

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Bonard et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli,
avocat, à Lausanne

et

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

Art. 8, 43 et 44 LPG.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante bolivienne née en 1973, a séjourné en Suisse entre 1997 et 1999. Elle y est domiciliée durablement depuis octobre 2009 consécutivement à son mariage avec un citoyen suisse.

A compter du 12 avril 2010, elle a été engagée à 78% (35,5 heures de travail par semaine) en qualité d'employée de maison et aide de bureau auprès de L._____ à [...] pour un salaire mensuel de 2'900 francs. Son contrat a pris fin le 30 juin 2012, en raison du départ définitif de l'employeur pour l'étranger.

B. Dans l'intervalle, en date du 22 décembre 2011, elle a été victime d'une chute dans un tram suite à un freinage d'urgence, ressentant immédiatement un blocage aigu et douloureux de la colonne cervicale, ainsi que des douleurs dans le membre supérieur droit.

Elle a consulté son médecin généraliste traitant à la Permanence C._____SA à [...], le Dr D._____, quelques semaines plus tard, _____ soit _____ le 26 janvier 2012, lequel a prononcé une incapacité totale de travail dès le 27 janvier 2012, puis de 50% du 8 au 13 février 2012, ainsi que préconisé un traitement antalgique et physiothérapeutique.

Les conséquences financières de ce sinistre, annoncé par déclaration d'accident du 27 janvier 2012, ont été assumées par la Caisse H._____.

Des radiographies de la colonne dorsale, lombaire et cervicale, réalisées le 13 février 2012 au sein de la Permanence C._____SA, ont mis en évidence une « colonne dorsale d'aspect radiologique normal », une « colonne lombaire d'aspect radiologique normal » en dépit d'une

« discopathie débutante D12, L1 et L1-L2 », ainsi qu'une « discopathie modérée C5-C6 ».

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 6 mars 2012 a confirmé une « discopathie modérée C5-C6 avec hernie discale de faible épaisseur, de localisation médiane et paramédiane droite en conflit discret avec la racine C6 droite » en l'absence de « tassement vertébral [ou] luxation inter-facettaire ».

Alors que l'assurée était à nouveau en arrêt complet de travail depuis le 8 mars 2012, elle s'est rendue à la consultation du Dr E. _____, spécialiste en neurochirurgie au sein du Centre M. _____ à [...], le 13 mars 2012. Aux termes du rapport corrélatif du 15 mars 2012, ce praticien a retenu des « cervicalgies post-traumatiques, latéralisées à droite » et une « hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane droite sans radiculalgie C6 » ne justifiant pas d'intervention neurochirurgicale.

L'assurée a été examinée le 10 mai 2012 par le médecin-conseil de la Caisse H. _____, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a exclu un lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident du 22 décembre 2011.

Dès lors, la Caisse H. _____ a refusé toute prise en charge consécutive au nouvel arrêt de travail prononcé dès le 8 mars 2012 par décision du 22 mai 2012 et transmis le dossier de l'assurée à l'assurance pour perte de gain en cas de maladie de son employeur, B. _____ SA, comme objet de sa compétence.

C. Par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 décembre 2012, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), compte tenu de la persistance de son incapacité totale de travail, faisant état de « douleurs au bras droit et au cou ».

Elle s'est soumise à une expertise rhumatologique effectuée par le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, le 4 décembre 2012 sur mandat de B._____SA. Dans son rapport du 6 décembre 2012, transmis en copie à l'OAI, ce spécialiste a retenu des « cervicobrachialgies droites sans trajet radiculaire typique, dans un contexte de hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane droite avec des lombalgies basses récentes, sans syndrome vertébral, avec des douleurs du moyen fessier droit ». Il a estimé que la capacité de travail était nulle en l'état, mais de 50% dans un délai de trois mois, respectivement 100% un mois plus tard, pour autant que l'absence d'argument net pour une compression fût confirmée. En cas d'intervention chirurgicale, une reprise de travail devait être envisageable à l'issue d'un délai de trois ou quatre mois. Il a précisé que l'assurée ne devait pas être employée à un poste requérant le port de charges lourdes, ainsi que des mouvements importants de la colonne cervicale en hyperflexion et hyperextension.

Interrogée par l'OAI sur son statut, l'assurée a indiqué en date du 24 décembre 2012 qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative d'aide de bureau à plein temps par intérêt personnel.

Le Dr D._____ a complété un rapport médical initial à l'adresse de l'OAI le 14 janvier 2013, reprenant les diagnostics précédemment évoqués par les médecins spécialistes dans le cas de sa patiente. Il a signalé que le traitement de physiothérapie se poursuivait, alors que l'incapacité de travail demeurait totale.

