

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
 Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourante, représentée par Me Julien Lanfranconi,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. M. _____, née en 1960, aide-soignante dans un établissement médico-social jusqu'en 2004, a déposé le 2 février 2010 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Selon le questionnaire 531bis rempli le 11 février 2010 par l'assurée, celle-ci a indiqué qu'elle travaillerait à 100 % en qualité d'aide-soignante pour des raisons financières, si elle était en bonne santé.

Selon un rapport médical du 3 mars 2010 du Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale, les diagnostics étaient les suivants :

« - Douleurs rachidiennes dans le cadre des troubles somatoformes douloureux persistants [existants depuis 2004] ;
- Etat dépressif, épisode actuel moyen à léger. »

S'agissant de l'anamnèse, le Dr P. _____, qui suit l'assurée depuis mars 2009, a expliqué que sa patiente présentait des douleurs lombaires chroniques avec des épisodes de blocage fréquents et qu'elle était sous traitement pour un état dépressif chronique. Un scanner lombaire de 2004 montrait une discopathie protrusive L5-S1, une absence de conflit radiculaire et des dimensions canalaire normales. Le pronostic était défavorable car l'assurée était fixée sur ses douleurs avec une tendance de cristallisation de sa situation. La capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée sans sollicitation de la colonne vertébrale.

En réponse à des questions posées par un médecin du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), le Dr P. _____ a écrit, le 10 juin 2010, que l'assurée était suivie par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis avril 2010, d'abord une fois par semaine et actuellement deux fois par mois. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, le Dr P. _____ a indiqué des douleurs avec une limitation de la mobilité de la colonne lombaire, des épaules et des coudes dans le cadre des troubles somatoformes douloureux persistants. L'état

dépressif était d'intensité moyenne à légère et, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 %.

Dans un rapport du 11 février 2011, le Dr G. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (stupeur dépressive) existant depuis 2004. S'agissant du constat médical, le Dr G. _____ a exposé que l'assurée était une femme avec humeur dépressive et avec une diminution marquée de l'intérêt pour les activités habituellement agréables. Elle était fatiguée, avait une perte de confiance, une grande diminution de la concentration, un ralentissement psychomoteur, une perturbation du sommeil (réveil précoce) et une diminution marquée de l'appétit.

Dans un rapport du 23 mars 2011, le Dr Y. _____, spécialiste en médecine interne générale, a expliqué qu'il avait suivi l'assurée de façon épisodique de 2004 à 2006. L'assurée l'avait consulté une première fois le 4 février 2004 en raison d'une sciatalgie droite qui avait récidivé en août 2004. En septembre 2004, la clinique s'était totalement amendée permettant une reprise du travail à 100 % dès le 27 septembre 2004. En octobre 2004, l'assurée avait consulté le Dr Y. _____ en raison d'un épisode de bronchopneumonie. En décembre 2004, l'assurée avait été hospitalisée en raison d'une péricardite d'évolution banale. Elle avait consulté à nouveau le Dr Y. _____ en juin 2005, juillet 2005 et septembre 2005 en raison de maux de dos et de surinfection bronchique. La dernière consultation avait eu lieu le 10 novembre 2006 et le Dr Y. _____ n'avait plus eu de nouvelles de l'assurée depuis lors.

Dans une enquête économique sur le ménage du 6 septembre 2011, l'enquêtrice de l'OAI a estimé qu'il était justifié d'admettre un statut de personne active à 100 %.

Dans un rapport du 11 novembre 2011, le Dr P. _____ a écrit que l'état de santé de la patiente était stationnaire. En ce qui concernait le constat médical, le Dr P. _____ faisait état de douleurs dorso-lombaires avec irradiation dans les membres inférieurs avec blocage lombaire

fréquent. Ces douleurs étaient exacerbées à la marche et à la mobilisation de la colonne lombaire. Il n'y avait pas de déficit neurologique. La patiente se plaignait également de troubles du sommeil et son discours était centré sur des douleurs rachidiennes et articulaires. La capacité de travail était de 50 % à raison de quatre heures par jour sans solliciter la colonne lombaire.

Dans un rapport du 13 février 2012, le Dr G._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen chronique existant depuis 2004. Il a expliqué avoir constaté depuis le dernier rapport une légère amélioration qui ne permettait pas toutefois à la patiente de sortir de la dépression et qui suggérait la chronicisation de celle-ci. Le pronostic était mauvais, l'assurée souffrant d'une dépression chronique depuis 2004. Le Dr G._____ précisait qu'une activité adaptée à 20 % était possible dès le 1^{er} février 2012.

