

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 82 LPA-VD

En fait et en droit :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) signée le 28 janvier 2010 par S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, divorcée et mère de trois enfants nés en 1990, 1996 et 2001,

vu le rapport médical du 27 novembre 2009 des Drs B._____ et X._____, respectivement spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et médecin assistant au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier G._____, dont il résulte notamment ce qui suit :

« **Diagnostic :**

- **Spondylarthropathie avec atteinte axiale et périphérique**

Autres diagnostics :

- **Chondropathie fémoro-patellaire bilatérale symptomatique à gauche**
- **Possible syndrome d'hypermobilité articulaire**

[...]

L'évolution clinique est donc défavorable, avec depuis environ 2 semaines une exacerbation des rachialgies et des polyarthralgies périphériques inflammatoires. Nous proposons à la patiente de débiter un traitement par anti-TNF alpha, à savoir de l'Humira à posologie de 40 mg 1 injection sous-cutanée aux 2 semaines. Nous stoppons le traitement d'Arcoxia et le remplaçons par un traitement d'Aulin à posologie de 100 mg 2x/jour. Nous prescrivons également des gouttes de Tramal en réserve »,

vu le rapport médical du 17 mai 2010 du Dr X._____ indiquant une diminution des rachialgies inflammatoires depuis l'introduction d'un traitement d'Humira dès novembre 2009, la persistance de polyarthralgies périphériques inflammatoires, en particulier gonalgies gauches inflammatoires et de plaintes de l'avant-pied droit, la capacité de travail dans l'activité de femme au foyer étant de 30% et les limitations fonctionnelles étant l'impossibilité de port de charge lourde supérieure à 15 kg, la nécessité d'aménager des périodes de repos, alterner si possible

les positions assise et debout, éviter les positions debout ou assise prolongée,

vu la lettre du 29 septembre 2010 du Dr B. _____ apportant les précisions suivantes :

« Patiente femme au foyer, sans travail à notre connaissance. Nous n'avons jamais spécifiquement donné d'incapacité de travail. Néanmoins, compte tenu de l'atteinte associant des synovites périphériques et une atteinte axiale dans le cadre d'une spondylarthropathie, le tout compliquée par une chondropathie fémorale bilatérale, il est certain que la capacité de travail de S. _____ dans un métier non spécialisé, type femme de ménage, serait fortement altérée avec une incapacité supérieure à 70 % et ce, depuis janvier 2009 selon nos dossiers »,

vu le rapport d'enquête ménagère du 11 février 2011 selon lequel l'assurée a travaillé de décembre 2000 à janvier 2001, en qualité de femme de ménage dans l'entreprise H. _____ pour un remplacement avec un salaire de 286 fr. par mois et de juillet 2000 à septembre 2003 dans un ménage privé à un taux d'activité variable ayant dû cesser cette activité pour des raisons de santé, l'enquêtrice précisant en outre que c'est par erreur que l'assurée a indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à 50%, proposant un statut d'active à 100%, l'intéressée n'ayant aucune ressource financière autre que l'aide sociale et souhaitant pouvoir vivre sans cette aide, l'enquêtrice arrêtant à 40.5% les empêchements ménagers,

vu le rapport médical du 17 juin 2011 de la Dresse K. _____, médecin assistante au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier G. _____, dont il résulte ce que suit :

« S. _____ est suivie à notre consultation pour une spondylarthropathie indifférenciée HLA-827 négative (atteinte axiale et périphérique) avec des manifestations cliniques sévères. Sous un traitement d'Humira puis d'Enbrel, la patiente n'a pas remarqué une amélioration clinique significative. Par ailleurs, le traitement de Métoject a dû être stoppé en raison des effets indésirables qu'il entraînait.

Nous projetons de débiter un traitement de Remicade. Toutefois, compte tenu d'une tuberculose latente, ce projet doit être différé »,

vu le rapport médical du 17 juillet 2012 des Dresses T._____, et W._____, respectivement spécialiste en rhumatologie et médecin assistante auprès du même service, exposant notamment ce qui suit :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de votre patiente ?

La patiente présente toujours des douleurs articulaires qui font retenir un diagnostic d'une probable spondylarthropathie indifférenciée, HLA-B27 négative avec atteinte axiale et périphérique.

2. Quels sont les résultats suite au traitement de Remicade ?

L'évolution des douleurs articulaires est plutôt favorable depuis la reprise de Remicade en novembre 2011

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Douleurs aux poignets et mains. Douleurs des épaules avec une limitation à la rotation interne.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?

60-80% en raison d'une asthénie importante. L'asthénie est en partie liée à sa maladie »,

vu l'attestation du 11 octobre 2012 de la Dresse Z._____, médecin praticien et médecin traitant de l'intéressée, selon laquelle l'état de santé de l'assurée contre-indique toute activité professionnelle à 100% pour une durée indéterminée au vu de l'évolution chronique et péjorative de sa maladie, ce qui entraîne également une incapacité majeure à réaliser tout stage d'évaluation professionnel « avec risque important d'effet délétère » sur la santé de l'assurée,

vu le rapport du 3 novembre 2012 de cette praticienne posant en plus des diagnostics déjà retenus celui de syndrome dépressif sévère et exposant qu'aucune activité physique n'est envisageable à ce jour, l'assurée présentant un syndrome douloureux chronique très invalidant et bénéficiant d'une thérapie lourde par immunothérapie et multiples antalgiques,

vu l'avis du 10 janvier 2013 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), dont il résulte notamment ce qui suit :

« Remarque : tous les médecins rhumatologues interrogés ont admis une CT nulle en toute activité depuis 2009 ; ce n'est qu'en juillet 2012 que la CT a été évaluée entre 60% et 80%, en raison des effets favorable du traitement par Remicade (lettre du Dr T._____, du 17.07.2012).