Un entretien a eu lieu à l'OAI le 1^{er} février 2013, dans le cadre de l'intervention précoce. Le rapport corrélatif du 4 février 2013 relate que l'assurée est titulaire d'une formation d'agente de voyage acquise dans son pays d'origine, complétée par trois années d'études en informatique auprès d'une université privée. Sont également mentionnées des activités d'employée dans l'ingénierie de systèmes et d'employée administrative auprès d'un notaire, à savoir la mère de l'assurée, déployées en Bolivie.

A l'issue de cet entretien, il a été convenu de mettre l'assurée au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce, soit d'un cours intensif d'informatique aux fins de remise à niveau, du 7 février 2013 au 30 avril 2013 (cf. communication de l'OAI en ce sens du 11 février 2013).

Le 29 avril 2013, le Dr D._____ a établi une attestation indiquant que les neurochirurgiens ayant examiné l'assurée n'envisageaient pas d'intervention chirurgicale, que sa patiente se trouvait sous « forte médication » et que l'arrêt de travail était prolongé à 100% en raison de la « symptomatologie persistante ».

Dès lors, l'OAI a établi une communication le 6 juin 2013, informant l'assurée de l'impossibilité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel en l'absence de stabilisation de son état de santé, tandis que l'instruction de son dossier se poursuivait.

En date du 7 janvier 2014, le Dr D._____ a qualifié de « stationnaire » l'état de santé de sa patiente, vu le maintien de l'incapacité totale de travail et la poursuite du traitement conservateur.

A l'instigation du Dr K._____, médecin auprès du Service régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'assurée a été examinée par le Dr E._____ en _____ date du 26 mars 2014. Ce dernier a constaté que les diagnostics de « discopathie L4-L5 sous forme de dessiccation avec rupture postérieure de l'anneau fibreux mais sans conflits neurologiques » et de « protrusion discale L5-S1 également sans conflits neurologiques » en l'absence de « signaux inflammatoires aigus » ressortaient d'une IRM lombaire du 15 novembre 2013. Il a par ailleurs répondu aux questions formulées par le SMR comme suit :

« [...] 1. Une intervention chirurgicale est-elle indiquée ou non ?

Étant donné la persistance aujourd'hui d'une symptomatologie douloureuse significative depuis maintenant deux ans, l'échec d'un traitement conservateur bien mené, la persistance radiologique d'une atteinte C5-C6 avec un potentiel conflit radiculaire droit

correspondant à l'irradiation douloureuse décrite, et le fait qu'une infiltration ait permis une amélioration importante sous effet anesthésique (sous réserve qu'il s'agisse bien d'une infiltration foraminale C6 droite), je pense qu'une intervention chirurgicale peut être évoquée dans l'idée d'améliorer sa symptomatologie, cependant le pronostic reste réservé et aucune garantie ne pourrait être donnée en raison de la chronicité des symptômes.

2. Quelle est la capacité de travail actuelle dans l'activité habituelle de femme de ménage ? Depuis quelle date ?

La symptomatologie douloureuse est décrite par la patiente comme plus intense que lorsque je l'avais vue il y a deux ans, avec une capacité de travail déjà à l'époque de 0%, il se surajoute une symptomatologie lombaire qui ajoute un effet négatif à sa capacité de travail. Ceci particulièrement dans des tâches ménagères, elle a dû renoncer à celles qu'elle devait effectuer pour son propre foyer. Sa capacité est donc toujours de 0%.

3. Quelle est sa capacité de travail dans un poste de travail adapté ? Depuis quelle date ?

Un poste de travail qui ne nécessiterait pas d'activités physiques, avec des changements de position réguliers, et un taux réduit pourrait être envisagé, il faudrait effectuer des essais progressifs.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises ?

La patiente est limitée dans toute activité physique en raison du déclenchement de douleur tant cervicale que lombaire, la position statique dans une position identique peut également être un élément déclencheur.

5. Description de la prise en charge thérapeutique actuelle et sa compliance ?

La patiente a tenté de nombreuses modalités thérapeutiques avec, pour moi, une claire recherche d'une guérison, la compliance me semble excellente. Elle poursuit un traitement médicamenteux significatif (anti-inflammatoires, myorelaxants et antalgiques) de façon quotidienne ainsi que des exercices physiothérapeutiques en milieu humide. [...] »

Vu ces éléments, le Dr K._____, en collaboration avec le Dr G._____, médecin au SMR, a suggéré le 17 avril 2014 de confier la réalisation d'une expertise orthopédique de l'assurée au Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le mandat lui a été délivré par communication du 7 mai 2014.