Un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été organisé au SMR et pratiqué le 11 juin 2012 par le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, et par la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de ces médecins du 3 septembre 2012 se terminait ainsi :

« DIAGNOSTICS

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

- LOMBOSCIATALGIES GAUCHES, NON IRRITATIVES, NON DÉFICITAIRES, DANS UN CONTEXTE DE PROTRUSION PARAMÉDIANE GAUCHE EN L5-S1. M54.4
- EPISODE DÉPRESSIF SÉVÈRE AVEC SYMPTÔME PSYCHOTIQUE EN RÉMISSION.

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

- AUCUN SUR LE PLAN RHUMATOLOGIQUE
- DYSTHYMIE D'INTENSITÉ LÉGÈRE F34.1

APPRÉCIATION DU CAS

Lors de l'entretien, Madame M._____ décrit sa dernière activité professionnelle d'aide-soignante réalisée en fait 8 ans à temps complet, jusqu'en 2004, date de son licenciement. Il s'agit d'une activité physiquement modérément contraignante pour le rachis, en

raison de l'aide aux transferts à prodiguer aux pensionnaires de l'EMS et des attitudes en porte-à-faux.

Nous n'avons pas de descriptif précis des arrêts de travail datant de 2004 ; selon le rapport médical du 23 mars 2011 du Dr Y._____, l'assurée a été très vraisemblablement en arrêt de travail d'août 2004 au 27 septembre 2004, à ce moment-là le Dr Y._____ atteste d'une reprise à 100%. Nous n'avons pas le rapport de l'employeur à disposition pour connaître les arrêts de travail, ni la date exacte du dernier jour de travail. Ultérieurement, le Dr P._____, nouveau médecin traitant atteste d'une incapacité de travail rétroactive depuis 2004 comme aide-soignante, alors qu'il suit l'assurée depuis le 18 mars 2009.

Sans orienter l'assurée, Madame M._____ annonce spontanément en premier lieu une problématique lombaire avec une irradiation au MIG ; aux dires de Madame M._____, l'irradiation a toujours été à G ; il s'agit vraisemblablement d'une erreur de côté dans le rapport médical du 23 mars 2011 du Dr Y._____ qui décrit une sciatgie D. Les douleurs décrites par l'assurée sont de type mécanique, l'irradiation évoque l'implication potentielle de la racine S1 avec une douleur qui finit à la face postérieure du mollet. Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur.

Depuis 1 ½ an, l'assurée ressent des douleurs diffuses le matin au réveil comme si elle avait été battue ; elle précise les plaintes en annonçant qu'elle ressent des douleurs dans les os, plus spécifiquement au niveau des avant-bras et des bras, même au repos. En parallèle, l'assurée annonce des paresthésies diffuses au niveau des doigts. Ces éléments anamnestiques nous font suggérer une éventuelle fibromyalgie associée.

Malgré la durée des symptômes, Madame M._____ n'a jamais eu de consultation ostéoarticulaire ou rhumatologique ; elle n'a pas eu de nouveau bilan radiologique depuis le CT-Scan lombaire demandé par le Dr Y._____ en 2004.

Madame M._____ prend régulièrement le matin un traitement anti-inflammatoire de diclofenac et de façon quotidienne un traitement antalgique simple de paracétamol. Elle a des épigastralgies, elle doit prendre un traitement protecteur de son estomac. Nous conseillons au médecin traitant de se retirer avec les anti-inflammatoires et de les garder pour les décompensations aiguës. Si nécessaire, le traitement de paracétamol peut être complété avec un opiacé léger. Les myorelaxants ne sont pas reconnus pour le traitement des lombalgies chroniques et induisent par ailleurs des effets secondaires type vigilance.

Malgré les symptômes annoncés, l'assurée est capable d'effectuer en très grande partie son ménage, elle fractionne les tâches.

L'examen clinique montre une femme de 52 ans en bon état de santé générale, avec un poids normal L'examen de médecine interne est sans particularité

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs, il exclu (sic) également un syndrome du tunnel carpien.

Au niveau articulaire périphérique, nous avons 6 points de Smythe positifs sur 18. Le nombre de points est insuffisant pour retenir une

fibromyalgie. Nous n'avons pas de piste à l'examen clinique pour un rhumatisme inflammatoire.

Alors que l'assurée n'annonce pas spontanément de plaintes, nous trouvons un syndrome rotulien gauche avec une manoeuvre du rabet positive. Cette particularité n'empêche pas l'assurée de s'accroupir en amplitude complète, elle annonce alors ressentir une douleur lombaire ; cela ne l'empêche pas non plus de descendre les escaliers sans difficulté à l'examen de ce jour. Il n'est pas non plus mentionné dans le dossier que l'assurée a des problèmes au niveau des genoux. Cette trouvaille clinique n'est pas considérée comme incapacitante.