Rappelons que l'assurée n'aurait jamais travaillé dans son pays et en Turquie, et qu'elle a fait quelques heures de ménage de 2000 à 2003 (voir CI). Divorcée depuis 2004, elle a réussi à s'occuper de ses 3 enfants dont l'évolution est rapportée comme très favorable.

Vous avez mis en place une MOP de bas seuil, mettant l'accent sur la gestion de la douleur et des peurs. En raison de l'atteinte à la santé, l'assistante sociale et la **Dresse Z.**_____, médecine générale, s'opposent à toute mesure: Dans son RM daté du 03.11.2012, la Dresse Z._____ juge la CT nulle en toute activité, se dit en désaccord avec les rhumatologues du Centre hospitalier G._____, mais n'étaye pas sa prise de position différente ; en particulier, si elle rapporte les douleurs chroniques, elle ne démontre pas d'aggravation objective depuis le lettre du Dr T._____. Dans ces conditions, sachant que l'on doit préférer les conclusions du spécialiste à celles du médecin traitant (surtout si ce dernier n'étaye pas son point de vue et/ou ne démontre pas d'aggravation significative et durable), nous maintenons l'exigibilité relevée dans le rapport d'examen SMR du 06.08.2012.

Enfin, la Dresse Z._____ annonce un syndrome dépressif sévère, pour lequel ni anamnèse ni status ni traitement ne sont rapportés (le Triptizol, médicament antidépresseur, est donné à dose de 10mg le soir pour améliorer le sommeil, et non pas pour ses effets antidépresseurs qui sont atteints pour des doses entre 75 et 150mg/j) ; enfin aucun suivi psychiatrique n'est annoncé. Ainsi, nous ne pouvons admettre que le trouble de l'humeur annoncé ait caractère invalidant au sens de l'AI »,

vu le rapport du 18 février 2013 du Centre de formation P._____ dont il résulte notamment que moyennant une adaptation des horaires, l'assurée était prête à essayer de suivre le stage proposé,

vu la communication du 20 février 2013 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) informant l'assurée qu'une observation professionnelle étant nécessaire (69 RAI), il prenait en charge les frais d'un stage d'évaluation auprès du Centre de formation P._____ de [...], du 14 mai au 14 juin 2013, le taux de présence étant de 80%,

vu le rapport du 23 avril 2013 de la Dresse F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisant part de symptômes dépressifs de longue date, aggravés par les symptômes physiques et douloureux chroniques, de tristesse, anhédonie, douleurs permanentes au repos et au mouvement, l'incapacité de travail étant totale,

vu la communication du 8 mai 2013 de l'OAI informant l'assurée de la prise en charge des coûts d'une mesure d'orientation professionnelle consistant en la gestion de la douleur et du changement auprès de la Fondation N._____, du 1^{er} mai au 30 juin 2013,

vu la sommation du 14 mai 2013 adressée à l'assurée dont il résulte notamment ce qui suit :

« En l'état, nous avons été informés par P._____ que vous n'avez pas commencé votre stage d'évaluation comme convenu depuis le 17 janvier 2013 lors d'un entretien de réseau. Pour cela, nous avons financé une mesure d'accompagnement pour vous préparer au stage et faire pour que tout se passe au mieux pour vous.

Par conséquent :

Nous vous ordonnons de débiter votre stage au plus tard le 24 mai 2013 et de coopérer activement. De fait, même avec un nouveau certificat médical, si vous n'effectuez pas le stage, nous considérerons cela comme un manque de collaboration et nous prendrons notre décision sur la base de votre dossier. Vous devrez alors vous attendre à ce que votre demande soit rejetée »,

vu le certificat médical établi le 7 mai 2013 par la Dresse F._____, mentionnant une incapacité de travail totale du 7 au 23 mai 2013,

vu l'attestation du 3 juin 2013 de la Dresse Z._____ ainsi libellée (sic) :

« Je soussigné DR Z._____, Médecin traitant de la patiente ci dessus nommée atteste formellement après examen clinique ce jour que l'état de santé de S._____ contre indique toute activité physique et exercice d'un quelconque stage de travail, notamment pour faire du ménage et porter des charges, et ce à compter de ce

jour et pour une durée indéterminée. Les contrôles seront effectués de façon hebdomadaire à ma consultation pour contrôler la possible reprise ou non d'une activité physique.

J'atteste également que S. _____ doit prendre ses traitements de contrôle de la douleur de type opioïdes, ce qui est totalement incompatible avec l'exercice d'une quelconque activité professionnelle ou avec la réalisation d'un stage car il entraîne une certaine fatigue et somnolence parfois chez cette patiente. Mais nous n'avons d'autre moyen thérapeutiques adaptés pour elle en l'état actuel des choses. Elle doit également suivre et reprendre absolument les séances de physiothérapie et d'ergothérapie seule aptes à la soulager, ce qu'elle ne peut faire actuellement »,

à laquelle était joint un rapport médical du 26 mars 2013 du Prof. L. _____ et du Dr C. _____, spécialistes en rhumatologie et médecine interne générale au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier G. _____ dont il résulte notamment ce qui suit :

« **Diagnostics - Antécédents - Interventions (spécialisés)**

- Spondylarthrite indifférenciée
 - HLA-627 absent
 - atteinte axiale et périphérique
 - Syndrome fibromyalgieforme secondaire (DD: dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité)
 - Assessment du 22.02.2013: BASMI O.
- Tuberculose latente.
- Chondropathie fémoro-patellaire bilatérale symptomatique à gauche

[...]