Après examen clinique de l'assurée et analyse de son dossier, l'expert a rédigé son rapport le 22 juin 2014. Il a retenu au titre de diagnostic se répercutant sur la capacité de travail celui de « discopathie C5-C6 », ceux de « discopathie lombaire L4-L5 et L5-S1 » et de « surcharge mécanique des articulations sacro-iliaques » demeurant sans

incidence sur dite capacité. Il a libellé son appréciation du cas et son pronostic notamment en ces termes :

« De l'anamnèse du cas

Le 20 ou le 22 décembre 2011 selon les dossiers, l'assurée est déséquilibrée dans un tramway [...] lors d'un freinage subit. Elle décrit la chute comme un traumatisme rachidien cervical et thoracique ainsi que crânien sur le plancher du tramway. Elle consulte son médecin de famille deux ou trois semaines plus tard.

A ce propos, l'assurée se montre fort mécontente que tous les médecins comme les différentes assurances aient toujours affirmé l'absence de traumatisme rachidien et crânien.

[...]

De la situation actuelle

Les plaintes de l'assurée concernent le visage dans son entier, l'épaule droite, le rachis cervical, le rachis thoracique ainsi que de l'hémicorps droit, y compris la hanche droite, le genou droit, le pied et la cheville droite à l'exception de l'hémi-tronc droit et de l'avant-bras droit. Initialement localisé aux zones traumatisées par la chute, c'est désormais presque tout l'hémicorps droit qui est devenu douloureux depuis un an environ. Est d'apparition (juin 2013) plus récente, l'hypoesthésie du 1^{er} orteil droit et de la peau dorsale en regard du 1^{er} métatarsien droit. L'assurée s'étonne que les différents médecins n'aient jamais signalé cette hypoesthésie à l'Office. Il en est de même pour une hypoesthésie tactile d'apparition récente isolée du pouce droit, découverte au jour de l'expertise.

Les résultats de l'examen clinique et paraclinique tranchent avec les multiples plaintes de l'assurée. Les résultats de l'examen clinique des deux épaules sont dans la limite de la norme. La mobilité rachidienne est, globalement, comme segment par segment, remarquable, caractérisée par une distance doigts-sol nulle. Il n'y a aucun point d'appel neurologique en rapport avec le rachis, en particulier pour expliquer l'hypoesthésie isolée du 1^{er} orteil droit et celle de la peau en regard du 1^{er} métatarsien droit. L'hypoesthésie isolée du pouce droit, constatée ce jour, demande confirmation clinique voire un examen électro-neuro-graphique. L'imagerie par résonance magnétique du rachis cervical ne montre pas d'aggravation au niveau cervical avec une discopathie banale au niveau lombaire sans neurocompression. Il existe une surcharge mécanique bilatérale des articulations sacro-iliaques, surtout à gauche, qui peut bénéficier d'une infiltration radioguidée.

Au total, il s'agit de douleurs droites, initialement situées au rachis cervical et/ou rachis thoracique, qui se sont, un an après le traumatisme, étendues à l'ensemble de l'hémicorps droit à l'exception notable de l'hémi-tronc droit et de l'avant-bras droit, associées à une pathologie discale C5/C6 et L4/L5, L5/S1 sans compression des éléments neurologiques.

L'expert ne détermine aucune étiologie à ces douleurs, ni à leur modification spatiale et temporelle, dans le cadre de l'appareil locomoteur.

Enumération des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail

On retient comme diagnostic entraînant des limitations fonctionnelles la pathologie discale C5/C6.

Justification : Il s'agit d'une maladie discale établie par l'imagerie. Il convient de protéger ce disque en établissant les limitations fonctionnelles y relatives.

L'imagerie lombaire montre un status compatible avec l'âge de l'assurée. Il n'est pas retenu de pathologie invalidante à ce niveau.

La surcharge mécanique des articulations sacro-iliaques est un phénomène transitoire qui doit bénéficier d'une infiltration spécifique.

Du pronostic

Au vu de l'évolution lente à l'imagerie, et bien qu'en absence de critères validés scientifiquement, le pronostic est favorable à court et à moyen terme pour la pathologie rachidienne cervicale. »

L'expert a déterminé des limitations fonctionnelles en lien avec la pathologie cervicale C5-C6, excluant « le port de charges [supérieures] à 5 kg », « les mouvements de levage régulier de charges dans un cadre professionnel ou au rendement avec les membres supérieurs » et « les mouvements répétitifs de flexion, d'extension, de rotation du rachis cervical ». Quant à la capacité de travail de l'assurée, il a considéré que celle-ci était entière sans baisse de rendement depuis le 6 mars 2012 (date de l'imagerie du rachis cervical) dans toutes activités respectant les limitations fonctionnelles énoncées, soit notamment dans celle d'aide de bureau précédemment exercée par l'assurée. L'activité d'employée de maison était également exigible pour autant que fussent évités « le repassage et le nettoyage lourd d'un appartement », tel que le nettoyage de vitres ou de grands objets.

