

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) V._____, née en 1967, a travaillé en dernier lieu en qualité d'ouvrière pour le compte de la société Y._____ SA à [...]. En incapacité de travail depuis le mois de mars 1997 en raison d'une fibromyalgie et de tendinites à répétition, elle a déposé le 10 février 1999 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Après avoir recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (rapports du Dr H._____ des 6 juillet 1999 et 9 octobre 2000, du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, du 18 août 1999 et de la Dresse D._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, du 17 juillet 2000), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a, par décision du 18 octobre 2000, rejeté la demande de prestations, au motif qu'elle ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante.

b) Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire aux Drs F._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 7 janvier 2002, ces médecins ont retenu les diagnostics de tableau clinique de fibromyalgie et de trouble dépressif récurrent d'importance faible à moyenne, sans symptômes psychotiques. Dans le cadre de la discussion du cas, les experts ont fait état des éléments suivants :

Madame V._____ présente des plaintes somatiques compatibles avec un tableau clinique de fibromyalgie. Celui-ci a entraîné une incapacité de travail, secondaire au handicap fonctionnel progressif. Comme il est classique dans ce genre de tableau clinique, d'autres éléments interviennent dans la majoration des plaintes douloureuses ; il n'y a actuellement pas de vrai état dépressif, mais celui-ci est sous-jacent et récurrent, comme on le voit dans environ un tiers des tableaux cliniques de fibromyalgie.

L'OAI a refusé les prestations après examen du dossier, estimant qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante et que le problème résidait surtout dans la situation sociale de l'intéressée. Sur le fond, en fonction des définitions actuelles de la maladie et de l'invalidité, l'AI a raison. Il est difficile de justifier d'une incapacité de

travail de longue durée pour un trouble dépressif récurrent, surtout de faible à moyen et il [...] n'est pas nécessairement justifié d'accepter une incapacité de travail pour un syndrome fibromyalgique pris isolément. Le problème réside ici ailleurs, en dehors du champ de la médecine.

L'anamnèse de Madame V. _____ est marquée aussi bien par un certain nombre d'événements de vie plus ou moins traumatisants que par des manques dans ses repères affectifs. On retiendra ses moments dépressifs dès l'enfance et la propre dépression de la mère qui est à l'AI, le divorce des parents, une scolarisation peu poussée, un investissement dans une entreprise privée (épicerie) qui échoue rapidement (dépôt de bilan), un mariage catastrophique marqué par la drogue, la prison et les tromperies, un travail répétitif et peu valorisant (coller des étiquettes sur des verres), une nouvelle rencontre plus ou moins idéalisée avec un homme à l'AI, de qui elle a trop rapidement un enfant, de surcroît, prématuré avec tout ce que cela implique (couveuse à Berne). La personnalité s'est construite sur un modèle parental défectueux et les ressources personnelles sont insuffisantes pour faire face aux divers problèmes que la vie peut réserver.

Madame V. _____ fait partie de ces personnes qui sont prises dans ce que l'on appelle un processus d'invalidation et qui *souffrent* d'un problème de compétence sociale. Cette dernière consiste en la capacité de mettre en œuvre à tout moment des facteurs tels que motivation, anticipation, image de soi positive, sens des responsabilités, maîtrise de l'espace, utilisation des acquis dans les disciplines implicites de la vie quotidienne que sont la gestion de sa santé, le budget, la formation, l'emploi, la famille, le logement, les loisirs, le tout en interaction (réciprocité) avec l'entourage.