Au niveau du rachis, Madame M. _____ a de légers troubles statiques avec une scoliose dorsale moyenne gauche. Elle n'a pas d'attitude antalgique au niveau du tronc. Comme le mentionne le Dr P. _____ dans son rapport médical du 3 mars 2010, l'assurée a une mobilité complète du tronc en flexion avec un indice de Schober de 5 cm ; elle est limitée d'un tiers en extension ; elle a des douleurs dans les deux directions ne permettant pas de s'orienter vers un problème discal ou articulaire postérieur. Seule la palpation appuyée est douloureuse sur l'étage L5 connu pour une discopathie ; l'assurée n'a pas de contracture paravertébrale. Nous excluons un syndrome rachidien lombaire. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux.

A relever quelques incohérences dans l'examen clinique, telle une marche qui fluctue au cours de l'examen ou encore une discordance entre la force de préhension normale lorsque l'assurée serre les doigts de l'examineur et une force de préhension effondrée au dynamomètre à gauche. Il s'agit d'autolimitations.

L'assurée vient avec un dossier radiologique peu conséquent du système locomoteur. Nous avons des clichés de 1995 montrant un début d'uncarthrose au niveau cervical en C6-C7, diminuant légèrement le trou de conjugaison gauche. Lors de l'entretien de ce jour, l'assurée ne se plaint pas de cervicalgies, elle n'a par ailleurs aucun signe de compression de l'éventuelle racine C7 gauche, la mobilité cervicale est dans les normes.

Le seul examen du rachis lombaire à disposition est un CT-Scan de février 2004 demandé par le Dr Y. _____ pour un syndrome lombovertebral à prédominance gauche. Cet examen montre une protrusion paramédiane gauche, sans conflit radiculaire, localisée en L5-S1. Les autres étages sont sans particularité.

En conclusion, Madame M. _____ présente une lombosciatalgie gauche, non irritative, non déficitaire, avec une symptomatologie ayant débuté en 2004, ayant nécessité à l'époque des arrêts de travail limités dans le temps alors qu'elle travaillait comme aide-soignante. Le descriptif du cas par le Dr P. _____ est ambivalent : d'un côté, il annonce des douleurs rachidiennes dans le cadre d'un trouble somatoforme c'est-à-dire sans pathologie organique et d'un autre côté, il met en avant le fait qu'un CT-Scan lombaire en 2004 ait montré une discopathie en L5-S1 ; il annonce une fois une mobilité de la colonne lombaire normale en mars 2010 plus tard une mobilité restreinte de la colonne lombaire. Nous n'avons pas de consultation spécialisée à disposition permettant d'avoir une appréciation plus précise, et surtout une appréciation concernant l'évolution des symptômes sous traitement. Nous ne pouvons

exclure que la protrusion paramédiane G visible sur le CT-Scan de 2004 participe en partie aux douleurs ressenties par l'assurée. La remise en situation sur le plan professionnel dans une activité physiquement contraignante est à risque de décompenser cette discopathie. Nous retenons dès lors que l'activité d'aide-soignante n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assurée. Nous retenons des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. L'exigibilité est par contre complète sur le plan somatique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 50 ans, originaire de Serbie, qui a travaillé comme aide-soignante dans un EMS jusqu'à fin 2004. Elle présente des douleurs chroniques accompagnées progressivement d'une symptomatologie anxio-dépressive qui nécessite une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis le 15 février 2010.

Dans le rapport médical du 11 février 2011, le psychiatre traitant le Dr G._____ retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (stupeur dépressive) et atteste une incapacité de travail à 100% dès le début du traitement. Grâce à la psychothérapie et au traitement médicamenteux psychotrope mis en place, l'état de l'assurée s'améliore et, dans le rapport médical du 13 février 2012, le Dr G._____ retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen chronique ; selon lui, une activité adaptée est possible seulement depuis le 1^{er} février 2012 en raison de manque de concentration, oublis, perte de confiance.

Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

A l'examen clinique de ce jour, nous n'avons pas objectivé d'humeur dépressive, de manque de concentration, d'oubli, de perte de confiance, de manque d'énergie, de fatigue.

Sur la base de notre observation clinique, le diagnostic d'épisode dépressif moyen est en rémission complète et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail. Selon la CIM-10, le diagnostic d'épisode dépressif moyen repose sur la présence d'au moins 2 des 3 symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité associée à au moins 3 et de préférence 4 autres symptômes dépressifs. Or, dans le cas de Madame M._____, l'humeur est très légèrement déprimée, l'évolution est décrite comme fluctuante avec des périodes de quelques jours quand elle se sent bien mais la plupart du temps elle se décrit comme déprimée. Tout lui coûte et rien ne lui est agréable. Par conséquent, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La dépression ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant car l'assurée est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée, l'amélioration objectivée à l'examen clinique de ce jour est située il y a trois mois environ.