Le SMR, sous la plume du Dr K._____, s'est intégralement rallié aux conclusions du Dr T._____ dans un avis du 1^{er} juillet 2014.

Par projet de décision du 10 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de lui nier le droit à une rente d'invalidité, considérant que sa capacité de travail demeurerait entière dans toutes activités adaptées, incluant celle d'aide de bureau, et qu'elle ne subissait aucun préjudice économique pour des raisons de santé.

D. Représentée par Me Claudio Venturelli, l'assurée a requis un tirage de son dossier le 21 octobre 2014, ainsi qu'un délai pour se déterminer sur le projet de décision précité. Une demande de prolongation

de délai du 13 novembre 2014 a été réitérée les 15 décembre 2014 et 30 janvier 2015, ce à titre exceptionnel motif pris de la grossesse difficile de l'assurée, laquelle n'était pas encore en mesure de formuler ses griefs. Elle a en outre informé l'OAI de son accouchement survenu le 19 mars 2015 par production des certificats médicaux corrélatifs.

Par pli du 28 avril 2015, l'assurée a contesté formellement le projet de décision du 10 octobre 2014, singulièrement les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr T._____, dont l'objectivité et l'impartialité devaient à son avis être mises en doute, au vu de certaines remarques qualifiées de « désobligeantes, tendancieuses et sans aucune pertinence avec l'examen demandé ». Elle a communiqué à l'OAI son intention de diligenter une expertise privée et suggéré à ce dernier de surseoir à l'émission de sa décision jusqu'à ce que le rapport correspondant fût disponible.

L'OAI a rendu sa décision le 1^{er} juin 2015, reprenant les termes du projet de décision querellé et niant le droit à la rente de l'assurée. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il a ajouté que le contenu du rapport rédigé par le Dr T._____ ne permettait de relever aucune apparence de prévention de l'expert qu'il n'y avait donc pas lieu de récuser a posteriori. Il a considéré que ce document pouvait se voir conférer pleine valeur probante.

E. L'assurée, avec le concours de son avocat, a déféré la décision du 1^{er} juin 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 2 juillet 2015, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « dès le mois de décembre 2012 », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a réitéré que le Dr T._____ avait manqué d'objectivité et d'impartialité dans la rédaction de son rapport, tandis qu'il n'avait pas pris en compte à satisfaction les plaintes et douleurs alléguées. Contestant l'appréciation de sa capacité de travail, elle a fait valoir que les douleurs affectant le rachis cervical et

thoracique, ainsi que le visage, l'épaule droite et le flanc droit, entravaient la reprise d'une quelconque activité lucrative. En outre, elle a requis préalablement la suspension de la cause dans l'attente d'un rapport d'expertise privée, laquelle avait été confiée au Dr S._____, chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier R._____.

Le 9 juillet 2015, la recourante a informé la Cour de céans de sa convocation par l'expert privé à la date du 5 novembre 2015.

La magistrate instructrice a établi une décision incidente le 31 août 2015 prononçant la suspension de la cause jusqu'au 31 janvier 2016, vu le mandat en cours auprès du Dr S._____.

La suspension a été prolongée jusqu'au 9 mars 2016 à la requête de la recourante du 28 janvier 2016, cette dernière ayant confirmé la réception du rapport d'expertise privée, daté du 7 décembre 2015, sans toutefois avoir pu en prendre connaissance.

En date du 7 mars 2016, la recourante a produit, en annexe à un mémoire complémentaire, un tirage du rapport du Dr S._____ du 7 décembre 2015, accompagné notamment d'une évaluation des capacités fonctionnelles. A l'issue de l'analyse du dossier, d'un examen clinique et de la passation de différents tests, le Dr S._____ a retenu les diagnostics suivants :

- Fibromyalgie.
- Cervicoscapulalgies D [réd. : droites] chroniques dans le cadre de
 - o Discopathie C5-C6 avec rétrécissement foraminaux D
 - o Déconditionnement physique
 - o Kinésiophobie
- Lombalgies chroniques
 - o Discopathies lombaires basses
- Probable état anxieux.