Il y a chez les personnes décrites comme incompétentes sociales une insuffisance de capacité d'anticipation, une image de soi et un sens des responsabilités défectueux ainsi qu'une faible capacité d'utilisation des acquis. Les causes sont à rechercher à divers niveaux, que ce soit l'éducation, la culture d'origine, ou tout simplement les capacités intellectuelles. Le résultat en est que lorsque ces personnes se heurtent à des « embûches » de vie, elles présentent une difficulté, voire une impossibilité d'opérer des processus d'assimilation (incorporer les choses et les personnes externes aux structures déjà construites) et d'accommodation (réajuster les structures en fonction des transformations extérieures). Il s'en suit une marginalisation et une péjoration de l'état de santé qui ne peut que s'accroître, correspondant d'une certaine manière à ce qui a été décrit sous le terme de *modèle de décalage du changement culturel*, situation dans laquelle le processus provoque un effet délétère sur la santé d'autant plus important que l'individu n'a qu'un accès limité aux ressources du système.

Les conséquences de qui précède sortent évidemment complètement du champ de la médecine stricte et se situent hors de celui de la décision médicale, le problème étant totalement socioculturel et secondairement financier. La culture médicale actuelle cherche cependant à intégrer de plus en plus les variables culturelles, sociologiques, voire anthropologiques dans sa pratique,

ce qui n'est pas le cas de l'AI et pas nécessairement celui des juristes. Sur un plan strictement médical, on peut considérer que la patiente peut travailler à 100 %, il n'en reste pas moins que nous sommes convaincus qu'elle ne retravaillera jamais, non pas parce qu'elle ne le veut pas, mais parce qu'elle ne le peut pas, en d'autres termes si elle n'est pas à la charge de l'AI, elle le sera à d'autres instances privées ou sociales. Il nous semble également important que l'on tienne compte dans la décision que Madame V. _____ est mère de deux enfants, dont un tout petit, et que d'un point de vue médico-psychologique une stabilité sociale et financière minimale est nécessaire pour que les enfants aient moins de risques de se retrouver dans quelques années dans les mêmes processus que leur mère et leur grand-mère.

Nous espérons avoir donné tous les éléments de compréhension pour qu'une décision puisse être prise, après avoir aussi indiqué les limites de la décision médicale dans ce type de problématique.

Considérant que ce rapport d'expertise ne remplissait pas les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante, le Tribunal des assurances a, sur la base des autres pièces médicales versées au dossier, partiellement admis le recours et alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 1998 (jugement du 27 juin 2002 dans la cause AI 351/00 - 279/2002).

c) Par arrêt du 14 novembre 2003, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours formé par l'office AI, annulé le jugement du Tribunal des assurances du 27 juin 2002 et renvoyé la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouveau jugement (TF I 776/02).

d) Dans le cadre de la mise en œuvre de ce jugement, le Tribunal des assurances a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique à la Dresse Z. _____. Dans son rapport du 3 août 2005, ce médecin a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de dysthymie et de syndrome douloureux somatoforme persistant et apprécié la situation de la manière suivante :

L'anamnèse de l'expertisée met en évidence des carences affectives, éducationnelles et des maltraitances depuis la petite enfance. Madame est également confrontée aux séparations répétées des parents et à plusieurs déménagements. Ces différents éléments ont interféré avec la construction d'un Moi psychique suffisamment solide pour affronter les aléas de l'existence. En outre,

à l'âge de 18 ans, Madame est enceinte ; elle accouche d'une fille puis épouse le père de son enfant en 1987. Environ 3 ans plus tard, cet homme se lance dans le trafic de stupéfiants et consomme en parallèle des drogues dures. A cette époque, Madame doit élever sa fillette et s'occuper d'un magasin d'alimentation peu rentable. Par la suite, Monsieur sera détenu à 3 reprises, au total plus de deux ans, l'expertisée devant gérer cette situation. Craignant de se retrouver seule, Madame maintient la vie conjugale, puis finalement requiert le divorce, apprenant par ailleurs des relations extraconjugales de la part de son mari.

En 2000, elle fait la connaissance de son mari actuel et rapidement, est à nouveau enceinte. Elle accouche d'un grand prématuré et doit à nouveau gérer une situation difficile craignant de perdre son enfant. Finalement la situation évolue favorablement puisque Mme V. _____ décide avec son mari d'avoir un 3^{ème} enfant, né en mars 2005.