La structure de personnalité dépendante ne veut pas dire trouble de la personnalité, diagnostic qui n'a pas été retenu. Par structure de personnalité, on entend une organisation psycho-dynamique particulière faisant référence à la théorie psychanalytique. Des structures de personnalité peuvent en fait parfaitement sous-tendre des fonctionnements adaptés et une pleine santé psychique.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Nous n'avons pas retenu non plus le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Par conséquent, suite à une amélioration sur le plan psychiatrique, l'épisode dépressif moyen décrit par le psychiatre traitant est en rémission et nous avons retenu le diagnostic de dysthymie d'intensité légère, qui ne justifie plus une diminution de la capacité de travail.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, Madame M. _____ présente une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles psychiatriques et ceci depuis début avril 2012.

Limitations fonctionnelles

Rachis lombaire . pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de position assise prolongée au-delà de 90 min (cf durée de l'entretien psychiatrique), pas de position debout prolongée au-delà de 30 minutes, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas de port de charges occasionnelles de plus de 10 kg, répétées de plus de 5 kg.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

La démotivation, l'absence de formation professionnelle, les difficultés financières ne font pas partie du domaine médical.

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

Une incapacité de travail durable est attestée par le Dr P. _____, qui prend en charge l'assurée depuis le 18 mars 2009. Auparavant, comme mentionné plus haut, les arrêts de travail prescrits par le Dr Y. _____, ancien médecin traitant ont été limités dans le temps. Il n'est pas possible de retenir un arrêt de travail depuis 2004, c'est-à-dire de façon rétroactive. Nous retenons comme date d'incapacité de travail le 18 mars 2009, début de la prise en charge par le DrP. _____. Depuis cette date, l'incapacité de travail est totale dans l'activité d'aide-soignante physiquement contraignante pour le rachis lombaire.

Sur le plan psychiatrique, incapacité de travail à 100% depuis le 15 février 2012 pour des raisons psychiatriques.

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

Il est resté stationnaire avec une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-soignante. L'incapacité de travail est également totale dans l'activité de femme de chambre ou de serveuse, ces activités étant contraignantes de la même façon pour le rachis.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan somatique par la tolérance du rachis lombaire ; elle est complète dans une activité adaptée depuis mars 2009, date du début de la prise en charge par le Dr P._____.

Les chances de mesures d'ordre professionnel sont faibles, en raison de la durée d'absence d'activité professionnelle, du ressenti de l'assurée, qui ne s'estime pas capable de travailler et de la tendance aux douleurs à diffuser de façon globale.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée a une capacité de travail exigible de 100% depuis avril 2012.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS LA DERNIÈRE ACTIVITÉ D'AIDE-SOIGNANTE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS : DÉBUT AVRIL 2012. »

Dans un rapport du 11 septembre 2012, le Dr D._____, du SMR, a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 18 mars 2009 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée ; s'agissant de l'atteinte à la santé, il a retenu des lombosciatalgies gauches non irritatives, non déficitaires dans un contexte de protrusion discale paramédiane gauche en L5-S1 et un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques en février 2012 en rémission.

Ce rapport avait pour le surplus la teneur suivante :

« Cette assurée de 52 ans aura travaillé en qualité d'aide-soignante jusqu'en 2004 et bénéficie actuellement de l'aide sociale. Statut d'active à 100% retenu.

Les rapports de ses médecins-traitants évoquent un syndrome douloureux somatoforme persistant, des rachialgies sur troubles dégénératifs, un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques en février 2012, mais ne permettent pas de justifier une incapacité durable et un trouble somatoforme invalidant au sens de la jurisprudence en vigueur ; de même, confirmer une éventuelle incapacité durable dès 2004.

D'où la demande d'examen spécialisé qui sera effectué sous forme d'examen SMR rhumato-psychiatrique le 11.06.12.

Un examen qui répond aux critères de qualité de l'expertise médicale et précise que l'incapacité totale médicalement attestée

entière dès 2004 de manière rétroactive dès le début du suivi en mars 2009 par le médecin-traitant actuel, en lien alors avec le trouble somatoforme et dépression, n'est pas justifiée.

Les lombosciatalgies G non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale en L5-S1, ne justifient pas d'incapacité durable avant le suivi par le médecin-traitant actuel, qui débute le 18.03.09, parce qu'il y a absence de documentation médicale dans ce sens et parce que le médecin-traitant précédent n'avait délivré que des incapacités limitées dans le temps.

Il est possible que dès le début du suivi actuel l'incapacité dans l'activité habituelle soit justifiée.

Sur le plan purement psychiatrique, l'assurée aura présenté un épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques dès février 2012, amendé dès avril 2012 ; donc non durable.