Il a précisé ce qui suit, au titre de discussion globale et appréciation du cas :

« Cette personne en bon état général est victime d'une chute dans un tram le 22.12.2011, décompensant un tableau douloureux. D'abord c'est principalement dans la région cervicobrachiale que les symptômes sont présents avant de déborder plus largement. Toutes les différentes approches tentées échouent pour aider [l'assurée] à affronter ces douleurs, avec comme conséquences des douleurs l'apparition d'un évitement - kinésiophobie (comme le démontre le questionnaire de Tampa).

Actuellement, nous n'avons pas de syndrome irritatif, mais plutôt des douleurs diffuses, correspondant à la fibromyalgie. Ce sont ces douleurs qui la handicapent le plus, même si son activité de bureau pourrait se faire, comme le relève l'évaluation des capacités fonctionnelles.

A ces douleurs se surajoute un état anxieux bien présent qui ne l'aide pas. Pour cette raison, il me semble judicieux de demander une expertise sur le plan psychiatrique en plus. »

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr S._____ a estimé que cette dernière était en mesure d'exercer une activité de secrétariat ou d'aide de bureau, tandis qu'une « formation supplémentaire en français pour le secrétariat lui serait d'une grande aide ». Il a ajouté qu'il était « nécessaire de proposer en situation de cumul des contraintes physiques une légère réduction de la capacité de travail sous la forme d'une diminution du temps de présence et sous la forme d'une augmentation du nombre de pauses quotidiennes », équivalant à une diminution de rendement de 25%. Il a réitéré l'opportunité de procéder à une expertise psychiatrique en raison de l'état anxieux relevé lors d'un test spécifique, ainsi que durant son examen clinique. Était enfin annexée à son rapport complet la facture corrélatrice d'un montant de 8'608 fr. 80.

Aux termes de son mémoire complémentaire du 7 mars 2016, la recourante a souligné que l'expertise du Dr S._____ remplissait à son sens les critères requis pour être qualifiée de probante, contrairement à celle du Dr T._____, considérée comme incomplète et entachée de partialité. Elle a relevé que l'absence de toute investigation de son état de santé psychique justifiait le renvoi de la cause à l'intimé. Elle a par ailleurs fait grief à ce dernier de ne pas avoir procédé à une comparaison des revenus dans la décision entreprise, tandis que le contexte de son activité habituelle auprès de L._____ n'avait pas été examiné. Exposant ne pas avoir la possibilité et les compétences - notamment linguistiques - de

retrouver un emploi administratif par ses propres moyens, elle a requis la mise en œuvre de mesures professionnelles adaptées à sa situation. Enfin, s'agissant des frais encourus, elle a requis que ceux afférents à l'expertise réalisée _____ par _____ le Dr S. _____ soient portés à la charge de l'OAI, estimant que ce dernier avait violé son obligation d'instruire son cas à satisfaction, qui plus est sans lui laisser l'opportunité de produire le rapport d'expertise privée, ce qui l'avait contrainte à saisir la Cour de céans.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 19 avril 2016, en proposant le rejet. Il a fait valoir que l'exigibilité déterminée par le Dr S. _____, ainsi que les limitations fonctionnelles décrites, rejoignaient l'appréciation du Dr T. _____. Aucun des médecins ayant assumé le suivi de la recourante n'avaient évoqué de problématique psychique dans son cas, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction de la situation. Quant au volet économique, l'OAI a maintenu que les compétences et le parcours professionnel de l'assurée lui ouvraient l'accès à des activités d'employée administrative, alors qu'elle avait en sus bénéficié d'une mise à jour dans le secteur informatique dans le cadre de l'intervention précoce. L'assurée aurait au demeurant de toute façon dû rechercher une activité auprès d'un nouvel employeur vu le départ de L. _____ pour l'étranger. La comparaison des revenus, implicitement évoquée dans la décision litigieuse et aboutissant à un degré d'invalidité nul, devait donc être maintenue.

La recourante a renoncé à se déterminer plus avant et maintenu ses conclusions par écriture du 13 juin 2016.

La juge instructrice a informé les parties le 25 juillet 2016 que la cause était en l'état d'être jugée, éventuellement sous l'angle de la récente jurisprudence fédérale relative aux troubles somatoformes douloureux.

L'intimé a indiqué le 3 août 2016 ne pas avoir de commentaire particulier à formuler, tandis que l'assurée en a fait de même par pli du 29 août 2016.

Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique infra.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 2 juillet 2015, complété le 7 mars 2016, contre la décision de l'OAI du 1^{er} juin 2015 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art.