Sur le plan de la psychopathologie, l'expertisée a présenté trois brefs épisodes de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, ceci en 1992, 1998 et début 2004, en relation avec des évènements de vie difficile. Ces difficultés d'adaptation peuvent être imputées à une prédisposition et à une vulnérabilité individuelle de l'expertisée. Entre ces épisodes, Mme V. _____ présente les symptômes d'une dysthymie, définis comme suit dans la Classification Internationale des Troubles Mentaux et Troubles du Comportement : *dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Le trouble peut toutefois avoir répondu aux critères d'un épisode dépressif léger dans le passé, en particulier au moment de son installation. La fréquence et la durée des périodes individuelles de dépression légère ou des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale sont très variables. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours, de quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien mais, la plupart du temps, (pendant plusieurs mois consécutifs), ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.*

Mme V. _____ ne présente pas de trouble grave de la personnalité susceptible d'induire un fonctionnement pathologique au quotidien.

Par ailleurs il existe des discordances entre les plaintes émises par l'expertisée et ce qui est objectivé durant l'entretien. En effet, Mme V. _____ se déplace sans difficulté, monte aisément les marches de l'escalier, s'assied et se relève normalement du siège. Elle ne manifeste aucune douleur après plus de deux heures d'entretien. En outre, elle s'occupe de deux enfants en bas âge, dont un nourrisson de 4 mois qu'elle allaite à la demande, soit fréquemment.

Quant à la sociabilité, celle-ci est conservée avec la famille de Madame et certains paroissiens ; par conséquent on ne peut évoquer une perte de toute sociabilité.

A relever un conflit intrapsychique lié aux difficultés de vie de l'expertisée, à sa situation conjugale, susceptible d'expliquer l'émergence des douleurs diffuses. Néanmoins, cet état n'apparaît pas cristallisé et entraîne non seulement des bénéfices primaires mais également secondaires.

Quant à la médication, l'expertisée signale ne plus prendre ni antalgique ni psychotrope et elle a cessé tout suivi psychiatrique depuis 2004. Au vu du syndrome douloureux somatoforme persistant et après étude de la revue médicale, un traitement sérotoninergique et noradrénergique type Mirtazapine (Remeron) paraîtrait justifié, dans le but d'élever le seuil de la douleur et améliorer la dysthymie. Ce traitement devrait être introduit une fois l'allaitement terminé. (Confère références annexées).

Au vu de ce qui précède, sur le plan psychique, la capacité de travail peut être considérée comme entière. Néanmoins le pronostic quant à la reprise d'un quelconque emploi me paraît mauvais, ceci essentiellement pour des raisons psychosociales (difficultés avec le conjoint, problèmes financiers et absence de formation professionnelle), ces éléments sortant du champ médical.

Le 5 janvier 2006, l'assurée a décidé de retirer le recours qu'elle avait déposé le 2 mai 2002.

B. Le 31 décembre 2012, V._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de celle-ci, elle a produit un rapport médical du Dr H._____ du 22 février 2013, où celui-ci a expliqué :

Mme V._____ présente de longue date des douleurs physiques comme manifestation d'un état dépressif de fond, douleurs qui avaient fait en son temps l'objet d'une demande de prestations AI. Depuis quelques années, même en l'absence de ces douleurs, la patiente vit dans un état dépressif quasi permanent ponctué de grandes vagues d'angoisse et de désespoir, particulièrement depuis que sa mère a réussi sa Xème tentative de suicide en 2008.

Malgré la présence de son mari et de ses enfants de 11 et 7 ans, elle éprouve un grand sentiment de solitude et fond souvent en crises de larmes sans raison apparente. Ces états s'accompagnent de nausée, palpitations, étourdissements l'obligeant à s'allonger le temps que ça passe.