Sur le plan de la personnalité, l'assurée présente une structure de personnalité dépendante, qui n'est pas un trouble de personnalité constitué avec effet durable sur la capacité au travail.

Il n'existe pas d'affection psychiatrique constituée des autres registres (psychotique, phobique,...).

En conséquence, le trouble somatoforme est non-invalidant, au sens de la jurisprudence en vigueur ; car outre l'absence de comorbidité psychiatrique sévère, l'affection ne répond pas aux autres critères de sévérité (p. 10 du rapport d'examen SMR cité).

Ainsi, s'il peut être admis que l'état de santé de l'assurée n'est plus compatible avec son activité habituelle d'aide-soignante, mais aussi de femme de chambre ou serveuse, il est compatible, théoriquement depuis toujours avec une activité adaptée, l'épisode dépressif sévère ayant été limité dans le temps. »

Par communication du 4 juin 2013, l'assurée a été informée qu'une observation professionnelle était nécessaire et qu'elle devrait suivre un stage auprès du Centre S._____ à [...] du 25 mai 2013 au 22 septembre 2013.

On peut lire ce qui suit dans le rapport du 8 juillet 2013 relatif à ce stage:

« Mme M._____ est arrivée dans notre atelier le 27.05.2013 pour clarifier des cibles professionnelles réalistes. Vous nous avez mandatés pour connaître son potentiel de réadaptation ainsi que sa motivation à entrer dans un processus de reclassement professionnel.

Votre assurée a débuté par le module de préparation à une activité d'industrie légère et ce durant les deux semaines initiales. Les observations font état de peu de force dans les ports de charges ainsi que dans l'aspect de la préhension. Les mouvements de pronation et de supination des membres supérieurs ne peuvent pas être correctement effectués en présence de charge.

Bien qu'elle ait souvent mentionné son état de fatigue, elle s'est montrée assidue à sa place de travail et relativement précise dans son activité.

Après deux semaines de mesure, elle s'est absentée une semaine en raison d'une pneumonie. Par la suite, elle n'est plus revenue en expliquant avoir des vertiges et des maux de tête. Son médecin traitant, le Dr P. _____, lui a délivré un certificat médical jusqu'au 5 juillet et nous a mentionné, lors d'un contact téléphonique, qu'il voyait mal sa patiente reprendre une activité professionnelle pour le moment.

Au vu du peu d'éléments d'observation et en raison du fort taux d'absence, nous avons pris contact avec vous en date du 1er juillet 2013, pour vous faire part de ces éléments. Vous avez donné votre accord pour un arrêt de mesure à cette même date. »

Un nouveau stage a été organisé au Centre S. _____ du 25 novembre 2013 au 20 décembre 2013. La synthèse du rapport final du 7 janvier 2014 relatif à ce stage est la suivante :

« Mme M. _____ travaille de manière discrète en ayant continuellement peur de déranger et ses rendements sont faibles. Elle manque de force dans les bras et éprouve de la peine à travailler trop longtemps debout. Elle peut effectuer des tâches simples. Elle est en mesure de travailler à un taux d'activité de 100 % avec des rendements de 50 %. Elle peut aussi faire une formation pratique afin d'accroître ses chances de trouver un travail adapté. »

Le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil de l'Centre S. _____, a examiné l'assurée et son rapport du 16 décembre 2013 a notamment la teneur suivante :

« **Discussion**

Mme M. _____ est une ressortissante serbe de 53 ans, sans formation professionnelle attestée, qui a travaillé en Suisse dans l'hôtellerie, puis comme aide-soignante dans un EMS de 1984 à 2004. Suite à des ennuis de santé touchant le dos, elle ne travaille plus depuis 2004. Le SMR estime entière la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état rachidien.

A l'atelier, Mme M. _____ est assidue, consciencieuse, timide, de bonne commande. Elle travaille sur un rythme constant, mais est lente dans toutes les activités. Elle manque de force. Elle a du mal à comprendre des consignes un peu complexes, ne voit pas les astuces qui pourraient lui simplifier la tâche et accroître les rendements. Elle est globalement déconditionnée physiquement et psychiquement, on observe qu'elle se fatigue vite. Ses rendements sont faibles, en moyenne de l'ordre de 50 %. Uniquement sur une tâche de production sur machine réglée, où la machine fait le travail, elle a atteint un rendement de 80 %. La qualité de son travail est moyenne.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que Mme M. _____ pourrait reprendre un travail à plein temps. Ce n'est pas l'avis de l'assurée qui pense ne pas pouvoir faire plus qu'un mi-temps, mais elle se sent certainement déconditionnée. Un plein temps d'emblée représenterait un gros effort. Notre observation est que ses rendements sont de l'ordre de 50 % et nous doutons qu'elle puisse faire beaucoup plus, parce qu'elle est lente, n'arrive pas à accélérer le rythme. Il pourrait s'agir de production légère sur machine réglée, permettant les changements de position. Des nettoyages spéciaux dans la microtechnique, par exemple pourraient aussi lui convenir, parce qu'elle est consciencieuse et attentive. »

Le 29 janvier 2014, l'OAI a écrit ce qui suit à l'assurée :

« Sur le plan médical, une capacité de travail entière vous est reconnue dans une activité adaptée, votre ancienne activité d'aide-soignante étant contre-indiquée par vos limitations fonctionnelles.