Conclusions, traitement et évolution

Nous reprendrons le dossier de la patiente lors du prochain contrôle afin de voir dans quel contexte le diagnostic de spondylarthrite a été retenu. Dans tous les cas, il faut reconnaître actuellement formellement un échec du traitement du Remicade, puisque la patiente le reçoit depuis plus de 12 mois et que le bénéfice de ce traitement ne se mesure que sur 2 semaines à peine tout en n'étant que partiel [...].

Les tests hépatiques restent chroniquement perturbés (discrètement). Une sonographie abdominale sera envisagée ainsi que la répétition des sérologies hépatiques complètes sous traitement par anti-TNF.

Ce qui frappe cependant au status, c'est la présence d'une hypermobilité avec un score de Beighton à 8/9. En rapport avec cette hypermobilité, nous retenons un diagnostic secondaire de fibromyalgie qui mérite une prise en charge spécifique. Ici aussi, nous pensons que la présence d'un interprète pour bien expliquer à

la patiente ses observations cliniques sera nécessaire. Un reconditionnement musculaire global sera prescrit du fait du déconditionnement observé réalisant un facteur aggravant du syndrome fibromyalgieforme et du syndrome d'hypermobilité. Une prise en charge spécifique en ergothérapie à visée proprioceptive devra être prescrite également. Là-aussi, il est important que la patiente comprenne le pourquoi du comment.

Un traitement modulateur de la douleur pourra également être envisagé lors du prochain contrôle.

Le cas échéant, nous proposerons à la patiente une consultation auprès de la Dr V. _____, médecin-associée, responsable de l'Unité du rachis »,

vu le rapport du 10 juin 2013 du centre de formation P. _____ selon lequel la mesure d'un mois du 14 mai au 14 juin 2013 a été interrompue le 3 juin 2013 et relevant notamment ce qui suit :

« **Commentaire sur le déroulement du stage :**

Informations générales sur l'assuré :

Femme d'une cinquantaine d'années, porteuse de lunettes, S. _____ se déplace en claudiquant et en s'aidant de la main courante pour monter et descendre les escaliers. Le regard fuyant, elle affiche un visage triste et résigné. Elle communique peu et elle est peu à l'aise dans les contacts interpersonnels.

Etat de santé physique et psychique :

Toutes les tâches proposées à S. _____ ont été exemptes d'efforts physiques et adaptées à ses limitations fonctionnelles. Malgré tous les aménagements réalisés, tant au niveau des activités proposées qu'au niveau de la place de travail, l'intéressée a très rapidement manifesté des signes de fatigue et d'inconfort face au travail à effectuer. Elle se plaint volontiers de douleurs diffuses au niveau du dos, de la nuque, des bras et de la poitrine. De ce fait, nous considérons que son état physique est précaire.

Au niveau psychique, elle paraît très démunie par rapport à ses angoisses et préoccupations personnelles. Elle semble vivre en permanence dans un état de stress et d'anxiété, ce qui l'empêche d'être suffisamment disponible pour travailler et effectuer les tâches, même les plus simples (p.ex. tri d'habits, conditionnement de liquides, etc.). Elle est sous médication dont elle dit ne pas respecter la posologie prescrite. Elle se dit déprimée d'être présente au sein du Centre et effectue le stage à contrecœur. En effet, elle préférerait rester chez elle pour s'occuper de ses enfants et le fait de se sentir éloignée d'eux suscite chez elle un état d'anxiété important. Son visage affiche en permanence une grande tristesse et un profond mal être qui se manifeste parfois par des crises de larmes.

Comportement socioprofessionnel :

S. _____ n'est pas preneuse de la mesure et cela se ressent sur les activités qui lui ont été proposées. Elle ne s'investit pas et dit ne pas comprendre le sens de sa présence au sein de notre Centre alors

que cela lui a été longuement expliqué dès son entrée. Elle vit la mesure comme une contrainte et un obstacle qui l'empêche d'être auprès de ses enfants. Cela se ressent également dans les relations qu'elle entretient avec ses collègues. Elle est passive et attend que l'on prenne les décisions à sa place.

Au niveau purement pratique, elle est capable d'effectuer des travaux légers (petits nettoyages, retouches à la main sur textiles, petits travaux de conditionnement et de tri) mais cela n'est clairement pas exploitable dans l'économie, même dans une activité adaptée. Son rendement est symbolique.

Synthèse & Proposition :

Au vu de ce qui précède, force est de constater que S. _____ ne possède pas un potentiel de réadaptation suffisant pour bénéficier de mesures d'ordre professionnel. Ses limitations physiques mais aussi et surtout psychiques constituent actuellement un obstacle trop important pour envisager une quelconque mesure. Un travail psychothérapeutique soutenu paraît indispensable afin de stabiliser son état de santé et envisager, par la suite, un projet de réinsertion. Par conséquent, nous vous laissons le soin de réunir les éléments médicaux récents afin de compléter votre dossier et d'étudier son droit à d'éventuelles prestations financières de votre assurance »,

vu le rapport du 13 juin 2013 de la Dresse Z. _____ relevant notamment ce qui suit:

« Je vous donne les indications clinique sur l'état de la patiente actuel sur le plan somatique :

Plaintes de la patiente :

Douleurs articulaires diffuses mais prédominantes aux articulations des membres supérieurs, des genoux, lombaires, cervicales et du bassin et douleurs musculaires diffuses.

Céphalées chroniques.

Enraidissement après position assise prolongée, ou une position statique prolongée.