Son travail ménager, source d'un grand stress, est vécu comme une obligation qui lui tient malgré tout à cœur de bien faire, mais accompli dans l'angoisse de ne pas parvenir à le terminer du fait des douleurs tendino-musculaires pouvant apparaître à tout moment. C'est une course contre le temps. Quand elle n'y parvient pas, cela devient un nouvel élément de dépression et de mésestime de soi. Toute pensée d'activité est anxiogène par crainte de ne pas pouvoir

l'accomplir, générant une sensation d'impuissance et d'échec. Parfois, c'est une crise de découragement et de désespoir avec l'envie de s'asseoir, ne plus rien faire et pleurer. Mme V._____ bénéficie d'une aide ménagère hebdomadaire.

Dans ce contexte, la moindre activité devient vite exténuante et nécessite d'être suivie d'une longue période de repos pendant laquelle Mme V._____ a besoin d'une grande tranquillité autour d'elle. Dans ce contexte, les activités familiales pourtant normales de ses proches (mari et enfants) sont vécues comme dérangement, générant une irritation que la patiente regrette souvent par la suite. Ceci en particulier avec le cadet [...] qui adopte des attitudes volontiers mécontentes et provocatrices. Elle apprécie leur compagnie dans la mesure où l'ambiance est tranquille.

Globalement, Mme V._____ a besoin de beaucoup de solitude avec pour conséquence une vie sociale très limitée.

Les traitements médicaux, en particuliers anti-dépresseurs permettent d'atténuer le mal-être de la patiente mais n'assurent pas une stabilité permettant à la patiente d'investir une activité professionnelle régulière. En conséquence, nous considérons que son état de santé nécessite une prise en charge sociale de cette incapacité à subvenir professionnellement à ses propres besoins.

Après avoir soumis ce rapport médical à son Service Médical Régional (SMR), l'office AI a, par projet de décision du 17 juillet 2013, informé l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision en produisant des avis médicaux du Dr H._____ (rapport du 4 novembre 2013) et de la [...] (rapport du 13 novembre 2013).

Compte tenu de ces nouveaux renseignements médicaux, l'office AI a décidé de confier la réalisation d'une expertise psychiatrique à la Dresse Z._____. Dans son rapport du 22 avril 2014, ce médecin a posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif léger (sans syndrome somatique) et apprécié la situation de la manière suivante :

A l'examen de ce jour, Mme V._____ est venue en voiture avec son mari depuis [...]. Madame a du retard suite à un accident sur l'autoroute. Elle a laissé un message sur mon répondeur, d'une voix tonique, contrairement au ton utilisé durant l'entretien.

Madame est bien orientée. Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est mis en évidence.

L'expertisée se déplace difficilement et peine à monter les escaliers. Elle s'assied et se relève normalement, sans manifester de douleurs, ni de signe d'inconfort mais en verbalisant d'importantes algies.

L'attention, la concentration et la mémoire sont globalement dans les normes.

Dans les éléments dépressifs sont présents une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables (excepté les films à la télévision), un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, auxquels l'expertisée évoque des troubles du sommeil en lien avec des douleurs ou parfois des ruminations. Selon la classification de la CIM-10, ces symptômes correspondent à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique.

On ne peut évoquer un diagnostic de trouble dépressif récurrent car Madame n'a pas présenté plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de période de rémission.

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

L'allégation d'importantes douleurs, sans substrat organique clair, accompagnées d'une détresse émotionnelle et de conflits psychosociaux majeurs permettent de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Ce syndrome ne s'accompagne pas d'une comorbidité d'acuité et de durée sévère ; en effet, un épisode dépressif léger ne représente pas un trouble psychique sévère et n'est pas incapacitant.

Mme V. _____ ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle a des contacts réguliers avec sa famille proche, peut fonctionner dans son quotidien, gérer son ménage et les diverses tâches administratives.

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

On ne peut parler d'échec des traitements, Madame cessant rapidement toutes médications, alléguant des effets secondaires à tous médicaments non homéopathiques ou phytothérapeutiques. Par ailleurs, le suivi psychiatrique a été ponctuel et peu investi par Madame.