Le droit à l'examen des mesures professionnelles vous est ouvert et notre service Réadaptation a mis en place un premier stage d'évaluation dans un Centre spécialisé, mesure interrompue sur présentation d'un certificat médical.

Puis un deuxième stage a été organisé, mettant en évidence de bonnes capacités, de telle sorte qu'il est raisonnable d'envisager de cautionner la mise en place d'une formation pratique, dans le but de vous aider à retrouver un emploi adapté à votre problème de santé.

Vous avez clairement exprimé que vous ne souhaitez pas vous engager dans une démarche de réinsertion professionnelle, estimant que vous ne pouviez plus travailler.

Nous vous rappelons que selon l'art. 7 LAI, l'assurée doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité. Dans ce cadre, il doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ; il s'agit en particulier des mesures d'ordre professionnel.

L'art. 21 al. 4 LPGA précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assurée se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

En l'occurrence, nous vous laissons un délai au 24 février 2014 pour nous confirmer par écrit que vous souhaitez bénéficier de mesures de réadaptation et que vous collaborerez pleinement tout au long des mesures qui seront mises en place.

En cas de réponse négative, ou sans réponse de votre part dans le délai fixé, nous mettrons un terme à nos démarches de réadaptation et évaluerons votre taux d'invalidité en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité non qualifiée adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Un projet de décision vous sera alors notifié sur cette base. »

Par projet de décision du 3 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations AI, restant sans nouvelles après la mise en demeure du 29 janvier 2014.

L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposée à ce projet en date du 4 avril 2014. Elle a notamment produit un certificat médical du 24 mars 2014 du Dr P. _____ à la teneur suivante :

« Madame M. _____, née le 09.03.1960

Madame M. _____ est suivie à ma consultation dans le cadre de prise en charge du traitement pour des douleurs rachidiennes et pour un état anxio-dépressif chronique.

Sur le plan somatique, elle souffre depuis de nombreuses années de douleurs lombaires persistantes sur discopathie L5-S1 dont l'évolution est défavorable sous le traitement symptomatique. Ces derniers temps, elle présente également des douleurs cervico-brachiales bilatérales. Ces douleurs sont permanentes et exacerbées à la mobilité.

Sur le plan psychiatrique, elle est suivie et traitée pour un état anxio-dépressif chronique avec importants troubles du sommeil. Son discours est centré sur des problèmes somatiques et d'une fatigabilité persistante.

Sur le plan socio-professionnel, elle ne travaille plus depuis 2004 et assistée par le service social.

Au vu de la chronicité et de l'évolution défavorable de ses problèmes de santé, le pronostic est réservé. Dans une activité adaptée avec son état de santé, une capacité de travail exigible serait à 50%. »

L'assurée a également produit un certificat du 25 mars 2014 de A. _____, psychologue-psychothérapeute FSP, rédigé comme suit (sic) :

« Suite à votre demande par l'intermédiaire de madame M. _____, voici le rapport demandé. Je précise que je suis psychologue-psychothérapeute FSP et que je travail sur la délégation du Dr G. _____, psychiatre FMH et directeur de l'Espace [...].

Madame M. _____, née le 9.03.1960, est en traitement dans notre cabinet médicale, depuis le 15.02.2010. Elle est suivie pour un

épisode dépressif moyen chronique (F32.1). De point de médical, nous constatons une réduction de l'énergie, fatigabilité, perte de confiance, diminution de la concentration, perturbation de l'appétit et du sommeil, ainsi que une diminution marquée de l'intérêt pour les activités habituellement agréables.

Les traitements sont de nature psychothérapeutique, de type TCC et médicales. A ce propos, voici la chronologie des médicaments prescrits :

29.03.2010 Solian 200mg, 1x le soir dès le 22.02.2010 à ce jour
Fluoxetine Mepha 20 mg 1x par jour dès le 22.02.2010 au
24.04.2010 Fluoxetine Mepha 20 mg 2x par jour dès le 30.03.2010 au
Edronax 4 mg, 2x jour dès le 4.05.2010 à ce jour.
Stilnox CR 12.5 mg dès le 13.04.2010, si besoin.

De point de vue médical, et au vu de l'état de santé, nous estimons la capacité actuelle de travail de Madame M. _____ à 50 %. »

Après que l'OAI a demandé à l'assurée des rapports établissant que son état de santé s'était péjoré, il lui a été répondu que depuis les précédents certificats de mars 2014, la situation n'avait pas évolué.

Par décision du 10 juin 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée au motif que le degré d'invalidité était inférieur à 10 % après comparaison du revenu que celle-ci aurait perçu à plein temps comme aide-soignante avec celui auquel elle aurait pu prétendre en exerçant une activité de type industrielle légère à la suite d'une formation pratique de 6 mois à 1 an.

Cette décision était accompagnée d'une lettre, datée du même jour, ayant la teneur suivante :

« Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'audition déposée en date du 4 avril 2014 à l'encontre de notre projet de décision du 3 mars 2014, sur mandat de notre assurée citée sous rubrique.

Un délai au 5 juin 2014 a été accordé afin que vous puissiez nous apporter d'éventuels éléments médicaux nouveaux, susceptibles de modifier notre appréciation de la situation.

Dans le cadre de cette audition, vous contestez principalement la pleine exigibilité de la capacité de travail dans une activité adaptée, apportez un certificat médical du médecin-traitant daté du 24 mars

2014 et une correspondance de la psychologue consultée par Madame M._____.

Nous avons examiné ces éléments et estimons que vos arguments appellent les commentaires suivants :

Madame M._____ a été (sic) subi un examen clinique (rhumatologie et psychiatrie) fin 2012 : il en ressort que les troubles dont elle souffre ne justifient pas d'incapacité de travail durable et les critères de la jurisprudence ne sont notamment pas remplis pour ce qui est du trouble somatoforme.

Si l'activité habituelle d'aide-soignante est contre-indiquée par les limitations fonctionnelles usuelles d'épargne du rachis, une activité adaptée est exigible à 100 % sur le plan médico-théorique.

C'est pourquoi notre service Réadaptation - mandaté par nos soins - a souhaité mettre en place une évaluation : un préavis positif du personnel d'encadrement du Centre laissait présager qu'un reclassement serait possible.

Un premier stage - d'une durée prévue de 3 mois - a été interrompu par l'assurée après deux semaines, puis un second stage - d'une durée d'un mois - a été mis en place : il en ressort qu'un reclassement, sous la forme d'une formation pratique avec réentraînement préalable, est envisageable eu égard aux bonnes compétences de notre assurée (dextérité, rythme constant).

Cette dernière ayant déclaré qu'elle ne pouvait plus travailler du tout, nous l'avons sommée le 29 janvier 2014 de prendre position sur d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Sans nouvelles dans le délai imparti, nous lui avons adressé notre préavis de refus, qu'elle conteste finalement par votre biais.

Force nous est de constater que les éléments médicaux apportés ne sont pas nouveaux. Sur le plan somatique, le rachis doit être épargné, ce que nous savions déjà. Sur le plan psychique, si l'épisode dépressif a été qualifié de sévère il y a deux ans, il est aujourd'hui qualifié de moyen.

Pour résumer, l'appréciation du médecin-traitant ne saurait prévaloir sur l'avis de spécialistes ayant examiné l'assurée : la réduction de la capacité de travail ne repose pas sur des éléments objectifs et nous estimons qu'il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation.

L'éventuelle aggravation n'est pas rendue plausible.

En conclusion et au vu de tout ce qui précède, nous considérons que les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position et le projet incriminé du (sic) doit être entièrement confirmé. »

B. Par acte du 11 juillet 2014, M._____ a recouru, par l'intermédiaire de son conseil, contre la décision du 10 juin 2014, en

concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente dont le taux devait être précisé en cours d'instance. A l'appui de son recours, elle produit :

- une lettre du 30 mai 2012 [recte 2014] du Dr P. _____ selon lequel son état de santé n'a pas évolué depuis le rapport du 24 mars 2014.
- un certificat médical du 4 juillet 2014 du Dr P. _____ à la teneur suivante :

« Le médecin soussigné certifie que Madame M. _____ est suivie à sa consultation.

Sur le plan somatique, elle souffre depuis de nombreuses années de douleurs lombaires persistantes sur discopathie L5-S1 dont l'évolution est défavorable sous le traitement médicamenteux. Ces douleurs sont décrites comme permanentes et handicapantes, et s'estime inapte à toutes les activités lucratives. Effectivement, elle ne travaille plus depuis 2004 et assistée par les services sociaux.

Sur le plan psychiatrique, elle est suivie et traitée pour un état anxio-dépressif chronique par le Dr G. _____, psychiatre à [...] qui établira un rapport détaillé de son état psychique.

Au vu de la chronicité et de l'évolution défavorable de ses problèmes de santé, le pronostic est réservé. Dans une activité adaptée avec son état de santé, sans port de charge lourde plus de 10kg et ne devrait pas être exposée à un environnement stressant, une capacité de travail exigible serait à 50 %. »

- Un courrier du 7 juillet 2014 du Dr G. _____ et de A. _____ au conseil de la recourante ainsi libellé :

« Madame M. _____, née le 9.03.1960, est en traitement dans notre cabinet médical, depuis le 15.02.2010. Elle est suivie pour un épisode dépressif moyen chronique (F32.1). De point de médical (sic), nous constatons une réduction de l'énergie, fatigabilité, perte de confiance, diminution de la concentration, perturbation de l'appétit et du sommeil, ainsi que une (sic) diminution marquée de l'intérêt pour les activités habituellement agréables.

Pour ces motifs, nous estimons la capacité actuelle de travail de Madame M. _____ à 50 %.

Nous proposons que Madame M. _____ soit examiné à ce sujet par un service médical psychiatrique universitaire de Lausanne. »

Par réponse du 2 septembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Avec sa réplique du 25 septembre 2014, la recourante a produit une nouvelle lettre du 23 septembre 2014 du Dr G._____ et de A._____ au conseil de la recourante, dont le contenu est identique à la précédente.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (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 (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette

décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

3. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (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 (art. 6 LPGA).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un

taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

c) 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

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 (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 (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. En l'espèce, la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité en sa faveur, sans en préciser le taux. Elle se fonde sur les

rapports établis par le Dr P._____, le Dr G._____ et le psychologue A._____. Elle ne travaille plus depuis 2004.

Les médecins traitants admettent que la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans sollicitation de la colonne vertébrale. C'était le cas en 2010 et c'est encore le cas en 2014 bien que le Dr P._____ fait état d'une évolution défavorable. Sur le plan psychiatrique, le Dr G._____ évoque en 2012 une capacité de travail de 20 % puis de 50 % sans qu'il fasse état d'un changement dans la situation de l'assurée. Force est donc de constater que cette évaluation divergente est inexplicable par des critères objectifs.

Sur le plan rhumatologique, les médecins du SMR sont également d'avis que la recourante ne peut plus travailler dans son activité d'aide-soignante. Ils n'ont retenu aucune diminution de la capacité de travail sur le plan psychiatrique (la réponse à la question de savoir depuis quand il existait une incapacité de travail de 20% au moins est manifestement une erreur). Ces conclusions font suite à un examen de la recourante dont l'anamnèse et les plaintes sont exposées dans les rapports médicaux figurant au dossier. Les médecins relèvent que sur le plan somatique, malgré la durée des symptômes, la recourante n'a jamais consulté de spécialiste et qu'elle n'a pas eu de bilan radiologique depuis 2004. Ils indiquent avoir constaté des incohérences dans l'examen clinique. Ils remarquent aussi que le Dr P._____ fait état de douleurs rachidiennes dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux tout en soulignant une discopathie, soit une atteinte somatique.

Sur le plan psychiatrique, les médecins ne retiennent aucune incapacité de travail.

Les conclusions des médecins du SMR sont bien motivées, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'en écarter. Ce d'autant plus que l'équipe du Centre S._____ est également d'avis que la recourante pourrait travailler à temps plein, certes avec un rendement de 50 % dans un premier temps, mais qui tient compte du déconditionnement de la

recourante. A cet égard, on relèvera que l'OAI a mis en demeure celle-ci conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA s'agissant des mesures d'ordre professionnel. La recourante n'a pas répondu. Il convient encore de préciser que l'écoulement du temps depuis le dernier emploi de l'assurée n'est pas déterminant et qu'une incapacité de travail ne saurait découler du fait que dix ans se sont écoulés entre la dernière activité exercée et la décision attaquée.

6. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction apparaît inutile. Les requêtes d'audition du Dr P. _____ et de mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire formulées en ce sens par la recourante doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. **a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à 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 l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en

rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

c) Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

Me Lanfranconi, conseil d'office de la recourante, a produit sa liste d'opérations le 25 juillet 2017, faisant état de 10 heures et 35 minutes de travail consacrées au dossier de celle-ci, auxquelles s'ajoutent des débours par 50 fr., TVA en sus. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Lanfranconi sera arrêtée à 2'111 fr. 40 (débours par 50 fr. et TVA sur le tout compris), compte tenu d'un tarif horaire de 180 francs.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement assumée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours déposé le 11 juillet 2014 par M. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Julien Lanfranconi, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'111 fr. 40 (deux mille cent onze francs et quarante centimes), débours et TVA inclus.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Julien Lanfranconi (pour M. _____),
- 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 :