61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) In casu, le litige est circonscrit par la décision de refus de rente d'invalidité rendue par l'intimé le 1^{er} juin 2015. Par cette décision,

l'OAI a estimé que la recourante présentait un degré d'invalidité nul, au vu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, y inclus dans l'activité habituelle d'aide de bureau, telle que déterminée par l'expert mandaté en procédure administrative. Elle ne pouvait en conséquence prétendre une rente de l'AI.

L'assurée conteste pour sa part cette appréciation de sa capacité de travail sur la base du rapport rédigé par le Dr T._____, qu'elle considère dénué de toute valeur probante en raison - à son avis - du manque d'objectivité et d'impartialité de ce dernier. Elle estime en revanche que pleine valeur probante doit être conférée à l'expertise privée réalisée par le Dr S._____, soulignant que ce dernier a mis en évidence une problématique psychique n'ayant fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'OAI. Elle conclut à la mise en œuvre d'un complément d'instruction, respectivement à l'octroi de prestations AI sous forme de rente et de mesures professionnelles après détermination précise de son degré d'invalidité.

Dans ce contexte, l'OAI relève que les limitations fonctionnelles somatiques retenues par le Dr S._____ rejoignent celles énoncées par le Dr T._____, de sorte le degré d'invalidité implicitement fixé dans la décision entreprise devrait être confirmé. Il rappelle au surplus qu'aucune problématique d'ordre psychique n'a été alléguée par les médecins traitants de la recourante. Il conclut dès lors au rejet du recours.

Préalablement à ses griefs d'ordre matériel, la recourante reproche à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendue en n'ayant pas sursis à l'émission de la décision du 1^{er} juin 2015 jusqu'à la réalisation de l'expertise privée. Elle estime que ce vice devrait ipso facto entraîner l'annulation de ladite décision et justifie le renvoi de la cause à l'autorité administrative.

Compte tenu des conclusions des parties, il s'agit en premier lieu d'examiner l'argument d'ordre formel relatif à la violation du droit d'être entendue de la recourante. A défaut d'une telle violation, il

conviendra de statuer en second lieu sur le bien-fondé éventuel de la décision précitée, eu égard au refus de rente d'invalidité prononcé par l'OAI, pour autant que les pièces médicales à disposition permette de statuer sur le droit litigieux.

On relèvera enfin que le droit à des mesures professionnelles, désormais revendiqué par la recourante, ne fait en revanche pas partie de l'objet de la contestation, puisque la décision entreprise ne statue pas expressément sur cette question.

3. Sur le plan formel, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé a statué sans attendre le rapport d'expertise privée rédigé par le Dr S._____.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références ; TF 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). La jurisprudence a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 ; TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond

(ATF 127 V 437 consid 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b et les références citées). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références).

b) En l'occurrence, la recourante a sollicité plusieurs prolongations de délai pour faire valoir ses objections à l'encontre du projet de décision du 10 octobre 2014, compte tenu de sa grossesse difficile. Dans le cadre de ses objections, finalement déposées le 28 avril 2015, elle a clairement signifié à l'OAI qu'elle entendait se soumettre à une expertise privée, sans toutefois communiquer le nom de l'expert mandaté, ni le délai dans lequel le rapport corrélatif pouvait être espéré.

On constate que l'intimé a certes patienté pour permettre à l'assurée de faire valoir ses arguments contre le projet de décision du 10 octobre 2014, mais n'a toutefois pas attendu le rapport d'expertise privée pour rendre sa décision formelle du 1^{er} juin 2015. Il a en effet estimé que l'expertise réalisée par le Dr T._____ était suffisamment étayée pour trancher les droits de l'assurée, alors qu'il n'y avait aucun motif de récuser cet expert a posteriori.

Compte tenu de la position de l'intimé en lien avec la teneur de l'expertise du Dr T._____ et du peu de précisions communiquées par l'assurée quant à la délivrance effective d'un mandat d'expertise privée, on peut clairement douter que son droit d'être entendue ait été violé par l'intimé.

Quoi qu'il en soit, cette question peut rester indécise au vu des considérants qui suivent et de l'issue du litige. Au demeurant, même si la violation du droit d'être entendue de l'assurée était reconnue, ce vice pourrait de toute façon être qualifié de réparé dans la mesure où la

recourante a pu produire le rapport d'expertise privée rédigé par le Dr S._____ dans le cadre de la présente procédure, la Cour de céans disposant d'un plein pouvoir d'examen pour trancher le droit litigieux.