Au vu du fonctionnement de l'expertisée dans son quotidien, elle est manifestement en mesure de surmonter ses douleurs.

Au vu de ce qui précède, le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique,

n'entraînent pas de limitation ; par conséquent, la capacité de travail est entière.

Toutefois, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est des plus mauvais, ceci en raison de multiples facteurs sociaux ; ceux-ci sortent du champ médical.

Malgré les critiques de l'assurée quant à l'exactitude des propos rapportés dans l'expertise, l'office AI a, par décision du 4 avril 2016, rejeté une nouvelle fois la demande de prestations.

C. **a)** Par acte du 4 mai 2016, V. _____ a déféré la décision du 4 avril 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle estimait que, compte tenu de la nouvelle jurisprudence en matière de syndrome douloureux somatoforme, l'instruction menée par l'office AI ne respectait pas le cadre légal défini par le Tribunal fédéral, toute une série d'éléments pertinents n'ayant pas été examinés à satisfaction.

b) Dans sa réponse du 9 juin 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant à une appréciation de la situation médicale effectuée le 1^{er} juin 2016 par le SMR, il considérait qu'il ne pouvait être retenu d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, si bien qu'une instruction complémentaire de la cause telle que requise par l'assurée n'était pas pertinente.

c) Par réplique du 15 septembre 2016, V. _____ a maintenu les conclusions prises dans son recours du 4 mai 2016. Elle a notamment produit un rapport médical du Dr P. _____ du 30 août 2016, psychiatre traitant depuis le mois de novembre 2015, aux termes duquel l'assurée était totalement incapable de travailler dans le monde professionnel.

d) Par duplique du 10 octobre 2016, l'office AI a, après avoir interpellé le SMR (rapport du 5 octobre 2016), indiqué que les nouveaux éléments produits n'étaient pas susceptibles de l'amener à modifier son point de vue sur les capacités de l'assurée.

e) Le 27 octobre 2016, V. _____ a transmis à la Cour de céans un nouveau rapport médical du Dr P. _____ du 25 octobre 2016.

f) Dans ses déterminations du 21 novembre 2016, l'office AI a, après avoir interpellé une nouvelle fois le SMR (rapport du 17 novembre 2016), confirmé le contenu de ses précédentes écritures.

g) Dans ses déterminations du 7 décembre 2016, V. _____ a pour sa part maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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 LPGGA).

b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification

notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait

l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. Il n'est pas contestable que la recourante se plaint de douleurs articulaires chroniques qui apparaissent après une brève période d'activité et dont l'importance n'est pas corrélée à un substrat organique objectivable. Aussi bien le Dr H. _____ (rapport du 4 novembre 2013), la Dresse Z. _____ (rapport d'expertise du 22 avril 2014) que le Dr P. _____ (rapport du 30 août 2016) ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Aussi convient-il d'admettre que la recourante présente une symptomatologie qui peut être assimilée à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

5. a) Au cours de ces dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

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) aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

bb) 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 (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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. 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. 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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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. 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 (inévitabile) 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

6. En l'espèce, les arguments avancés par l'office intimé pour dénier tout caractère invalidant à l'ensemble des troubles dont la recourante fait état peinent à emporter la conviction.

a) Le rapport d'expertise établi le 22 avril 2014 par la Dresse Z._____ contient un certain nombre de défauts propres à susciter des doutes quant à sa valeur probante. Si l'on fait abstraction des éléments anamnestiques simplement rapportés, il y a lieu de constater que les explications données par l'experte dans le cadre de l'appréciation du cas (rapport d'expertise, p. 14 sv.) sont relativement brèves. Le diagnostic tient en quelques lignes, sans réflexions d'ordre étiologique, et l'appréciation - sommaire - du caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant repose pour l'essentiel sur des critères qui n'ont désormais plus cours. Plus généralement, l'experte ne cherche pas à expliquer les discordances entre les indications données par la recourante et le tableau clinique qu'elle a observé, si ce n'est en évoquant, sans les détailler, la présence de multiples facteurs sociaux. A cela s'ajoute que la recourante a, dans un courrier du 17 mars 2015, émis de nombreuses critiques quant à l'exactitude des propos rapportés par l'experte, critiques qui ne pouvaient être écartées, comme l'a fait l'office intimé, en soutenant qu'il ne s'agissait que de simples questions d'appréciation.

