMR relevait déjà, suivant le rapport de la spécialiste en réinsertion professionnelle du 30 août 2012, que la recourante manifestait une certaine satisfaction de ne rien avoir à faire, outre se promener et se reposer.

Des éléments de la lignée dépressive relatés, l'experte retient une humeur abaissée, des troubles du sommeil et l'évocation de ruminations ; le manque d'énergie et la perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables ne sont pas objectivés. Ces éléments correspondent selon l'experte à une dysthymie au sens de la CIM-10. Dans le prolongement de cet examen, elle réfute le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par les psychiatres traitants. Elle constate l'absence de distinction entre les symptômes relatés et ceux objectivés, soulignant notamment que les troubles cognitifs évoqués par les psychiatres ne sont pas décrits et se basent sur les allégations de

l'expertisée. De plus, cette dernière a présenté des troubles de l'adaptation, non des épisodes dépressifs francs, ne coïncidant de ce fait pas avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, lequel requiert plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission. Finalement, elle relève l'absence de modification de la médication dépressive en dépit de l'évocation d'un trouble dépressif récurrent, la cessation *a contrario* du traitement antidépresseur (trazadone), l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique malgré l'évocation d'idées suicidaires et l'espacement des entretiens au Z._____. On soulignera à cet égard, à l'aune des rapports du Département de psychiatrie du R._____ produits en début d'instruction, qu'un suivi régulier dès le mois d'août 2011 n'apparaît pas avéré, et cela avant le mois de décembre 2012. L'hospitalisation au Z._____ en hiver 2014 est par ailleurs postérieure à la décision attaquée, étant précisé que les diagnostics énoncés dans l'attestation du 7 janvier 2015 produite céans ont été précédemment discutés par les expertes du BEM.

La Dresse D._____ écarte par ailleurs le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, pour laisser place à celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, en raison d'un comportement démonstratif et d'importantes discordances relevées. Les deux volets de l'expertise mettent en évidence des discordances avec des inconsistances entre la clinique et la démonstration de la douleur. En effet, l'expertisée relate que ses douleurs disparaissent spontanément lorsqu'elle se trouve sur la tombe de son fils en Bosnie. Lorsqu'elle ne se voit pas observée, son attitude se « normalise », son faciès paraissant moins lasse et abattu. Les déplacements apparaissant comme très difficiles se heurtent aux gestes effectués sans difficulté, comme le fait de prendre son sac sur le sol. Il est en outre relevé une discordance entre l'évocation de douleurs intolérables et un éventuel oubli de la médication, étant relevé que l'examen clinique s'est fait sans aucune imprégnation antalgique. L'attitude démonstrative, à laquelle se joint l'attitude revendicatrice énoncée à réitérées reprises dans les différents rapports médicaux, équivaut dès lors, selon l'appréciation de la Dresse D._____, à ce que la CIM-10 désigne par majoration de

symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce diagnostic n'équivaut pas à une atteinte invalidante.

c) L'expertise bidisciplinaire du 10 mars 2014 réalisée par les Dresses L._____ et D._____ satisfait aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et emporter la conviction (cf. consid. 4 *supra*). En effet, se référant de manière systématique au dossier médical et aux examens cliniques, les expertes ont procédé à l'anamnèse utile et relevé les plaintes alléguées par la recourante. Elles ont ensuite procédé, dans chacune des deux problématiques médicales spéciales, aux examens et observations cliniques nécessaires. La description du contexte médical est claire et fouillée et l'appréciation du cas par chaque spécialiste l'est tout autant. Les conclusions de chaque volet de l'expertise sont dûment motivées, fondées sur des observations cliniques dûment consignées et après discussion entre les expertes.

Aucune critique ne peut être émise à l'encontre de l'office intimé s'agissant de son appréciation de la situation de l'assurée à la lumière des considérations et des conclusions de l'expertise bidisciplinaire précitée. La recourante n'avance au demeurant aucun argument qui permettrait de remettre en cause l'expertise du BEM, particulièrement ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Soulignons encore que les certificats médicaux du Dr K._____, lequel se contente d'attester successivement des incapacités de travail, ne comportent aucun élément tendant à justifier sa position. Le Dr K._____ ne s'est en outre jamais prononcé personnellement sur l'état de santé de sa patiente, en dépit de la demande de l'OAI et de la recourante elle-même semble-t-il (cf. réplique du 9 janvier 2015). Quant à l'examen de l'aptitude au placement par l'assurance-chômage, élément dont se prévaut également la recourante, il n'est d'aucun secours à cette dernière, les notions d'invalidité et d'inaptitude au placement n'étant pas identiques dans les deux assurances en question.

d) En conséquence, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la recourante présente depuis le dépôt de sa demande de prestations en juin 2012 une capacité de travail de 100%, réduite à 80% à compter du mois de juillet 2013.

La recourante étant en mesure d'exercer son ancienne activité auprès de K._____ SA à un taux de 80% dès juillet 2013, son degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6), se chiffrant ainsi à 20%, soit à un taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Les circonstances plaident en outre à l'encontre de la mise en œuvre de mesures professionnelles (cf. rapport final du 23 juillet 2014), mesures que la recourante ne revendique au demeurant pas.

6. a) En définitive, la décision attaquée du 6 août 2014 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 12 septembre 2014 par A._____ doit être rejeté.

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 des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I. Le recours déposé le 12 septembre 2014 par A._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 6 août 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- A._____
- 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 :