4. Sur le fond, il s'agit de rappeler les dispositions légales relatives à la notion d'invalidité, la jurisprudence rendue en matière de troubles psychiques et de trouble somatoformes douloureux, ainsi que les règles régissant l'appréciation des pièces médicales.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie _____ ou _____ d'un _____ accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

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 relation avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

5. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1).

a) Préalablement, on rappellera que le Tribunal fédéral (ATF 132 V 65 consid. 4.1) a jugé qu'en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses ; cf. pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10 : F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. Wolfgang Hausotter, *Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen*, 2ème éd. Urban et Fischer, Munich 2004 p. 119 ; Karl C. Mayer, *Fibromyalgie-Stichworte zu einer Kontroverse*, sous www.neuro24.de/fibromyalgie). Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes

douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; TF 9C_877/2012 du 8 avril 2013 consid. 5.2).

b) Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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).

c) La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord 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 divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement

psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

d) 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).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

6. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256

consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ;
TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF

8C_862/2008 du 19 août 2009
consid. 4.2).

b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

c) On rappellera par ailleurs brièvement que l'assuré peut soulever des motifs formels de récusation d'un expert, mais également des motifs matériels de récusation, soit tout motif pertinent au sens de l'art. 44 LPGA.

Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C_552/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2).

Un expert donne l'apparence de la prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c et 125 II 541 consid. 4). Il n'y a pas de prévention inadmissible lorsque l'expert aboutit à des conclusions défavorables (à une partie) (cf. Susanne Bollinger/Ulrich Meyer/Margit Moser-Szeless, L'expertise médicale [en particulier psychiatrique], in : Douleur et Analgésie, vol. 24, août 2011, p. 34 ; cf. également Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation, in : HAVE/REAS 2/2011 p. 133 ; TF 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 5.1).

7. En l'espèce, l'OAI a fait procéder à une expertise de l'assurée, sur le plan exclusivement somatique. Elle a ainsi été examinée par Dr T._____, dont elle a contesté les conclusions communiquées le 22 juin 2014. Elle a fait valoir des griefs en lien avec une possible partialité de l'expert, ainsi qu'eu égard à la pertinence et l'exhaustivité de ses observations. Elle a par ailleurs fait procéder à une nouvelle expertise, également destinée à clarifier son état de santé somatique, auprès du Dr S._____, et attribue au rapport correspondant une pleine valeur probante.

a) On ne peut se rallier à l'opinion de l'assurée en ce qu'elle considère que l'expert mandaté par l'intimé aurait manqué d'objectivité et fait preuve de partialité dans l'examen de sa situation. Les remarques de l'expert, relevées par l'assurée quant à son retard au rendez-vous fixé et à la mise en évidence de courriers de son avocat, sont des observations purement factuelles qui ne permettent pas d'exciper d'un quelconque a priori du Dr T._____ au détriment de la recourante.

On ne voit aucun passage de l'expertise qui serait significatif d'une prévention de ce spécialiste, singulièrement qui pourrait être considéré comme inapproprié ou désobligeant. La recourante n'en cite au

demeurant aucun, tandis qu'elle ne peut tirer aucun argument du fait que les conclusions du Dr T. _____ lui sont éventuellement défavorables du point de vue de son droit à des prestations AI.

Vu la jurisprudence fédérale citée ci-dessus sous considérant 6c, on ne peut donc que rejeter les arguments de l'assurée quant à une possible prévention du Dr T. _____ à son encontre.

b) Quant à la teneur du rapport d'expertise de ce dernier, quoi qu'en dise la recourante, ce document satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante en ce qui concerne l'aspect somatique de son état de santé.

Le rapport de ce spécialiste du 22 juin 2014 est en effet tout à fait complet, fondé sur une analyse minutieuse de l'ensemble des pièces du dossier et contient un compte-rendu des principaux éléments d'anamnèse, ainsi que des plaintes alléguées.

Résultant d'investigations cliniques approfondies, ce rapport apparaît exempt de contradictions, de sorte que l'appréciation de la situation orthopédique de l'assurée, telle que communiquée par l'expert mandaté par l'intimé, peut d'emblée emporter la conviction.

On peut ainsi douter a posteriori de l'opportunité de l'examen réalisé par le Dr S. _____, dont le rapport du 7 décembre 2015 ne se distance d'ailleurs pas sensiblement des conclusions du Dr T. _____.

c) L'analyse opérée par l'expert mandaté par la recourante rejoint en effet substantiellement celle du Dr T. _____, puisque le Dr S. _____ a également conclu à la pleine exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative telle que celle d'employée de bureau.