b) Contrairement à ce que soutient l'office intimé, le contenu de l'expertise de la Dresse Z._____ ne permet pas non plus de faire

application des indicateurs mis en évidence par le Tribunal fédéral dans sa nouvelle jurisprudence.

La discussion menée par l'experte ne contient aucune réflexion sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante ainsi que sur ses fonctions psychiques de base (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Le dossier fait pourtant ressortir des éléments biographiques difficiles (carences affectives et éducationnelles, maltraitance, séparation des parents, déménagements répétitifs, suicidalité de la mère, maternité et mariage précoces, difficultés financières et conjugales, toxicomanie et incarcération du premier mari, divorce, très grande prématurité du second enfant, addiction au jeu du second mari, etc. [cf. expertise de la Dresse Z._____ du 3 août 2005, p. 18]) susceptibles de restreindre les possibilités de compensation psychique. Les médecins de la [...] avaient d'ailleurs relevé des caractéristiques relevant d'un probable trouble de la personnalité de type dépendant (rapport du 13 novembre 2013). Or la Dresse Z._____ ne s'est pas exprimée sur ce rapport et les constatations qu'il contenait, se contentant d'affirmer - sans étayer son propos - que sa recherche d'un trouble de la personnalité s'était révélée négative.

Il n'est pas contestable que la recourante souffre également depuis de nombreuses années de symptômes de la lignée dépressive, dont l'intensité variable a conduit à poser les diagnostics de dysthymie (rapport d'expertise de la Dresse Z._____ du 3 août 2005), de dépression légère (rapport du Dr H._____ du 4 novembre 2013 ; rapport d'expertise de la Dresse Z._____ du 22 avril 2014) ou encore de dépression modérée (rapports de la [...] du 13 novembre 2013 et du Dr P._____ du 30 août 2016). Or, ainsi que l'a mis en évidence la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3), une dépression de faible intensité, surtout lorsque celle-ci existe depuis de très nombreuses années, ne perd plus toute signification au moment d'apprécier la capacité résiduelle de travail, dans la mesure où il convient d'en tenir compte en tant que facteur d'affaiblissement des ressources.

Par ailleurs, la recourante évolue actuellement dans un environnement psychosocial fortement perturbé (mari souffrant d'addiction au jeu ; frère et sœur bénéficiaires de prestations de l'aide social ; fils souffrant de troubles obsessionnels compulsifs graves), si bien qu'il est permis de douter qu'elle puisse bénéficier d'un soutien individuel de la part de son réseau social proche.

Malgré le point de vue contraire du SMR, il y a lieu de constater que l'expertise de la Dresse Z. _____ ne permet pas, eu égard aux exigences actuelles de la jurisprudence et aux éléments relevés ci-dessus, de répondre à la question de savoir si et, le cas échéant, dans quelle mesure la recourante dispose des ressources psychiques qui lui permettent de surmonter son état et d'exercer (totalement ou partiellement) une activité sur le marché du travail.

c) Faute d'éléments suffisants permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant de l'atteinte à la santé présentée par la recourante puisse être examinée au regard des nouveaux principes applicables en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle mette en œuvre une expertise psychiatrique répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA.

d) Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à requête de la recourante tendant à son audition par la Cour de céans.

7. a) Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 3'200 francs. Cette indemnité couvre au demeurant la rémunération du conseil mandaté par la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 4 avril 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 le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de 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 V._____ le montant de 3'200 fr. (trois mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Ana Rita Perez (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :