

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains

et

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

Art. 6, 7, 8 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], est arrivée en Suisse en 1998. Mariée et mère de deux enfants nés en 199 [...] et 200 [...], elle est femme au foyer sans formation. Le 21 janvier 2015, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle souffrait de maladie coéliquaue, d'intolérance au gluten, de migraines et de problèmes de dos.

Dans un rapport du 3 février 2015 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dresse B._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rachialgies diffuses, d'asthénie et de cervicalgies, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de dysthyroïdie, de troubles digestifs et de céphalées. Elle a joint à son rapport ses courriers des 20 juin, 30 juin et 25 septembre 2014 au Dr G._____, médecin traitant, dont il ressort notamment que la rhumatologue a estimé que les éléments en sa possession, et notamment les conclusions de la radiographie du 11 juin 2014 et de l'IRM du 27 février 2014, étaient plutôt rassurants, que les clichés de la colonne cervicale du 23 juin 2014 confirmaient des lésions tout à fait débutantes de cervicarthrose avec discopathies C5-C6 et uncarthrose C5-C6, expliquant en partie la symptomatologie prédominant à ce niveau. L'échographie du même jour confirmait l'hétérogénéité et l'échogénicité compatibles avec une thyroïdite auto-immune. La Dresse B._____ signalait également au médecin traitant que cliniquement, l'assurée présentait encore des tensions assez globales, mais pas de souffrances aiguës électives, si ce n'était lombo-sciatalgiques droites, en raison d'un éventuel faux mouvement récent. Le contexte dysthyroïdien était en cours d'amélioration, mais bien en rapport avec une thyroïdite auto-immune, symptomatique, dont les derniers dosages étaient corrects. La rhumatologue soulevait enfin que l'assurée était seule à préparer les repas ; elle tentait d'être parfaitement autonome pour la plupart des

activités et restait partiellement aidée pour les courses et une partie du ménage.

Renseignant à son tour l'OAI le 4 mars 2015, le Dr S._____, spécialiste en gastroentérologie, a posé le diagnostic incapacitant de maladie coeliaque et a précisé que le diagnostic avait été mis en exergue en 2013, mais que la patiente était symptomatique depuis 2008. Le Dr S._____ a indiqué que sa patiente avait dû interrompre le régime sans gluten car elle ne le tolérait pas et qu'elle souffrait d'une importante asthénie qui limitait son activité physique.

Egalement interpellé par l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, s'est prononcé le 7 avril 2015, attestant une totale incapacité de travail depuis le 6 février 2015, dans toute activité. Le Dr K._____ a estimé que sa patiente n'était plus capable d'exercer aucune activité, que ce soit assise, debout, en positions alternées, en marchant, en se penchant, accroupie, à genoux, les bras au-dessus de la tête, etc., ses limitations étant totales. Il a également mentionné une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance limitée, ceci depuis le début de l'affection, une dégradation étant au demeurant à prévoir. S'agissant des diagnostics, le Dr K._____ a renvoyé à plusieurs rapports médicaux antérieurs, en particulier à son rapport du 1^{er} avril 2015, aux termes duquel il retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polyneuropathie des membres inférieurs depuis février 2015, de maladie coeliaque avec intolérance au gluten depuis octobre 2013, de syndrome radiculaire L5/S1 avec lumbago en septembre 2012, de céphalées depuis 2006 et de migraines avec aura visuelle depuis 2003. Au titre des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le Dr K._____ a mentionné une anémie fériprive depuis février 2013, une carence en acide folique et en vitamine D, une hypothyroïdie latente depuis février 2013 et des facteurs rhumatoïdes depuis avril 2013 (cf. rapport du 1^{er} avril 2015 p. 1 et 2). Plus loin dans son rapport, le Dr K._____ a également évoqué un neuro-status depuis février 2015, une dépression réactive en raison des douleurs, des vertiges, des saignements

de nez et des troubles du sommeil, notamment (cf. rapport du 1^{er} avril 2015 p. 5).

Aux termes d'un rapport du 2 juin 2015 à l'attention du médecin traitant, le Dr Z._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, a posé les conclusions suivantes :

« Sous substitution en L-T4, à moins d'un sous-dosage, il n'est pas possible de confirmer un diagnostic d'hypothyroïdie ni, par conséquent, l'indication à la substitution. Sous une dose quotidienne de 50 µg de L-T4, alors que la patiente fait part de symptômes pouvant évoquer un sous-dosage en hormones thyroïdiennes, on constate que le taux de la TSH est légèrement supérieur à ce que l'on souhaite, sous substitution, pour témoigner d'un dosage adéquat. On peut en déduire que, sans substitution, le taux de la TSH serait certainement plus élevé. En outre, nous avons des indices biologiques et échographiques d'une atteinte auto-immune qui en constitue certainement la cause. Une légère augmentation de la dose de L-T4 est donc indiquée. Je propose de la porter à 75 µg par jour. Vu la notion d'intolérance au gluten (j'attends la confirmation du diagnostic du Docteur T._____), je propose à la patiente de passer au Tirosint, mieux absorbé dans de telles conditions. Cette augmentation de la dose justifie un contrôle biologique dans deux mois environ ».

Dans un rapport du 18 juin 2015 au Dr G._____, la Dresse B._____ a fourni les indications suivantes :

« Le dernier contrôle biologique n'a pas montré d'anomalie très particulière :

- Absence de syndrome inflammatoire, pas de tendance anémique. Bilan glucidique, métabolisme calcique, taux d'acide urique, lipasémie : tout est normal.
- Fonction rénale tout est normal.
- Bilan lipidique très légèrement perturbé.
- Très légère élévation des ALAT [alanine transaminase] non significative.

La seule anomalie bien réelle est une hypovitaminose D persistante pouvant justifier une majoration de la supplémentation (...).

Il n'y avait pas de dosage de la TSH [thyroestimuline] lors du dernier bilan.

La patiente est sans doute sous supplémentation à 75 µg ».

Dans un avis du 30 octobre 2015, la Dresse H._____, médecin auprès du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que les positions des Drs B._____ et K._____ étaient contradictoires et non concluantes, la première estimant que l'assurée

conservait une certaine autonomie, et le second qu'elle était incapable de déployer quelque activité que ce soit, et ce depuis dix ans. La Dresse H._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, dont l'OAI a confié la réalisation à la Dresse U._____, spécialiste en médecine physique rééducation et en rhumatologie.

Dans son rapport du 26 novembre 2015, la Dresse U._____ a retenu les éléments suivants :

« (...)

En somme : les douleurs sont trop diffuses à la palpation lombaire, pour pouvoir exclure à 100% des douleurs localisées en L4-L5 ou L5-S1 comme on pourrait s'y attendre en cas de discopathies. Cependant, il n'y a pas de contractures métamériques, ni du carré des lombes, une décompensation douloureuse actuellement est très peu probable (cf. commentaires plus haut). L'assurée n'a pas voulu se pencher en avant, les mesures de Schober ne sont pas contributives. Ce n'est pas grave, l'experte peut conclure qu'il n'existe pas de lombalgies actuellement dans le contexte d'une décompensation intervertébrale. De plus, il faut remarquer qu'il n'y a pas de modification des prises antalgiques, ces derniers temps qui apparaisse dans l'historique pharmaceutique qui démontre une prise extrêmement modeste de Dafalgan.

Dans le contexte des douleurs diffuses cervicales, la problématique C5-C6 n'apparaît plus au premier plan. Il n'y a pas d'atteinte radiculaire C6, pas même de rénitence métamérique à la palpation à ce niveau.

A noter que Mme est démonstrative, qu'elle n'est pas honnête avec la quantité des prises de Dafalgan et persiste dans ses allégations de prise de 5-6 cp/j alors qu'elle est confrontée à son historique pharmaceutique.

Elle nie être déprimée, dans sa famille tout va bien.

Elle est particulièrement floue dans ses descriptions de topographies douloureuses, donne des intensités douloureuses très élevées en contradiction avec la prise modeste d'antalgie et la gestuelle spontanée observée à son insu.

Souvent oppositionnelle pour l'examen physique.

Le diagnostic au premier plan est celui de fibromyalgie (diagnostic qui n'a jamais été posé jusqu'ici mais seulement évoqué) ou de trouble douloureux somatoforme pour lequel une tentative de mise en place de Lyrica a été effectuée par le Médecin traitant le Dr G._____ sans succès car il provoquait des épigastralgies, cet effet secondaire n'étant pas décrit dans le Compendium.

Il faudrait essayer en premier lieu un traitement de Cymbalta. Cependant l'experte rappelle que ce médicament peut pendant une semaine ou deux à son début donner des effets secondaires de céphalées et de nausées, ce que présente déjà Madame E._____. L'experte lui a demandé de faire un effort pour supporter ce traitement.

Elle rappelle à l'assurée que lors d'une demande une prestation AI, l'assuré doit faire en sorte de se soigner au mieux pour les diagnostics relevés.

L'experte a transmis au Dr G. _____ son médecin traitant la liste de ses demandes :

- Eviter les hypovitaminoses et baisses de ferritine pour réduire le sentiment de fatigue.
- Introduire en premier lieu du Cymbalta 30 mg et 60 mg si possible en demandant à sa patiente de supporter les effets secondaires de nausées et céphalées transitoires, éventuellement de réintroduire progressivement du Lyrica.
- De combattre le déconditionnement musculaire global par une prescription continue de physiothérapie, surtout reconditionnement des abdominaux par des exercices respiratoires de type Pilates qui ne demandent aucun mouvement ce qui est bien supporté par les fibromyalgiques et très efficace pour soutenir les lombaires.
- Vérifier qu'il n'existe pas de syndrome d'apnée du sommeil qui pourrait expliquer la fatigue décrite.

QUESTIONNAIRE AI

La personne assurée présente-t-elle une ou plusieurs atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail/sur la tenue du ménage ? Si oui lesquelles ?

Dans l'exécution des tâches ménagères pas de diagnostic engendrant une diminution de capacité. Passe l'aspirateur, sorties chez sa belle-soeur qui n'habite pas sur place.

Partage des tâches ménagères avec les membres de la famille. L'examen physique ne montre aucune limitation fonctionnelle des 4 membres et aucune évidence de limitation au niveau des cervicales et des lombaires.

Y a-t-il une ou des maladies sans répercussion sur la capacité de travail ? Si oui lesquelles ?

- Fibromyalgie
- Lombalgies L5-S1, discopathie minime non compressive sur les racines ; canal lombaire étroit L1-L2, L2-L3 sans retentissement radiculaire ; discopathies pluri-étagées au niveau L4-L5 avec protrusion discale circonférentielle discrètement plus importante à droite sans conflit radiculaire. Légère arthrose articulaire postérieure aux niveaux L4-L5 et L5-S1.
- Discopathie C5-C6 non décompensée.
- Déconditionnement musculaire global

Quelles sont les limitations fonctionnelles liées à /aux atteinte-s à la santé incapacitante-s ?

Pas de limitations

Quelles sont leurs répercussions sur la capacité de travail ?

Pas de répercussion car pourrait fractionner l'exécution des différentes tâches ménagères. De plus dans un trois pièces, avec des enfants en âge de se prendre en charge, il n'y a pas de quoi devoir réaliser 2h00 par jour de ménage.

Les limitations liées à l'exercice de l'activité résultent-elles d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soin, de 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 lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact) ?

Se reporter à la conclusion et aussi noter que bien en famille, fière de ses enfants, sorties dans les magasins, sorties quotidiennes, rend visite à sa famille etc... Donc pas de retentissement psychosocial.

Oui, il y a exagération dans la description des intensités douloureuses au regard du volume de la prise médicamenteuse antalgique modeste et du manque de donnée objective de décompensation douloureuse des sites déclarés atteints.

Comportement oppositionnel inadéquat. Refus de revenir sur les doses absorbées de Dafalgan même confrontée aux données chiffrées des historiques pharmaceutiques de Mme et de son mari de qui elle a annoncé prendre le Dafalgan.

Le cas échéant, depuis quand la personne assurée présente-t-elle une incapacité de travail justifiée médicalement ? Respectivement des empêchements ménagers ? Comment l'IT [incapacité de travail] justifiée médicalement a-t-elle évolué dans son activité habituelle/ou son champ de formation (date et taux précis) ? Respectivement dans l'activité ménagère ?

Pas d'incapacité sur le plan rhumatologique. En ce qui concerne la fatigue liée à la maladie coeliaque avec malabsorption (hypovitaminoses), la ferritine basse, l'hypothyroïdie après thyroïdite transitoirement Mme a pu être empêchée dans son ménage. Tout ceci est curable et n'engendre pas d'incapacité à long terme.

Quelle est la capacité de travail (CT) exigible dans l'activité habituelle (exprimée sur un 100% ou un nombre d'heures par jour) ? Respectivement dans l'activité de ménage ?

100%

Quelle est la capacité (CT) exigible dans une activité adaptée ? Et depuis quand une telle activité est-elle exigible ? Comment cette CT a-t-elle évolué ?

100%

Quelles conditions/caractéristiques l'activité adaptée devrait-elle remplir ?

Caduque

Le traitement actuel est-il conforme aux règles de l'art ? La personne assurée est-elle observante ?

Malheureusement, le diagnostic n'a pas été posé de manière formelle et jusqu'ici aucun traitement spécifique n'a été mis en route.

Quelles sont les éventuelles propositions thérapeutiques ? Et quelle serait leur influence sur la CT ? Un tel traitement est-il exigible, et pourquoi ?

Cymbalta et/Lyrica et reconditionnement musculaire

Quel est le pronostic ?

Bon

La personne assurée est-elle apte à participer à des mesures de réadaptation professionnelle ? Si oui, à quel taux et de quoi doit-on tenir compte ?

Pas de profession, n'a jamais travaillé en Suisse.

Quelles sont les remarques ?

Aucune

De l'avis de l'expert, des investigations médicales complémentaires sont-elles nécessaires ? Si oui, dans quelle(s) spécialité(s) ?

Pas d'investigation complémentaire nécessaire ».

Aux termes d'un avis du SMR du 26 janvier 2016, la Dresse H._____ a estimé que le rapport d'expertise précité était probant et s'est ralliée aux conclusions de la Dresse U._____ dans le sens de l'absence de diagnostic incapacitant ainsi que de toute limitation fonctionnelle, la capacité de travail de l'assurée étant de 100%. Elle a en particulier retenu que la maladie coeliaque, l'hypothyroïdisme ainsi que les migraines étaient traitables et n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable.

A l'issue d'une oesogastroduodenoscopie du 23 mars 2016, le Dr S._____ a observé que le duodénum présentait un aspect en écailles compatible avec une atrophie villositaire. L'examen n'avait démontré ainsi aucune autre lésion que la maladie coeliaque déjà connue.

Par projet de décision du 13 avril 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à un reclassement professionnel, au motif que l'instruction de sa

demande n'avait mis en évidence aucun élément objectif plaidant en faveur d'une limitation de sa capacité de travail.

Le 19 avril 2016, l'assurée a fait part de ses objections au projet précité. Dans ce cadre, le Dr G._____ a adressé à l'OAI son dossier médical. Il en ressort en particulier un rapport de radiographies de la colonne cervicale, de la colonne dorsale et de la colonne lombaire face et profil du 26 avril 2016, concluant à une légère discopathie cervicale en C3-C4 et C4-C5 et une discopathie modérément marquée en C5-C6, une légère arthrose facettaire de la transition cervico-dorsale, des légers troubles statiques dorsolombaires associés à une légère bascule pelvienne, une discopathie modérée en L1-L2 et L2-L3 et légère en L3-L4 ainsi qu'une anomalie jonctionnelle de la transition lombo-sacrée.

Dans un avis du SMR du 7 juillet 2016, la Dresse H._____ a estimé que les nouvelles pièces médicales produites par l'assurée ne démontraient aucune modification fonctionnelle objective nouvelle par rapport à l'expertise du 1^{er} décembre 2015.

Par décision du 11 novembre 2016, accompagnée d'une lettre explicative du même jour, l'OAI a maintenu son refus de prestations, au motif que les documents médicaux rassemblés au cours de l'instruction de la demande de l'assurée n'avaient pas permis d'établir une atteinte à la santé invalidante.

B. Par acte daté du 10 décembre 2016, complété le 6 janvier 2017 par son représentant Me Paul-Arthur Treyvaud, E._____ a recouru contre la décision précitée, dont elle a conclu à l'annulation, suivie du renvoi de la cause à l'intimé pour expertise puis nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que son état de santé l'empêche d'exercer son travail de ménagère. Elle explique que c'est l'addition de ses atteintes à la santé qui doit conduire à constater son incapacité à exercer une activité, quand bien même aucune pathologie ne pourrait peut-être justifier l'octroi d'une rente d'invalidité à elle seule. Elle est dès lors d'avis qu'il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il ordonne une expertise propre à

déterminer son taux d'invalidité dans son activité ménagère. La recourante ajoute que la tenue de son ménage, incluant deux enfants en commun avec son mari et trois enfants de ce dernier (dont l'ex-conjointe était décédée), avait provoqué des fatigues qui avaient aggravé ses pathologies. Elle soutient également souffrir d'un état dépressif nécessitant des investigations. L'intéressée estime dès lors que l'expertise à intervenir devrait aussi porter sur son état de santé psychique. Elle fait enfin grief à la Dresse U. _____ de n'avoir pas fait preuve de toute l'objectivité nécessaire dans la mesure où elle n'a pas pris en compte ses « composantes techniques », alors qu'elle était assistée d'un interprète. La recourante estime que l'experte n'a pas fait preuve de respect à son égard, mettant en doute ses réponses aux questions, et de là, son honnêteté.

Aux termes d'une réponse du 28 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

En réplique, la recourante a produit un rapport du 8 mai 2017 du Dr K. _____, qui évoque notamment des troubles neurologiques et qui atteste d'une limitation de la capacité ménagère, sa patiente ayant notamment besoin d'aide pour six tâches liées au ménage. La recourante fait valoir qu'au vu du doute jeté par ce rapport sur les conclusions de l'expertise de la Dresse U. _____, il convient de mettre en œuvre une expertise neutre. L'assurée s'interroge également sur la question de savoir s'il avait été judicieux de recourir à une experte rhumatologue en la personne de la Dresse U. _____, plutôt que d'un neurologue.

Par duplique du 19 juin 2017, se fondant sur l'avis de la Dresse H. _____ du 13 juin 2017, l'intimé a maintenu ses conclusions.

A la requête du précédent juge instructeur, le conseil de la recourante a répondu le 14 juillet 2017 que sa cliente n'était pas en mesure de produire une traduction du rapport médical du Dr K. _____ du 8 mai 2017 ni des pièces mentionnées par la Dresse H. _____ dans son avis médical du 13 juin 2017.

Finalement, le 29 août 2017, la recourante a produit une traduction faite le 29 août 2017 par le Dr K._____ de son rapport du 8 mai 2017.

Le 20 septembre 2017, l'OAI a fait valoir que la traduction produite ne correspondait pas en tout point au rapport original du 8 mai 2017, certains passages ayant été ajoutés, d'autres supprimés. En outre, les rapports d'examen effectués en 2017 n'avaient toujours pas été versés au dossier.

Le 19 décembre 2017, l'OAI a fait suivre à la Cour de céans deux rapports du Dr K._____ au Dr G._____ des 6 octobre et 6 novembre 2017 que lui avait adressés directement le neurologue.

Le 15 février 2018, la recourante a encore produit trois photographies.

Le 7 mars 2018, l'OAI a expliqué avoir soumis les trois photographies ainsi que les rapports des 6 octobre et 6 novembre 2017 du Dr K._____ à la Dresse H._____ du SMR, laquelle avait relevé, dans son avis du 6 mars 2018, que les pièces nouvellement versées au dossier n'apportaient aucun élément clinique objectif nouveau, les pathologies mises en exergue par le Dr K._____ étant connues de longue date. Un ultrason de la thyroïde avait également déjà été réalisé en 2015. Cela étant, la Dresse H._____ estimait que, faute d'élément nouveau, l'avis du SMR du 7 juillet 2017 restait valable. Sur la base de ces éléments, l'OAI a proposé le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles

contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. 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).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c p. 417, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 21 janvier 2015.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs, puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour les maladies psychiques (TF 8C_841/2016 et 130/2017 du 30 novembre 2017, renvoyant à l'ATF 141 V 281).

c) La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de

certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. La présomption, selon laquelle ces syndromes pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées devra être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurées, au moyen d'indicateurs, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini (ATF 141 V 281). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, ou d'un autre des troubles apparentés tels que la fibromyalgie, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2). Le Tribunal fédéral a précisé qu'une exagération des symptômes par l'assuré ne doit pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé assurée. Cela ne doit être possible que si, dans le cas concret, il découle de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédomine de manière significative, et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Il faut en outre que l'exagération ne soit pas la conséquence d'un diagnostic psychiatrique indépendant (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour

prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour

remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité loc. cit. ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont 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'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent 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 avis 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 (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées).

5. a) Dans le cas d'espèce, se fondant principalement sur le rapport d'expertise de la Dresse U. _____ du 26 novembre 2015, auquel la Dresse H. _____ s'est ralliée, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et disposait d'une pleine capacité de travail.

La recourante conteste ce point de vue, estimant que les conclusions de la Dresse U. _____ ne sont pas probantes, l'experte ayant manqué d'objectivité et de respect à son égard. La recourante soutient que la conjonction de ses différentes atteintes à la santé conduit à une incapacité à exercer une activité et qu'une nouvelle expertise s'impose.

b) Dans son rapport d'expertise du 26 novembre 2015, la Dresse U. _____ a retenu les diagnostics de :

- fibromyalgie,
- lombalgies L5-S1, discopathie minime non compressive sur les racines ; canal lombaire étroit L1-L2, L2-L3 sans retentissement radiculaire ; discopathies pluri-étagées au niveau L4-L5 avec protrusion discale circonférentielle discrètement plus importante à droite sans conflit radiculaire. Légère arthrose articulaire postérieure aux niveaux L4-L5 et L5-S1,
- discopathie C5-C6 non décompensée,
- déconditionnement musculaire global.

La Dresse U._____ a estimé que ces atteintes restaient sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée et celle d'exécuter les tâches ménagères, précisant que l'examen physique n'avait mis en évidence aucune limitation fonctionnelle des quatre membres et aucune évidence de limitation au niveau des cervicales et lombaires. Dans le cadre de l'anamnèse, la Dresse U._____ a d'ailleurs relevé que l'assurée exécutait les tâches ménagères lorsqu'elle se sentait bien. Elle les faisait un peu tous les jours, en fractionnant les tâches. Si elle aspirait, elle ne lavait pas le sol le même jour. Elle passait l'aspirateur chaque deux à trois jours. Elle nettoyait la cuisine et la salle de bains si elle se sentait bien. Elle était en outre aidée par ses filles pour le changement des draps de lit et pour le repassage. Son fils l'aidait à descendre et remonter le linge de la buanderie une fois par semaine. La Dresse U._____ a en outre pris note du fait que l'assurée préparait les repas et qu'elle chargeait de lave-vaisselle, qui était ensuite vidé par son fils. Enfin, elle faisait rarement les vitres et effectuait les courses avec son mari. On relèvera à cet égard que le fait que l'assurée recourt dans une certaine mesure à l'aide de ses proches ne suffit pas à conclure qu'elle subit une invalidité au plan ménager. En effet, de jurisprudence constante, les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2 et I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). On notera dès lors d'ores et déjà que c'est sans fondement que le Dr K._____ justifie l'incapacité au ménage par le fait que l'assurée bénéficie de l'aide de ses proches pour six tâches ménagères.

De l'avis de l'experte, en l'absence de limitations fonctionnelles, l'assurée ne présente pas d'incapacité au plan rhumatologique. Quant à la fatigue liée à la maladie coeliaque avec malabsorption (hypovitaminoses), la ferritine basse, l'hypothyroïdie après thyroïdite, elles avaient pu transitoirement induire un empêchement au ménage, mais elles étaient curables et n'engendraient pas d'incapacité à long terme. En définitive, elle estimait que l'exigibilité était entière.

Force est de constater que le rapport de la Dresse U. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et qu'il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à le remettre sérieusement en cause. L'experte a procédé à une étude circonstanciée de la situation de la recourante, dont elle a pris en compte les plaintes de façon détaillée (cf. rapport d'expertise p. 12 à 14). Elle a dressé une riche anamnèse par système (cf. rapport d'expertise p. 7 à 12) puis effectué un examen clinique particulièrement fouillé, en prenant en considération l'ensemble des éléments au dossier. Son appréciation de la situation médicale et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Son rapport d'expertise est ainsi probant.

c) Aucun des griefs soulevés par la recourante ne permet d'aboutir à une conclusion différente.

C'est ainsi tout d'abord sans fondement que l'assurée allègue que la Dresse U. _____ a manqué d'objectivité et de respect à son égard. Constitue à son sens un manque d'objectivité le fait que l'experte a relevé des incohérences dans ses déclarations et a mis en doute certains de ses propos. Or, la Dresse U. _____ a décrit précisément et motivé avec soin ce qu'elle considérait comme des incohérences dans le comportement et les affirmations de l'assurée. L'experte a ainsi notamment relevé que bien qu'elle évalue l'intensité de ses douleurs entre 4,5 et 10 sur 10 sur l'échelle EVA, et 7 au jour de l'expertise, ce qui est somme toute conséquent, l'assurée reste particulièrement floue dans la description des topographies douloureuses. De même, interrogée sur les empêchements au ménage, l'assurée n'a pas donné d'exemples d'activités irréalisables, à part la difficulté rencontrée lorsqu'il s'agit de déplacer une chaise. Lors de l'examen de sa mobilité dorso-lombaire par un test de Schober, l'assurée a refusé de se pencher en avant, se limitant à ébaucher le mouvement. Pourtant, elle venait de se déshabiller en délordose sur la chaise en croisant un membre inférieur alternativement sur le genou opposé pour enlever ses chaussettes et ses chaussures. Elle avait également ramassé ses chaussettes et chaussures afin de les remettre. De même, lors de l'examen de sa mobilité cervicale, l'assurée a montré une limitation

correspondant à une distance menton sternum située entre 3 et 14 cm, alors qu'en ramassant spontanément une radiographie par terre, elle avait collé le menton à la poitrine. A la palpation, l'assurée se plaignait et gémissait, sans que l'experte ne sente de contracture métamérique. L'experte a également relevé une mauvaise collaboration de l'assurée, qui a régulièrement refusé certains tests ou montré des limitations importantes lors de leur réalisation, pour finir par les exécuter correctement sur insistance de l'experte, et souvent sans même signaler de douleurs. La Dresse U._____ a également mis en avant de manière convaincante une importante discordance entre les prises de Dafalgan annoncées par la recourante et son historique pharmaceutique. Sur la base des informations obtenues de l'époux et de l'historique pharmaceutique, la Dresse U._____ a acquis la conviction que la consommation de l'intéressée se situait entre 1 et 2 comprimés par jour, même en tenant compte des comprimés remis par l'époux, au lieu des 4 à 5 comprimés annoncés par l'intéressée. C'est d'ailleurs ce qui s'était vérifié le jour de l'expertise, puisque l'assurée avait annoncé avoir pris deux comprimés de Dafalgan depuis la veille de l'expertise, soit un à 6 heures et un à 23 heures, ce qui restait fort peu dès lors qu'elle indiquait souffrir de douleurs de 7 sur 10 ce jour-là. Confrontée à son historique pharmaceutique et à la démonstration de l'experte, la recourante avait toutefois persisté dans ses allégations. L'experte en a conclu de manière justifiée que l'assurée ne la renseignait pas correctement. De même, elle a à juste titre estimé qu'une prise si réduite d'antalgique n'était pas cohérente pour une assurée qui prétendait souffrir de douleurs allant jusqu'à une intensité de 10 sur 10, et que cela remettait sérieusement en cause l'intensité des douleurs annoncées. Enfin, la Dresse U._____ a signalé avoir observé l'assurée lorsqu'elle avait quitté son cabinet et relevé qu'elle était descendue les escaliers assez vite, qu'elle avait ouvert elle-même la lourde porte de l'immeuble en devançant son mari, puis qu'elle avait marché normalement dans la rue. Contrairement à ce que soutient l'assurée, en se prononçant de la sorte, la Dresse U._____ est restée dans le cadre de l'expertise, qui a notamment pour vocation d'indiquer si l'expertisé adopte une attitude démonstrative, ou encore peine à décrire les douleurs dont il allègue souffrir. Le fait que l'experte

ait mis en doute la véracité de certaines réponses de l'assurée ne suffit pas à conclure qu'elle lui a manqué de respect. La Dresse U. _____ s'est employée à motiver précisément et à documenter chacune de ses prises de position lorsqu'elle se distançait des informations fournies par la recourante, ou des apparences que l'intéressée donnait au travers de son comportement.

Ensuite, on suit mal l'assurée lorsqu'elle fait grief à l'intimé d'avoir convoqué un interprète pour la tenue de l'expertise, dans la mesure où il est établi qu'elle comprend le français mais s'exprime avec difficulté dans cette langue. Le recours à un interprète était au contraire favorable à l'assurée, notamment afin de garantir une retranscription fidèle de ses propos. On peine également à saisir ce que la recourante entend lorsqu'elle affirme dans son complément au recours que l'experte n'aurait pas tenu compte de ses « composantes techniques ». Il ressort bien plutôt de l'expertise que le travail réalisé par la Dresse U. _____ a été élaboré avec soin, et que cette spécialiste a intégré à son appréciation les paramètres de nature plus technique, comme les données radiologiques, l'historique pharmaceutique, ou encore les examens de laboratoire. On relèvera encore que quoi qu'en dise la recourante, la Dresse U. _____ a bien évalué sa situation dans sa globalité, en procédant en particulier à une riche anamnèse ainsi qu'à un examen clinique complet (général, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, urogénital, neurologique et ostéo-articulaire).

L'assurée allègue ensuite une fatigue en lien avec la tenue du ménage, qu'elle attribue au fait qu'elle a élevé les trois enfants de son époux veuf, ainsi que les deux enfants du couple. Cet argument n'est toutefois pas convaincant. Les enfants du couple sont en effet nés en 199 [...] et 200 [...], si bien que le plus jeune d'entre eux avait plus de 15 ans au moment de l'expertise. Or il est constant que des enfants adolescents ne requièrent pas une surveillance permanente ou accrue, contrairement à de petits enfants. Au contraire, ils sont autonomes et peuvent déjà contribuer aux tâches ménagères dans une certaine mesure, ce qu'ils font d'ailleurs dans le cas d'espèce. En outre, aux dires de l'assurée qui se sent

fière de leur réussite, ils vont bien et ne lui posent pas de soucis, travaillant seuls et bien dans le cadre de leurs études (école obligatoire et gymnase). Quant aux enfants de l'époux, âgés respectivement de 27, 26 et 23 ans au moment de l'expertise, ils avaient déjà quitté le foyer depuis plusieurs années, l'aîné s'apprêtant à devenir père. On rappellera d'ailleurs à cet égard que la jurisprudence a souligné que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a). Quoiqu'il en soit, la requérante s'est plainte de fatigue dans le cadre de l'expertise et l'experte a dûment pris en compte cette composante dans le cadre de son appréciation globale de la situation. Elle a notamment retenu, de manière fondée, que l'assurée pouvait fractionner l'exécution de ses tâches ménagères tout au long de la journée et profiter ainsi de se reposer entre deux. Elle a également émis des recommandations à l'attention du médecin traitant pour éviter les hypovitaminoses et les baisses de ferritine.

Quant à l'état dépressif allégué par la recourante, il y a lieu de constater que lors de la réalisation de l'expertise, aucun suivi au plan psychique n'était en cours, pas plus que lorsqu'a été rendue la décision attaquée. Aucun diagnostic d'ordre psychique n'a été posé dans les règles de l'art par un spécialiste en psychiatrie et fondé sur un système de classification reconnu, comme l'exige la jurisprudence. Seul le Dr K._____ a avancé une atteinte au plan psychique, qu'il a qualifiée de « dépression réactive ». Son diagnostic ne saurait être retenu, dans la mesure où il n'est pas posé dans les règles de l'art ni motivé, et que le Dr K._____ est neurologue, et non psychiatre. Une atteinte au plan psychiatrique ne peut dès lors être valablement retenue. A cela s'ajoute que l'experte a constaté que la recourante trouvait que sa vie familiale est bonne avec son conjoint et ses enfants, ajoutant que « dans sa famille tout va bien ». Elle a expliqué être proche de l'une de ses belles-sœurs, qu'elle rencontre quotidiennement, les deux femmes se rendant visite alternativement, soit chez l'assurée, à [...], soit au domicile de sa belle-sœur, à [...]. L'assurée lit également environ 3 heures par jour, en albanais, et sort en promenade avec son mari. Le samedi précédent l'expertise, elle s'était rendue en ville avec son fils pour lui acheter des vêtements et le dimanche après-midi, ils étaient allés boire un café chez leur fille à [...]. Ces éléments ne dénotent pas d'une atteinte au plan psychique invalidante et témoignent au contraire de bonnes ressources de l'assurée.

En réplique, la recourante s'interroge encore sur la question de savoir si une expertise neurologique n'aurait pas été plus appropriée qu'une expertise rhumatologique. Or, les troubles neurologiques ont été exclus par la Dresse B._____, qui a conclu à un examen neurologique normal (cf. rapport du 20 juin 2014 au Dr G._____). Dans le cadre de l'expertise, la Dresse U._____ a également procédé à un examen neurologique et conclu à l'absence de déficit. Elle a en particulier constaté que l'examen des nerfs crâniens s'était révélé en ordre. Les membres supérieurs présentaient une trophicité symétrique avec des mesures de volumes complètement symétriques des deux bras et avant-bras. Les tests de force au Mingazzini étaient tenus. S'agissant des tests de force

métamérique contre résistance, la Dresse U._____ avait constaté que l'assurée faisait preuve d'une mauvaise collaboration, avec des lâchages au début, mais que par la suite, après sollicitation verbale, elle avait exécuté correctement les manœuvres, hormis pour la force de serrage du poignet et la force de pince pouce-index où elle n'avait manifestement pas donné le maximum. Le tonus était normal et les réflexes ostéotendineux normovifs et symétriques. La sensibilité tactile était respectée sur tous les membres supérieurs. L'épreuve doigt-nez les yeux fermés était correcte ce qui permettait de conclure à une sensibilité profonde respectée. Les manœuvres cérébelleuses étaient également en ordre. L'assurée ne présentait pas de signe de Tinel aux poignets et aux coudes. L'experte a constaté qu'elle se plaignait de douleurs là où elle percutait, mais ne décrivait pas de paresthésies. Le test de Phalen était au demeurant négatif ; l'assurée avait rechigné, mais n'avait pas décrit de paresthésies dans les premiers doigts. Au niveau des membres inférieurs, la Dresse U._____ a observé un déconditionnement musculaire global et non pas radiculaire. Les réflexes ostéotendineux étaient normovifs et symétriques. La sensibilité distale tactile était correcte. Le test de Romberg était tenu sans déstabilisation, ce qui démontrait une sensibilité profonde respectée. Le test de Lasègue direct et le rétro-Lasègue donnaient des résultats négatifs ; ils n'avaient mis en évidence aucun soulèvement des fesses de la table, ce qui aurait été le cas s'il avait existé une irradiation radiculaire. Il n'y avait pas de douleur à l'émergence au niveau du fessier des racines L5 et S1 en parasacrée. La manœuvre talon-genou avait été exécutée sans problème, et le test de Babinski avait donné un résultat négatif, plaidant en faveur de l'absence d'atteinte neurologique. La Dresse U._____ avait également constaté une absence d'amyotrophie sectorisée des muscles intrinsèques des mains ; elle en a conclu qu'il n'y avait pas d'atteinte chronique dans les territoires cubital et médian, donc a priori pas de signe pour un syndrome du tunnel carpien. L'experte a rappelé à cet égard que comme il n'y avait pas de troubles sensitifs au niveau des mains, que les cinq doigts étaient perçus de la même manière, il n'y avait pas non plus d'atteinte conséquente dans le territoire cubital. Seul le Dr K._____ a fait état d'une polyneuropathie des membres inférieurs depuis février 2015. Il n'a

toutefois pas motivé en quoi cette atteinte serait sévère au point d'impliquer une réduction de la capacité d'assumer les tâches ménagères, classant cette atteinte tantôt dans les diagnostics incapacitants (cf. rapport du 1^{er} avril 2015), tantôt dans les diagnostics restant sans effets sur la capacité de travail (cf. rapports des 8 mai 2017 et 29 août 2017). C'est le lieu de relever que les rapports du Dr K. _____ ne permettent pas de remettre en cause valablement les conclusions de l'experte, qui en a d'ailleurs largement tenu compte dans son rapport. Particulièrement confus, tant dans leur version allemande que française, ils ne sont pas clairs ni motivés, et contiennent des contradictions, notamment sur l'impact incapacitant des atteintes. Le médecin n'apporte rien qui permette d'établir les très nombreux diagnostics de manière objective ni qui explique en quoi et dans quelle mesure ils porteraient atteintes à la capacité ménagère de sa patiente. Sa détermination sur les limitations fonctionnelles de l'assurée n'est pas convaincante. Il n'apparaît en effet nullement vraisemblable que l'assurée soit atteinte de limitations fonctionnelles totales (le Dr K. _____ a systématiquement coché la case « non » à la question de savoir quels travaux sa patiente était encore capable de réaliser, incluant les activités assise, debout, en positions alternées, en marchant, en se penchant, accroupie, à genoux, les bras au-dessus de la tête, etc.), compte tenu des activités qu'elle décrit faire concrètement dans sa vie quotidienne. Les rapports du Dr K. _____ ne sont dès lors pas susceptibles de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise de la Dresse U. _____.

La Dresse B. _____ n'apporte pour sa part aucun élément qui justifierait de s'écarter des conclusions de la Dresse U. _____. Outre le fait qu'elle a elle aussi exclu toute atteinte neurologique, elle a retenu des rachialgies diffuses, une asthénie, des cervicalgies, une dysthyroïdie, des troubles digestifs ainsi que des céphalées. Elle n'a ainsi fait état d'aucune atteinte significative qui aurait été ignorée de l'experte. La Dresse B. _____ a en outre estimé que les imageries réalisées les 27 février, 11 juin et 23 juin 2014 étaient plutôt rassurantes et confirmaient des lésions tout à fait débutantes. Dans son rapport du 25 septembre 2014 au Dr G. _____, elle observait une légère amélioration. Elle signalait que

l'assurée présentait des tensions assez globales, mais pas de souffrances aiguës électives, si ce n'était au niveau lombo-sciatalgiques droit, en raison d'un faux mouvement récent. Elle relevait que l'assurée préparait seule les repas et qu'elle tentait d'être parfaitement autonome pour la plupart des activités, tout en étant partiellement aidée pour les courses et une partie du ménage, ce qui correspond aux constatations faites par la Dresse U._____ à cet égard. La Dresse B._____ précisait aussi que l'assurée avait reçu un traitement migraineux de ses médecins traitants, qu'elle n'avait toutefois pas mis en œuvre, ce que la Dresse U._____ avait également relevé. Le 18 juin 2015, la Dresse B._____ a fait état d'une situation rassurante : le dernier contrôle biologique n'avait pas montré d'anomalie très particulière (absence de syndrome inflammatoire ; pas de tendance anémique ; bilan glucidique, métabolisme calcique, taux d'acide urique, lipasémie, fonctions rénales normaux ; bilan lipidique très légèrement perturbé ; très légère élévation des ALAT non significative). La Dresse B._____ ne s'est pas prononcée sur la question de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, mais les éléments qu'elle retient ne diffèrent pas de manière significative de ceux retenus par la Dresse U._____, qui a d'ailleurs intégré dans son rapport les conclusions de la rhumatologue traitante.

C'est en définitive de manière fondée par la Dresse U._____ a conclu à des atteintes du rachis légères, insuffisantes pour induire une incapacité de travail ou une incapacité au ménage (cf. également IRM lombaire du 21 mai 2015 et radiographie cervicale dorsale et lombaire du 26 avril 2016, concluant notamment à l'absence de contraintes radiculaires et à des atteintes du rachis légères ou tout au plus modérées). L'experte convainc également lorsqu'elle estime que la fibromyalgie diagnostiquée n'est pas invalidante. L'assurée présente des atteintes somatiques légères, n'impliquant pas de limitation fonctionnelle dans l'exécution des tâches ménagères. Sa vie sociale et familiale est riche et préservée, de sorte qu'on peut lui reconnaître des ressources certaines. Elle a également fait preuve d'une majoration des plaintes dans le sens où l'entend la jurisprudence. Comme développé ci-dessus, l'experte a constaté une discordance entre les douleurs décrites et le comportement

observé ; l'assurée s'est montrée très démonstrative et a allégué d'intenses douleurs dont les caractéristiques sont demeurées vagues, et alors même que la médication consommée restait légère, sans cohérence avec l'importance des douleurs alléguées. L'exagération a été clairement établie par l'experte, de sorte qu'on peut retenir qu'elle prédomine de manière significative et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif, et qui n'est pas la conséquence d'un diagnostic psychiatrique indépendant. Compte tenu de ces éléments, et après examen de la situation de la recourante à la lumière des principes retenus par le Tribunal fédéral, il y a lieu de suivre la Dresse U. _____ lorsqu'elle estime que la fibromyalgie n'est pas incapacitante.

C'est ainsi de manière convaincante que le SMR, dans son avis du 7 juillet 2016, a estimé que les pièces médicales produites dans le cadre de la procédure d'audition n'apportaient aucun élément nouveau par rapport à ceux qui figuraient dans les rapports d'imagerie des 11 juin 2014 et 27 février 2014, ainsi que dans les rapports de la Dresse B. _____ des 20 juin 2014 et 3 février 2015, dont la Dresse U. _____ avait tenu compte dans son expertise. Comme observé à juste titre par la Dresse H. _____ le 7 juillet 2016, les plaintes douloureuses étaient déjà présentes lors de l'expertise ; la Dresse U. _____ en a tenu compte et s'est prononcée à leur égard. De même, le 6 mars 2018, la Dresse H. _____ était fondée à considérer qu'aucun des éléments apportés par la recourante en recours n'était de nature à remettre en cause les conclusions du SMR du 7 juillet 2016. En particulier, la Dresse H. _____ a relevé à juste titre que le vertige évoqué par le Dr K. _____ est connu depuis 2003, l'anémie depuis 2002, la substitution de l'hormone thyroïdienne et la surveillance de la thyroïde depuis 2013, un ultrason de thyroïde ayant déjà été fait en 2015, et que dès lors, ces éléments avaient été pris en compte par la Dresse U. _____ et par le SMR le 7 juillet 2016.

d) En définitive, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des constatations de la Dresse U. _____ et des conclusions du SMR. Il sied ainsi de retenir comme établi au degré de la vraisemblance

prépondérante que l'assurée ne présente aucune limitation dans l'exécution des tâches ménagères et que l'exigibilité à cet égard est entière.

6. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête de nouvelle expertise formulée par la recourante. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et

doivent être mis à la charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause.

c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer des dépens, la recourante ayant été déboutée de ses conclusions (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 11 novembre 2016 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 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 :

- Me Paul-Arthur Treyaud (pour la recourante),
- 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 :