On retrouve une EVA 7-8 sous 6 cp/jour de Zaldiar + 3 cp/j d'Irfen 600mg.

Sans la prise de ces traitements l'EVA est à 10/10.

Elle n'arrive pas à faire son ménage (dit ne pas pouvoir passer le chiffon), et a besoin d'une aide 2 h/semaine, ainsi que de ses enfants pour ce faire.

Fait faire les courses par ses enfants, n'arrive pas à porter le moindre sac hormis son sac à main, avec contracture des 2 avants bras. Parfois elle lâche des objets du fait de contractures et des douleurs.

Elle dit être très aidée par ses enfants

Ne parvient pas à acheter des vêtements en boutique car ne parvient pas à enfiler des pantalons du fait des douleurs et enraidissements.

Elle s'allonge en permanence à son domicile du fait des douleurs.

Je constate objectivement depuis début 2013 que la patiente a de plus en plus de difficultés à se déplacer sans raideur et sans se fléchir en avant. Les plaintes douloureuses sont toujours

permanentes pendant la consultation, ainsi que les pleurs secondaires à cet état. On constate également une attitude douloureuse en salle d'attente.

L'examen retrouve des points douloureux à la palpation de toutes les articulations ainsi que musculaires avec sensation qu'on lui enfle des aiguilles dans le corps.

Attitude en flexion antérieure du buste avec enraidissement lors de la reprise de la marche après une position assise prolongée. Je vous renvoie au rapport du 26 Mars 2013 du Centre hospitalier G. _____ qui décrit avec précision l'examen clinique rhumatologique de cette patiente resté inchangé depuis.

Sur le plan psychique, je constate également une aggravation importante ce qui m'a conduit à demander une prise en charge psychiatrique par la Dsse F. _____ pour cette patiente, depuis Février 2013 devant un syndrome anxio dépressif avec mélancolie, ruminations, troubles de la concentration, perte d'élan vital et idées noires »,

vu le rapport final du 21 juin 2013 de la Fondation N. _____,
conclu en ces termes :

« **Conclusion**

S. _____ éprouve le besoin de parler avec un professionnel. Ainsi, nous considérons qu'elle doit continuer ses séances avec sa psychiatre et son psychologue. Par ailleurs, elle doit continuer à être suivie pour mieux gérer ses angoisses et sa permanente hypervigilance qui l'empêchent à se concentrer sur une tâche. Par ailleurs, nous avons essayé de lui montrer des techniques de relaxation pour qu'elle puisse calmer ses angoisses, mais cela n'a pas été évident en raison de son état très anxieux. De plus, en raison de son manque de concentration et de sa grande tristesse, elle n'a pas pu réaliser des exercices qui lui permettraient de mieux gérer ses pensées et notamment ses émotions.

Vu la situation de S. _____, nous sommes réservés quant à sa capacité de travail, notamment pour des raisons liées à son état psychique. Toutefois, nous pensons qu'il est important qu'elle puisse améliorer sa situation sociale en participant à des activités lucratives et en élargissant son réseau social. Pour l'instant, S. _____ est assez "fermée" et n'arrive pas à faire facilement confiance à de nouvelles personnes. Nous espérons que son travail psychothérapeutique lui permettra de s'ouvrir plus envers autrui et petit à petit de réaliser des activités à l'extérieur, par exemple dans un atelier d'occupation »,

vu le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique établi le 6 octobre 2014 par les Drs J. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins au SMR, qui ont

examiné l'assurée le 13 août 2014 et dont il résulte notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
 - **SYNDROME ROTULIEN BILATÉRAL DANS LE CADRE D'UNE DISCRÈTE GONARTHROSE D DÉBUTANTE. M 17.**

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***
 - **FIBROMYALGIE. M 79.0**
 - **EXCÈS PONDÉRAL AVEC BMI À 28.**
 - **DISCRET STATUS VARIQUEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS.**
 - **HYPERCHOLESTÉROLÉMIE.**
 - **STATUS APRÈS RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU DANS L'ENFANCE.**
 - **STATUS APRÈS TUBERCULOSE LATENTE TRAITÉE PAR RIFAMPICINE.**
 - **DYSTHYMIE (F34.1).**
 - **MAJORATION DE SYMPTÔMES PHYSIQUES POUR DES RAISONS PSYCHOLOGIQUES (F68.0).**

[...]

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, normocarde, normotendue. L'assurée présente un excès pondéral avec un BMI à 28. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'assurée présente un discret status variqueux des membres inférieurs. L'abdomen est souple, diffusément douloureux, surtout à l'hémiabdomen G, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable. En cours d'entretien, l'assurée pleurera à plusieurs reprises, parfois sans raison évidente. En cours de status, l'assurée se montrera démonstrative, pleurant et poussant des cris parfois en dehors de la mobilisation des articulations ou pendant celle mobilisation et l'assurée développera à plusieurs reprises des contrepulsions à la mobilisation des membres supérieurs, des hanches et des genoux. Cependant, la tolérance à la position assise en cours d'entretien est bonne, puisque l'assurée reste assise sans gêne particulière pendant une heure.

[...]

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées ainsi que d'une importante démonstrativité, l'assurée se touchant ostentatoirement le bas du dos avant l'examen du rachis, poussant des cris et pleurant à la flexion lombaire et à la rétroflexion du tronc ainsi qu'aux latéroflexions du tronc. La mobilité cervicale est bien conservée. L'assurée pousse cependant des cris et pleure pendant l'examen du rachis cervical, même lorsque l'on ne mobilise pas son rachis cervical. L'assurée se plaint de vertiges à la flexion cervicale. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité des deux hanches qui est discrètement limitée

surtout en flexion, en raison de gonalgies. L'assurée pousse cependant des cris et pleure à l'examen des membres supérieurs, des genoux et des hanches Elle présente également un syndrome rotulien bilatéral et pousse des cris à la manœuvre du rabot ddc. L'assurée présente par ailleurs des douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce qui nous fait confirmer ce diagnostic comme les rhumatologues du Centre hospitalier G._____ et la Dresse V._____ du Centre hospitalier G._____. Si, dans un premier temps, le Centre hospitalier G._____ a posé le diagnostic de possible spondylarthrite indifférenciée HLA 627 négative, ce diagnostic semble avoir été exclu dans un second temps et les rhumatologues du Centre hospitalier G._____ ont retenu plutôt, le 24.06 2013, un diagnostic de syndrome fibromyalgique et de syndrome d'hypermobilité ligamentaire. La Dresse V._____, quant à elle, pose plutôt également le diagnostic de fibromyalgie, en raison d'un tableau typique que nous retrouvons également à l'examen clinique au SMR. Par ailleurs, comme le relève les rhumatologues du Centre hospitalier G._____ dans leur lettre du 24.06.2013, les douleurs polyarticulaires présentées par l'assurée ne sont pas typiques pour une spondylarthropathie et l'inefficacité des anti-TNF alpha parlent contre cette possibilité diagnostique. Par ailleurs, malgré que nous n'ayons pas à disposition les clichés de l'IRM lombaire et des sacro-iliaques du 16.06.2011, celle-ci n'aurait pas mis en évidence d'anomalies lombaires ou sacroiliaques, bien que des radiographies des sacro-iliaques d'avril 2011 auraient mis en évidence des remaniements du versant iliaque D et un CT-Scan une atteinte évocatrice d'une sacroiliite G. Cependant, il faut relever que l'IRM lombaire est l'examen qui est le gold standard pour mettre en évidence des sacroiliites et que l'IRM de 2011 n'en a pas mis en évidence. N'ayant pas à disposition le CT-Scan des sacro-iliaques de 2009, les radiographies des sacro-iliaques selon Barsony d'avril 2011 et l'IRM lombaire et des sacro-iliaques du 16.06.2011, nous avons demandé à l'assurée de nous faire parvenir au plus vite ces clichés, ce qu'elle n'a malheureusement pas fait.

Par ailleurs, les médecins du Centre hospitalier G._____ retiennent un possible syndrome d'hypermobilité articulaire pour lequel nous n'avons actuellement pas au status assez d'éléments, au vu de la présence au status de seulement 4 critères de Beighton sur 9. Par ailleurs, une radiographie du genou D met en évidence une discrète gonarthrose D bicompartimentale fémoro-tibiale externe et surtout fémoro-tibiale interne.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui sont, pour la plupart, respectées dans une activité de ménagère. Ainsi, d'un point de vue purement rhumatologique, l'incapacité de travail dans une activité de ménagère est tout au plus de 20 %. Ceci contredit l'enquête ménagère qui relève une invalidité de 40,5 %. Cette différence d'appréciation s'explique probablement par la présence d'une importante démonstrativité chez cette assurée, qui a fait d'ailleurs retenir à la Dresse I._____, médecin psychiatre qui a examiné l'assurée au cours du présent examen SMR, le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. C'est probablement cette majoration des symptômes qui a conduit également les médecins traitants à attester une incapacité de travail

totale, même dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Par ailleurs, la fibromyalgie ne s'accompagnant actuellement pas d'une pathologie psychiatrique concomitante incapacitante ou de critères de sévérité, elle ne peut conduire à la définition d'une incapacité de travail. Cependant, au vu du caractère démonstratif de l'assurée et de la présence d'une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, des mesures d'ordre professionnel ont toutes les chances d'échouer.

Sur le plan psychiatrique, dès l'âge de 6-7 ans, l'assurée est abandonnée par sa mère, son père est emprisonné et elle est placée dans un orphelinat jusqu'à l'âge de 17 ans.

Violée par son futur mari avec lequel elle se marie en 1986, la vie de couple est décrite comme conflictuelle, marquée par la violence.

Femme battue, passive et dépendante de son mari, elle subit en silence, mais sa souffrance aboutit à un tentamen médicamenteux il y a 16 ans. Elle reprend la vie de couple, jusqu'en 2003, quand son mari quitte la Suisse.

Dans un contexte de douleurs chroniques, depuis 2010, progressivement, l'assurée développe une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle, d'accompagnement et elle bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis le 11.02.2013 auprès de la Dresse F._____, psychiatre FMH. Dans son rapport médical du 23.04.2013, la psychiatre retient le code F33, qui correspond à un trouble dépressif récurrent et elle atteste une incapacité de travail à 100 % depuis une date inconnue et jusqu'à une date également inconnue. La Dresse F._____ ne précise pas l'intensité du trouble de l'humeur, ne rapporte pas d'épisodes dépressifs récidivants, entrecoupés de périodes sans dépression notable et les seuls symptômes psychiatriques rapportés sont : la tristesse et l'anhédonie. Les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Le traitement médicamenteux antidépresseur n'est pas compatible avec un épisode dépressif majeur.

Au sujet des limitations fonctionnelles, toutes les cases du questionnaire y relatives étant cochées sous la rubrique « non ou limitée » ne correspondent à l'état de l'assurée pendant l'examen clinique de ce jour.

L'enquête ménagère du 11.02.2011 détermine une invalidité de 40,5 %.

Notre examen clinique psychiatrique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, d'état de stress post-traumatique, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre observation clinique, 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 dysthymie ne justifie pas une diminution de la capacité de travail.

Nous avons retenu également le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le trouble n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte de l'intégration sociale, dans toute les manifestations de la vie (inchangée) ni d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

Le code F33, soit un diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par la Dresse F. _____ n'a pas été retenu car les critères cliniques ne sont pas réunis. Selon la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité, répondant aux critères d'une manie. Or, dans le dossier médical, aucun document médical en notre possession ne rapporte l'existence de plusieurs épisodes dépressifs récidivants entrecoupés de périodes sans dépression notable.

Malgré les efforts consentis par l'entourage social et AI de l'assurée pour mener à bien le stage P. _____, l'assurée a présenté, dès le premier jour du stage, un certificat d'incapacité totale du 07.05.2013 au 23.05.2013, daté du 07.05.2013. Finalement, le stage a pu avoir lieu du 14.05.2013 au 03.06.2013, 32 heures/semaine, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, soit sans port de charges ni activité de ménage. Selon le rapport d'observation professionnelle du 10.06.2013, durant la période du 24.05 au 03.06, l'assurée n'a été présente que 7 jours ; par conséquent, la mesure a été interrompue le 03.06.

Notre assurée, qui n'a jamais eu d'activité lucrative, sans formation professionnelle, démotivée, qui présente des difficultés linguistiques, n'a aucun projet professionnel en raison de son état de santé.

Sur la base de l'examen clinique de ce jour, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant, ce qui ne justifie pas une quelconque diminution de sa capacité de travail évaluée à 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

A notre avis, vu la démotivation de l'assurée et la diminution de ressources d'adaptation au changement, le programme de réinsertion professionnelle est voué à l'échec.

Limitations fonctionnelles

Pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou échelle. Pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur.

Sur le plan psychiatrique : il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

[...]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME MÉNAGÈRE
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS : JANVIER 2009 »,

vu les rapports joints à ce rapport d'examen, à savoir :

- Un rapport du 24 juin 2013 des Dresses T. _____ et E. _____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier G. _____, estimant qu'il s'agit plutôt d'un tableau fibromyalgique intriqué avec un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire ;

- Un rapport du 23 octobre 2013 de la Dresse V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, mentionnant notamment ce qui suit :

« Comme vous le savez, à l'époque, on avait parlé d'une suspicion de spondylarthrite indifférenciée, diagnostic que personnellement je ne retiens pas. En effet, les douleurs ont un caractère mécanique et cliniquement, nous trouvons un tableau de fibromyalgie chez une patiente très déprimée, totalement déracinée. Il y a des troubles de la conscience corporelle et une insuffisance musculaire focale et globale pour lesquelles le seul traitement reste des séances actives de physiothérapie à sec et en piscine.

Personnellement, je ne trouve pas utile de faire d'autres investigations sur le plan rhumatologique, car le diagnostic de fibromyalgie me paraît évident. En ce qui concerne ses gonalgies, elles sont toujours localisées aux insertions de la patte d'oie, donc douleurs qui font partie du syndrome fibromyalgique. A ceci, s'ajoute très probablement des symptômes évocateurs d'un syndrome fémoro-patellaire qui ne mérite pas d'autres traitements, hormis le renforcement du quadriceps »,

vu le projet de décision du 6 novembre 2015 dans lequel l'OAI informe l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente,

vu les objections formulées par l'assurée le 4 décembre 2015,

vu le rapport du 16 décembre 2015 de la Dresse F._____ posant le diagnostic de F33.9 (trouble dépressif récurrent sans précision) et indiquant une incapacité de travail totale, de multiples restrictions surtout psychiques, mais aussi physiques et surtout de grosses difficultés mentales,

vu l'avis médical du 9 février 2016 des Drs D._____ et M._____ du SMR, dont il résulte notamment ce qui suit :

« S'agissant d'une fibromyalgie, et les divers intervenants en sont convaincus (service de rhumatologie Centre hospitalier G._____ lettre 24.6.2013 — examen SMR rhumatologique et psychiatrique du 13.8.2014), nous devrions revoir ce cas à l'aune des critères de l'arrêt du 3.6.2015. Cependant, dans son arrêt du 9C_899/2014 du 29.6.2015, le TF affirme que, en présence de plaintes majorées, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, pourtant retenu par les experts, doit être écarté. Or, les experts du SMR retiennent clairement le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). En page 8/13, on relève effectivement : *« elle présente une amplification verbale de toutes ses plaintes. Elle ne présente pas de comportement algique »*.

Cependant, dans son article récent paru dans la revue « Plaidoyer », Anne-Sylvie Dupont, Dr. en droit pointe le danger qu'il y aurait à limiter une analyse médicale sur la base de la présence d'un des critères d'exclusion selon l'ATF 131 V49, correspondant de fait aux critères d'exclusion du juge Hans Jakob Mosimann établis en 1999. Nous procédons néanmoins à une analyse du cas, à la lumière de la revue de l'expertise et des pièces produites depuis.

Gravité fonctionnelle de l'atteinte :

Axe « atteinte à la santé » : un syndrome rotulien bilatérale avec discrète gonarthrose, n'est pas une pathologie grave et est susceptible d'être traité aisément par un traitement antiinflammatoire et un chondroprotecteur. Nous ne revenons pas sur les pathologies initialement suspectées et exclues (éventuelle spondylarthropathie ou syndrome d'hyperlaxité).

Une dysthymie est une affection chronique qui n'atteint pas le degré de gravité d'un épisode dépressif, non incapacitant. Les modifications du traitement s'entendent dans le contexte d'une dysthymie chronique, susceptible à des évolutions thymiques et à des adaptations de traitement. Rappelons que les éléments de phobie social avancés par l'assurée ne sont repris ni par le psychiatre traitant, ni par les experts du SMR. Il est surprenant que l'assurée ait présenté tant de difficulté pour assister au stage [...] d'un mois en 2013, soutenue par un certificat médical établi le jour de l'entrée prévue, stage repoussé à une semaine et qui se caractérisera par une présence de 7 jours sur 11 jours, amenant l'arrêt de la mesure: Les déclarations de l'assurée sur son temps de

travail qu'elle estime faire à raison de 8heures/jour ne concordent pas avec le 80% prévu (note de la REA du 3.6.2013). Ces éléments font apprécier l'échec de la réadaptation comme un caractère non invalidant de l'affection.

Axe « personnalité » : il n'y a pas de trouble de la personnalité qui soit reconnu par aucun des intervenants psychiatriques.

Axe « contexte social » : l'assurée ne vit plus avec son mari qui la battait. Elle est toujours entourée par ses enfants. L'examen de la vie quotidienne démontre qu'elle sait se trouver des occupations, qu'elle peut sortir faire des courses, n'est pas confinée et est aidée par ses enfants mais est capable de faire la cuisine. Nous ne voyons là aucun élément susceptible d'entraver plus une activité que les douleurs de la fibromyalgie seraient susceptible d'impliquer. Au contraire, le fait de ne plus être soumise à un mari violent et d'être bien entouré par ses enfants constitue autant de ressources que l'assurée devrait exploiter. De la même manière savoir qu'elle n'a pas de spondylarthropathie, de ne pas avoir à se soumettre à un traitement (Remicade stoppé) pourrait être vécu comme un soulagement.

Cohérence des troubles :

De fait l'assuré en présentant une audition, veut démontrer qu'elle juge que son état est mauvais. En fait, nous comprenons qu'il n'a pas changé, et ce malgré l'exclusion d'une spondylarthropathie. Entretemps, l'expertise et l'enquête ménagère ont démontré l'existence d'une CT de 80 % comme ménagère ou dans une activité adaptée depuis janvier 2009. Il est étonnant qu'elle puisse préparer dans son ménage la cuisine tous les jours, et 3 fois par semaine des plats de son pays, plus élaborés et d'autre part n'a pu lors du stage de 2013, participer à des petits travaux (retouches de vêtements, comptage du propre et du sale, rangements, conditionnement en bouteilles de liquide). Par ailleurs, on ne comprend pas comment une assurée affectée d'une dysthymie n'a pu assister à un stage P. _____ et n'ai pu le mener à terme. Tant le diagnostic évoqué et ses implications sur son engagement, que la discordance dans ses activités lors de son stage, par rapport à ses activités domestiques, démontre une incohérence de son comportement.

En conclusion, au cas où le trouble somatoforme ne devrait pas de facto être écarté par l'existence de plaintes majorées, tant l'analyse de l'atteinte fonctionnelle que l'absence de cohérence des troubles permettent de considérer l'existence d'une fibromyalgie (apparentée au syndrome somatoforme), comme non incapacitant. »,

vu la décision rendue le 16 février 2016 par l'OAI rejetant la rente en considérant notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Sur la base des éléments contenus au dossier, vous êtes au bénéfice de l'aide sociale depuis plusieurs années.

Selon nos observations, sans atteinte à la santé, vous auriez dû travailler à plein temps ; dès lors, nous vous avons considérée au statut comme une personne active à 100 %.

Dans le cadre de votre demande de prestations, vous avez bénéficié d'une évaluation auprès de N. _____ et un stage à P. _____, lequel s'effectuera seulement six jours, par manque de motivation.

En complément aux renseignements médicaux en notre possession, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique s'est déroulé en août 2014 au Service Médical Régional AI.

Il ressort des observations médicales que la capacité de travail est de 80 % dans l'activité habituelle de femme de ménage. En revanche, vous conservez une capacité de travail de 100 %, depuis janvier 2009, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou échelle ; pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur. Il ressort également de l'examen, aucune limitation fonctionnelle psychiatrique.

Tel est le cas dans des activités adaptées, comme par exemple, le contrôle de production, opératrice en salle blanche, opératrice en horlogerie, vidéosurveillance.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'225.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'394.00 (CHF 4'225.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'728.00.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances

du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 50'091.60.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 52'728.00, selon la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique.

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 52'728.00

avec invalidité CHF 50'091.60

La perte de gain s'élève à CHF 2'636.40 = un degré d'invalidité de 5 % »,

vu le recours interjeté le 18 mars 2016 par S._____,
concluant avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision du 4 mars 2016 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire sous la forme d'une expertise externe à l'assurance puis rende une nouvelle décision,

vu la réponse du 28 avril 2016 de l'OAI concluant au rejet du recours,

vu la réplique du 24 juin 2016 de la recourante maintenant ses conclusions et produisant un rapport du 8 juin 2016 de la Dresse F._____
dont il résulte notamment ce qui suit (sic):

« S._____ est venue consulter sur conseil de la Dsse Z._____, son médecin traitant depuis février 2013, à la suite d'une péjoration de son état physique en lien avec des douleurs othéo-articulaires connues de longue date.

Durant le suivi psychiatrique intégré, comprenant un suivi médical régulier, une pharmacothérapie ainsi qu'un suivi infirmier psychiatrique à domicile, nous observons une péjoration croissante de son état psychique.

Du fait de sa péjoration du status mental une incapacité de travail totale au long cours s'en suit »,

vu la duplique du 11 août 2016 de l'OAI produisant un avis du 8 août 2016 du Dr M._____, relevant que selon cet avis, l'instruction est

suffisamment complète, mais suggérant - dans l'hypothèse où la Cour de céans devrait être d'avis que l'analyse du cas, basée sur une revue des indicateurs standards en détail telle que recommandée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), ne paraissait pas suffisante - qu'une expertise psychiatrique, voire une expertise « méd@P » avec volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne pourrait être ordonnée,

vu l'avis précité dont il résulte notamment ce qui suit :

« Le seul élément que nous pouvons discuter est la lettre du 8.6.2016 du psychiatre traitant le Dr. F._____. Il est fait état d'une péjoration de ses problèmes physiques, domaine situé en dehors de sa spécialité. La pathologie somatique constituée par le syndrome rotulien ainsi que la fibromyalgie sont des affections chroniques, susceptibles de fluctuations, mais qui ont été jugées non incapacitantes dans une activité adaptée. Nous ne voyons pas d'intérêt, vu l'instruction complète à y revenir. En ce qui concerne une « péjoration croissante de son état psychique », avec « pharmacothérapie et suivi infirmier à domicile », avec incapacité de travail totale depuis une date non précisée, il pourrait s'agir d'un état transitoire réactionnel à la décision négative de l'office du 16.2.2016. Nous n'avons cependant aucun moyen, vu le rapport très succinct du Dr. F._____, de nous prononcer, conscient du diagnostic de majoration de symptôme physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) porté le 13.8.2014. Dans la mesure où le dernier rapport plus étoffé que la lettre du 8.6.2016 du Dr. F._____ est récent (6.1.2016), reprend les mêmes diagnostics que dans son rapport de 2013, a déjà été commenté dans notre dernier avis, il n'y a aucun intérêt à demander un rapport complémentaire à ce praticien.

En conséquence, plaise au tribunal d'organiser une expertise psychiatrique, voire une expertise méd@ P avec volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne dans le cas où l'analyse du cas effectuée par nos soins en audition, se basant sur une revue des indicateurs standards en détail tels que recommandé par l'OFAS, ne paraîtrait pas suffisante »,

vu les pièces du dossier ;

attendu que le recours, interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que la recourante soutient que l'instruction doit être complétée par une expertise,

que, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur - en l'espèce l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

qu'en l'espèce sur le plan somatique, le diagnostic de spondylarthropathie avec atteinte axiale et périphérique initialement posé n'a finalement pas été retenu, les Dresses T._____ et E._____ estimant le 24 juin 2013 qu'il s'agit plutôt d'un tableau fibromyalgique intriqué avec un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire,

que ce dernier diagnostic avait déjà été évoqué par les Drs B._____ et X._____ le 27 novembre 2009, et le 26 mars 2013 par le Prof. L._____ et le Dr C._____, relevant que ce qui frappait au status, était la présence d'une hypermobilité avec un score de Beighton à 8/9,

que toutefois le Dr J. _____ qui a examiné la recourante le 13 août 2014 ne retient pas ce diagnostic, faisant état d'un score de Beighton à 4/9,

que les rapports de ces médecins ne permettent pas de savoir si ce diagnostic doit être retenu ou non, ni son incidence sur la capacité de travail de la recourante,

que le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire bilatérale symptomatique à gauche a également été posé,

qu'en outre la majorité des médecins consultés retient le diagnostic de fibromyalgie,

que, bien que s'agissant d'un diagnostic somatique, la fibromyalgie présentant de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, il y a lieu, 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 de cette affection (ATF 132 V 65 consid. 4),

que 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),

qu'il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4),

que 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7),

que la preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées,

que le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou une constellation semblable (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2),

qu'à lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération,

qu'une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1),

que cette grille d'évaluation comprend 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,

qu'il s'agit également de tenir 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,

que 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),

que la grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend 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,

qu'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,

qu'il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé,

qu'il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés,

que 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,

que l'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 (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie,

que, de manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération,

que, 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),

qu'en l'espèce, même les critères selon l'ancienne jurisprudence n'ont été examinés que sommairement par la Dresse I._____,

que seuls cette praticienne et le Dr J._____ font état d'une importante démonstrativité chez la recourante,

que le Dr M._____ qui s'est prononcé sur le dossier uniquement n'est pas spécialiste en psychiatrie,

que le dossier ne permet pas une appréciation concluante du cas en fonction des indicateurs déterminants,

que, de plus, sur le plan psychiatrique, divers diagnostics sont retenus, à savoir une dysthymie pour la Dresse I._____ et un trouble dépressif récurrent pour la Dresse F._____, ces deux praticiennes divergeant également quant à l'estimation de la capacité de travail entière pour la première et nulle pour la seconde,

qu'en outre, en cours de procédure, la Dresse F._____ atteste d'une péjoration croissante de l'état psychique de la recourante, le traitement comprenant un suivi médical régulier, une pharmacothérapie et même un suivi infirmier psychiatrique à domicile,

que compte tenu des avis divergents des médecins et de la nouvelle jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux, le dossier ne permet pas de statuer en connaissance de cause,

qu'une expertise pluridisciplinaire portant tant sur les problèmes somatique que psychiatrique de la recourante apparaît dès lors nécessaire ;

attendu que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet, notamment sur le plan médical (art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 2015 à propos de cet arrêt),

qu'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

quel tel est le cas en l'occurrence,

que le recours se révèle ainsi bien fondé (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction conformément à l'art. 44 LPGA, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire avec en particulier des volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts ;

attendu que la recourante obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

qu'en l'état de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 2'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.26.5.1]),

qu'au surplus, débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision, rendue le 16 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans les sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour S. _____),
- 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 :