Sur le plan des limitations fonctionnelles, les restrictions énoncées par le Dr S. _____, induites par les atteintes à la santé somatiques objectivées par les deux spécialistes, convergent pour

l'essentiel avec celles retenues par le Dr T. _____ puisque tous deux ont exclu les contraintes physiques ressortant typiquement d'une activité d'employée de maison. Quant à la baisse de rendement de 25% envisagée par le Dr S. _____ « en situation de cumul de contraintes physiques », elle ne saurait s'appliquer à une activité respectant les restrictions fonctionnelles décrites. Une « incapacité fonctionnelle » dans une mesure similaire, soit fixée à 20%, a d'ailleurs également été envisagée par le Dr T. _____ dans l'éventualité d'une activité ne revêtant pas strictement un caractère adapté (cf. rapport d'expertise du 22 juin 2014, p. 27 et 31).

Dès lors, force est de considérer que l'appréciation des experts somaticiens, afférente à la capacité de travail résiduelle et aux limitations fonctionnelles de la recourante, n'est pas sérieusement remise en question par les parties, puisque l'OAI n'a pas retenu d'exigibilité dans l'ancienne activité d'employée de maison, au contraire de celle d'employée de bureau.

d) Doit en revanche être investigué l'aspect psychique de la situation, quand bien même l'assurée ne s'est pas prévalu de pathologie de ce registre au stade de la procédure administrative. Le Dr S. _____ a en effet évoqué un diagnostic de « fibromyalgie » accompagnée d'un « probable état anxieux », alors que le Dr T. _____ a également constaté l'absence d'étiologie claire des douleurs alléguées par la recourante.

Dans ses déterminations, l'OAI n'a nullement remis en cause la pertinence d'un tel diagnostic, assimilé à un trouble somatoforme douloureux. Or, en l'absence d'une expertise psychiatrique permettant d'apprécier de manière concluante le cas de l'assurée à l'aune des indicateurs prônés par la nouvelle jurisprudence fédérale en lien avec cette atteinte à la santé, il y a lieu de compléter l'instruction à cet égard.

Vu ces éléments, il est en l'état impossible de se prononcer définitivement sur le caractère incapacitant de la fibromyalgie que la recourante est supposée présenter.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008

consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante en procédant à une expertise psychiatrique destinée à confirmer ou infirmer le diagnostic de « fibromyalgie ».

Dans l'hypothèse où ce diagnostic devait être considéré comme avéré, le complément d'instruction à venir devrait encore permettre de se déterminer sur les éléments pertinents dégagés par la récente jurisprudence fédérale relative aux troubles somatoformes douloureux contenue in ATF 141 V 281 et exposée supra sous considérant 5.

d) Indépendamment de ce qui précède, il appartiendra encore à l'OAI d'élucider le statut de l'assurée, laquelle a prétendu revêtir un statut d'active à plein temps à l'issue du formulaire complété le 24 décembre 2012, alors qu'elle n'exerçait son activité habituelle qu'à 78% auprès de L._____, a priori sans avoir cherché à augmenter ce taux. En outre, son statut devra de toute façon être réactualisé compte tenu des modifications intervenues ultérieurement dans sa situation personnelle (séparation de fait d'avec son conjoint en janvier 2015 et naissance son enfant en mars 2015).

e) Enfin, eu égard à la comparaison des revenus implicitement contenue dans la décision entreprise, on peut concéder à l'OAI que l'assurée dispose en effet de l'expérience professionnelle lui permettant d'exercer une activité administrative. Ce constat peut être déduit des éléments consignés à l'issue de l'entretien d'intervention précoce du 1^{er} février 2013, alors que l'assurée a bénéficié en sus d'une mise à jour de ses connaissances informatiques, accordée par l'OAI le 11 février 2013. Cela étant, eu égard au revenu sans invalidité, on ignore en l'état la répartition effective des activités de femme de ménage et d'aide de bureau auprès de l'ancien employeur de l'assurée. Cet élément devra également être complété à l'occasion de la reprise de l'instruction.

9. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 3'000 fr.
(art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

c) On ajoutera qu'en vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur.

Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette

expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 135 V 473 ; 115 V 62 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence).

En l'occurrence, le rapport du Dr S._____ précité n'a pas directement permis d'établir de manière concluante l'état de fait déterminant, quand bien même il a mentionné le diagnostic de « fibromyalgie ». Un tel diagnostic pouvait en effet être déduit du rapport du Dr T._____, ce dernier ayant explicitement constaté l'absence de cause organique objective susceptible de justifier les importantes plaintes alléguées par l'assurée. Le rapport du Dr S._____ n'a donc contribué que partiellement à l'issue du présent litige, alors qu'il a pour l'essentiel confirmé les constats rapportés sur le plan strictement somatique par le Dr T._____. Le montant des dépens arrêté ci-avant englobe ainsi pour partie uniquement les frais liés à la consultation de l'expert privé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 1^{er} juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Claudio Venturelli, à Lausanne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :