

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 septembre 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mmes Moyard et Silva, assesseures  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Sara Giardina, avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8, 17, 43 et 44 LPGA ; art. 28 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_, ressortissante kosovare née en 1961, est entrée en Suisse en 1990. Mariée et mère de famille, elle n'a exercé aucune activité lucrative depuis lors.

En date du 15 mai 2009, elle a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motif pris de lombalgies après nucléorthèse (1994) et cure de hernie discale (1997).

Après avoir recueilli des rapports des médecins traitants de l'assurée, à savoir les Drs A.\_\_\_\_\_, généraliste, et C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, l'OAI a diligenté une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Le mandat a été confié au Bureau D.\_\_\_\_\_, où les Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, spécialistes en rhumatologie, ainsi que la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné cliniquement l'assurée le 14 janvier 2010. Les praticiens précités ont retenu le diagnostic de « syndrome lombovertébral modéré à sévère sur status après hémi-laminectomie droite L4-L5 pour hernie discale avec atteinte radiculaire sensitive résiduelle (M.96.2 et M.47.2) » au titre de diagnostic influençant la capacité de travail. Plusieurs diagnostics non incapacitants ont été indiqués, dont une « dysthymie (F34.1) présente depuis 2008 » et une « majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) présente depuis 1997 ». A l'inverse des médecins traitants de l'assurée, l'expert psychiatre du Bureau D.\_\_\_\_\_ excluait les diagnostics de « trouble somatoforme douloureux » et d'un « état dépressif ». Les spécialistes du Bureau D.\_\_\_\_\_ concluaient en définitive à une capacité de travail de 100% dans une activité légère semi-sédentaire (cf. rapport du 12 avril 2010, p. 27 et p. 33-34 et p. 35).

Une enquête économique sur le ménage a par ailleurs été réalisée par l'OAI le 25 octobre 2010. Le rapport corrélatif a pris en compte un statut mixte, à savoir que l'assurée aurait exercé une activité

lucrative à 80% dès 2007 environ, si son état de santé le lui avait permis. Elle aurait ainsi consacré le 20% restant à l'accomplissement des tâches ménagères, dans le cadre desquelles elle rencontrait un empêchement de 2,2% (cf. rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> novembre 2010, p. 6 et 7).

Après avoir déterminé un degré d'invalidité de 12% dans la sphère lucrative, l'OAI a mis à jour un taux d'invalidité global de 12,44% et rendu un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 20 décembre 2010. En dépit des objections de l'assurée, l'OAI a établi une décision en ce sens le 21 février 2011, laquelle est entrée en force faute de recours de l'assurée.

**B.** L'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 19 juin 2014 et s'est prévalu d'un rapport du 30 juin 2014 du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, lequel relatait une aggravation de l'état de santé de sa patiente tant du point de vue somatique que psychique. Il précisait que la situation s'était péjorée « sur le plan des douleurs » et soulignait l'apparition d'un « état dépressif sévère » sous suite d'incapacité totale de travail.

Une décision de refus d'entrer en matière du 6 octobre 2014 a été annulée par l'OAI sur l'insistance du Dr J.\_\_\_\_\_ et suite à la production de nouveaux documents médicaux. L'instruction de la demande de révision de l'assurée a ainsi été entamée sur le fond, l'OAI ayant sollicité des rapports auprès de ses médecins traitants, en particulier auprès des Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que du Service de rhumatologie du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_.

A réception de ces documents, sur avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'OAI a diligenté un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Cet examen a été réalisé au SMR par les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le rapport de ces médecins, rédigé le 24 septembre 2015, fait état des diagnostics suivants :

« [...]

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Lombo-pseudosciatalgies D [réd. : droites] chroniques dans le cadre d'une arthrose sévère des articulations postérieures prédominant en L3-L4 et L4-L5, d'une discarthrose sévère en L4-L5, d'un failed back surgery syndrom (échec d'une intervention chirurgicale au niveau lombaire) M54.5.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Arthrose du genou G [réd. : gauche] M17.1
- Dysthymie d'intensité légère F34.1
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, d'intensité légère F68.0. »

Les spécialistes du SMR ont par ailleurs conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité lucrative adaptée – soit légère et sédentaire – tout en considérant que l'assurée pouvait accomplir ses tâches ménagères à hauteur de 80%.

Fondé sur l'appréciation du SMR, l'OAI a envisagé de nier le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité par projet de décision du 15 décembre 2015.

L'OAI a confirmé le projet précité par une décision formelle du 20 juin 2016, après avoir écarté les griefs soulevés par l'assurée au stade de la procédure d'audition.

**C.** B.\_\_\_\_\_, représentée par Me Sara Giardina, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 25 août 2016. Elle a conclu à son annulation sous suite de renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, soulignant les importantes divergences des avis médicaux versés à son dossier et la péjoration de son état de santé depuis la décision du 21 février 2011. Etaient annexés à son écriture des rapports rédigés en 2016 par ses médecins traitants, au sein de plusieurs services du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_. et de la Policlinique T.\_\_\_\_\_.

L'OAI a produit sa réponse au recours en date du 29 novembre 2016, en proposant le rejet sur la base des conclusions - à son sens pleinement probantes - du SMR.

Par réplique du 7 novembre 2016, la recourante a persisté dans les termes de son mémoire de recours et produit un nouveau rapport médical établi le 27 septembre 2016 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie.

L'OAI a dupliqué le 29 novembre 2016 et maintenu sa position de sorte que la cause a été gardée à juger.

Les faits seront au surplus repris dans la mesure utile aux termes du développement juridique infra.

### **E n d r o i t :**

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

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

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

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

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

**c)** En l'espèce, le recours formé le 24 août 2016 contre la décision de l'OAI du 20 juin 2016 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est modifié - de manière à influencer son droit à cette prestation - entre le 21 février 2011, date de la décision initiale de refus de rente et de mesures professionnelles, et le 20 juin 2016, date de la décision querellée.

**3. a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré

d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

**b)** Ces exigences permettent à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2).

**c)** Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable 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 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2 ; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135).

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

maladie ou d'un accident  
(art. 4 al. 1 LAI).

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

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

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

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou

améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

**c)** Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

L'art. 28a LAI précise que l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement

que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

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

**5.** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1).

**a)** Préalablement, on rappellera que le Tribunal fédéral (ATF 132 V 65 consid. 4.1) a jugé qu'en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses ; cf. pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10 : F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on

peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. Wolfgang Hausotter, *Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen*, 2ème éd. Urban et Fischer, Munich 2004 p. 119 ; Karl C. Mayer, *Fibromyalgie-Stichworte zu einer Kontroverse*, sous [www.neuro24.de/fibromyalgie](http://www.neuro24.de/fibromyalgie)). Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; TF 9C\_877/2012 du 8 avril 2013 consid. 5.2).

On ajoutera que la jurisprudence accorde aux rhumatologues certaines compétences en ce qui concerne les tableaux cliniques psychosomatiques dans la mesure où les états rhumatologiques douloureux ne se différencient souvent guère des symptomatologies somatoformes. Ces compétences se limitent toutefois à déterminer si la symptomatologie douloureuse trouve une explication somatique objective et, sinon, à indiquer si l'avis d'un spécialiste en psychiatrie est nécessaire pour expliquer les discordances constatées (TF 9C\_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2 in : SZS 2011 p. 299 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 704/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.1.1).

**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 concerné et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences

de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**c)** La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

**d)** Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs

objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une

thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

**6. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**b)** En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44

LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_500/2011 précité loc. cit. ; TF 9C\_28/2011 précité loc. cit. et 9C\_745/2010 précité loc. cit.).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**7. a)** In casu, à la date de la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 21 février 2011, les experts du Bureau D.\_\_\_\_\_ avaient observé ce qui suit sur le plan somatique :

« [...] Nous nous accordons à reconnaître sur les documents radiologiques une spondylodiscarthrose importante à l'étage L4-L5, étage siège d'une hémilaminectomie, d'une fibrose postopératoire, sans signe compressif sur les structures neurologiques. Nous

confirmons la suspicion du Dr C. \_\_\_\_\_ d'une instabilité antéropostérieure mais aussi latérale à cet étage, de l'ordre de 4 mm compliquant un trouble statique et une maladie de Scheuermann. Nous confirmons l'aspect évolutif des lésions au cours des dernières années.

Si nous avons une base organique justifiant des douleurs lombaires, leur mode évolutif qui amène un status d'invalidé ne s'explique pas sur cette seule base. La vie relationnelle et sociale de [l'assurée] est désormais installée autour du tableau douloureux devenu immuable, malgré toutes les tentatives thérapeutiques de ses médecins. Nous estimons qu'il existe un hiatus entre l'arsenal thérapeutique déployé et l'indifférence des douleurs à toutes ces mesures. [...]

La pathologie rachidienne justifie les limitations fonctionnelles citées plus bas. Dans le respect des limitations fonctionnelles, l'exigibilité est totale. [...] »

Du point de vue psychique, l'experte psychiatre avait fait part de sa détermination notamment en ces termes :

« [...] Une humeur dépressive, un manque d'énergie sont objectivés et Madame relate des troubles du sommeil et des ruminations ; ces symptômes sont assimilables à une dysthymie [...].

Cette dysthymie n'empêche pas Madame de fonctionner au quotidien, ni de maintenir une sociabilité avec sa famille proche et élargie et des amies. Chaque année, [l'assurée] peut se rendre en vacances, dans sa maison [...].

L'expertisée ne présente pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire, une psychose ou un trouble de personnalité.

Je ne retiens pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme car Madame ne présente pas de détresse psychique majeure ou de conflits émotionnels conséquents. Au vu de la présentation de l'expertisée, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être retenu.

[...]

La dysthymie et la majoration de symptômes n'entraînent pas de limitation et par conséquent ne sont pas incapacitantes. Comme ménagère, la capacité de travail est entière.

Le pronostic quant à une activité professionnelle est mauvais car Madame n'a jamais exercé d'emploi : l'expertisée ne maîtrise pas le français et elle s'estime dans l'incapacité d'exercer un métier ; ces facteurs sortent du champ médical. [...] »

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision initiée à la demande de la recourante, les spécialistes du SMR ont communiqué leur appréciation du cas comme suit à l'issue de l'examen clinique du 15 septembre 2015 (cf. rapport du SMR du 24 septembre 2015) :

« [...] La concordance entre les plaintes de l'assurée d'une part et les constatations cliniques et radiologiques d'autre part n'est que partielle. Le trajet des douleurs dans le MID [réd. : membre inférieur droit] ne suit pas un trajet radiculaire strict. Dans ce contexte, il y a lieu de parler de pseudosciatalgie [...]. Les troubles de la sensibilité ne s'expliquent également que partiellement par une atteinte neurologique. Seul le trouble de la sensibilité du bord interne du pied et du gros orteil est reproductible. La présence de signes et symptômes de non organicité de Waddell à 4/5 représente un élément supplémentaire en faveur d'une amplification des symptômes dont l'origine ne s'explique pas uniquement par une atteinte somatique. L'atteinte dégénérative sévère au niveau lombaire justifie toutefois une limitation des contraintes mécaniques exercées sur cette région.

Par rapport à l'expertise du Bureau D. \_\_\_\_\_ du 12.04.2010, nous constatons une diminution du tableau algique. Lors de l'expertise de 2010, les médecins relevait la présence de tous les points douloureux de fibromyalgie, alors qu'à l'examen de ce jour, ils sont absents. Les lombalgies chroniques dans le cadre de l'atteinte dégénérative et du status postopératoire peuvent présenter des périodes d'exacerbation. [...]

Par rapport à l'expertise du Bureau D. \_\_\_\_\_ de 2010, nous constatons également une amélioration concernant la distance doigts-sol, qui est passée de 70 cm à 42 cm lors de l'examen de ce jour. Il n'y a plus de douleurs lors de l'élévation des épaules, ni à la palpation de l'épicondyle du coude D.

Concernant l'arthrose du genou G, malgré l'aggravation radiologique, elle est asymptomatique lors de l'examen de ce jour. Il n'y a pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles dans l'activité de ménagère pour cette arthrose, qui est actuellement bien tolérée. Seul des impacts sur le MIG [réd. : membre inférieur gauche] sont à éviter (par exemple des sauts). [...]

Les exacerbations épisodiques des lombalgies justifient des IT [réd. : incapacités de travail] mais limitées dans le temps comme par exemple lors de l'hospitalisation dans le service de rhumatologie du 07.10.2014 au 24.10.2014 [...]. Toutefois, en l'absence d'aggravation de l'état de santé sur le plan clinique, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. expertise du Bureau D. \_\_\_\_\_ du 12.04.2010) lorsque le médecin indique qu'une activité légère est pleinement exigible. Les limitations annoncées par l'assurée dans ses tâches ménagères ne s'expliquent que très partiellement par l'atteinte lombaire et du genou G. Dans l'activité de femme au foyer, les différentes tâches sont exigibles à condition qu'elles respectent les limitations fonctionnelles de la colonne lombaire. [...]

Sur le plan psychiatrique, cette assurée, âgée actuellement de 53 ans, originaire du Kosovo, sans antécédents psychiatriques, développe dans le cadre des douleurs chroniques de longue date, une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle avec évolution chronique. [...]

Depuis le 25.03.2013, l'assurée bénéficie pour la 1<sup>ère</sup> fois d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse L. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH [...], qui, dans son rapport médical du 20.02.2015, retient les diagnostics : trouble dépressif récurrent, avec épisode

dépressif sévère, sans symptômes psychotiques et probable trouble de la personnalité à traits mixtes, anxieuse et dépendante.

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

En l'absence d'une symptomatologie dépressive d'intensité sévère, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, attesté par le psychiatre traitant, est en rémission et ne justifie pas une diminution de la capacité de travail.

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 représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

Nous avons retenu également le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifié ou entretenu par l'état psychique du patient.

En fonction de ses douleurs, l'assurée assume partiellement les activités de la vie quotidienne et elle se fait aider par les membres de sa famille.

La vie sociale est normale, elle voit régulièrement ses amis et connaissances et pendant les vacances, elle part [...] chaque année, en avion et ceci en dépit de ses difficultés linguistiques, l'absence de formation professionnelle, les difficultés financières, et la démotivation.

Les ressources d'adaptation au changement sont préservées.

Nous n'avons pas suffisamment d'information anamnétique et clinique en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité morbide, diagnostic qui n'a pas été retenu.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'aggravation décrite par la Dresse L.\_\_\_\_\_ n'a pas été objectivée à l'examen clinique de ce jour et par conséquent, il ne s'agit pas d'une aggravation de longue durée. Depuis l'expertise psychiatrique, effectuée par la Dresse G.\_\_\_\_\_, le 12.04.2010, l'état de l'assurée est stationnaire et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité. [...] »

**c)** La recourante a produit de nouveaux rapports médicaux au stade de la présente procédure de recours.

**ca)** Sous l'angle somatique, elle a en effet fait l'objet de différentes investigations conduites par les Dr C.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ainsi qu'auprès de la Policlinique T.\_\_\_\_\_ et du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a pour sa part relevé

l'absence d'évolution de la situation de sa patiente et la persistance des douleurs suggérant « d'optimiser l'antalgie » (cf. rapport médical du 19 février 2016). Quant au Dr V.\_\_\_\_\_, il a communiqué son appréciation du cas ainsi en date du 13 mai 2016 (cf. rapport médical correspondant, p. 2 - 3) :

« [...] **Discussion**

En somme, sur la base des déclarations de votre patiente, des constatations de l'examen clinique et du bilan paraclinique, on se doit de retenir des lombalgies chroniques aspécifiques dans le cadre d'un status après failed back surgery syndrome chez une patiente manifestant un tableau clinique qui correspond aux critères d'une fibromyalgie [...].

Au total je n'ai pas d'autres propositions à lui faire dans le cadre de ce syndrome douloureux chronique pour lequel les rhumatologues sont en général fort démunis. Du point de vue de l'examen articulaire périphérique force est de constater qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle à l'examen clinique et l'absence de synovite qui aurait pu faire évoquer un rhumatisme inflammatoire. [...] »

Par ailleurs, les investigations rapportées par la Policlinique T.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 9 juin 2016 font état d'une « cervicalgie actuellement avec radiculopathie en péjoration ». Pour ce qui est du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_, où le Dr S.\_\_\_\_\_, chef de clinique, a examiné l'assurée le 20 juin 2016, ce spécialiste a retenu les diagnostics suivants :

- Cervico-brachialgies diffuses sans territoire clair, dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, déconditionnement physique et psychique.
- Dorso-lombalgies chroniques dans le cadre d'un déconditionnement musculaire.
- Etat anxio-dépressif.
- Hypertension artérielle traitée.

Il a observé en outre 16/18 points de fibromyalgie et 4/5 signes de Wadell, tout en relevant que « l'examen clinique est à corrélérer avec les nombreux signes comportementaux, montrant une souffrance dépassant largement ce que l'imagerie montre » dans un contexte où « les facteurs environnementaux jouent certainement un rôle prépondérant » (cf. rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 21 juin 2016, p. 3).

**cb)** Quant à l'aspect psychique, la situation de la recourante a été évaluée à la consultation spécialisée du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_

par les Drs Z.\_\_\_\_\_, chef de clinique-adjoint, et X.\_\_\_\_\_, médecin-assistante en date du 18 janvier 2016. Ces derniers ont posé le diagnostic de « syndrome douloureux persistant F.45.4 » en sus d'un « syndrome de dépendance à de multiples substances utilisation continue (benzodiazépines, morphiniques...) F19.25 », tout en rapportant des « hallucinations auditives séquellaires » et des « troubles mnésiques avec difficultés de mémorisation qui peuvent être expliqués par la présence de troubles cognitifs débutants » (cf. extrait du dossier du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2016).

La Dresse L.\_\_\_\_\_ a pour sa part également confirmé le diagnostic de « syndrome douloureux chronique » dans un rapport du 24 août 2016 en réponse aux questions de la représentante de l'assurée. Elle a au surplus mis en exergue les éléments ci-après :

« [...] Le diagnostic d'un syndrome douloureux persistant est retenu en tenant compte de l'intensité et de la durée de la douleur, qui sont beaucoup plus importants que la lésion casuelle dorsale de cette patiente soit, les répercussions que ces douleurs ont sur la vie socio-professionnelle mais aussi familiale, et du fait que l'état psychologique de la patiente se péjore progressivement. [...]

[...C]oncernant la symptomatologie dépressive qui m'a portée à retenir ce diagnostic de trouble dépressif sévère, c'est cette allure mélancoliforme que les symptômes dépressifs prennent chez la patiente au fur et à mesure que sa situation lui semble désespérée et que son discours est de plus en plus encerclé par les plaintes somatoformes. La patiente a beaucoup de symptômes somatiques, notamment des troubles de sommeil importants, avec des insomnies, des difficultés d'endormissement, mais aussi des réveils fréquents qui amènent une importante fatigue diurne et des ruminations [...]. La culpabilité envahissante, voire les idées noires, avec des phobies de passage à l'acte [...] deviennent de plus en plus inquiétantes pour cette patiente qui ne voit pas de solution à sa situation. [...] »

**8.** Au vu de l'ensemble des pièces médicales citées supra, on peut concéder à l'intimé qu'à la date de la décision querellée émise le 20 juin 2016, l'état de santé de la recourante apparaissait a priori superposable à celui ayant fondé la décision initiale de refus de prestations du 21 février 2011. Au demeurant, les spécialistes du SMR avaient fourni un compte-rendu exhaustif et détaillé de la situation à la date de leur rapport d'examen clinique du 24 septembre 2015. Ce

document remplissait d'ailleurs les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut sous consid. 6, alors que les rapports médicaux versés au dossier jusqu'à la décision entreprise ne permettaient pas d'en infirmer les conclusions convaincantes.

Il en va en revanche différemment au stade de la présente procédure, étant donné les pièces fournies par la recourante à l'appui de sa conclusion en vue du renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

En effet, se posent désormais plusieurs questions d'ordre diagnostique, à savoir si la recourante est effectivement atteinte d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, ainsi qu'il a été retenu tant par les rhumatologues que les psychiatres et, cas échéant, si un tel trouble a valeur d'invalidité au sens de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 5 supra). On soulignera dans ce contexte que les divers spécialistes ayant examiné la recourante en 2016 convergent pour poser ce diagnostic, respectivement pour faire état de signes comportementaux, de même que de points de fibromyalgie et de signes de Wadell (cf. notamment : rapports des Drs V. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2016, S. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2016 et de la Dresse L. \_\_\_\_\_ du 24 août 2016).

En outre, ont été recommandés des tests neuropsychologiques par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_, en vue d'évaluer d'éventuels troubles cognitifs séquellaires à un syndrome de dépendance (cf. extrait du dossier du 12 janvier 2016, p. 2). On ignore cependant à ce stade si ces tests ont été réalisés et quels en sont les résultats.

Enfin, on notera sous l'angle somatique la mention d'une aggravation de la cervicalgie à l'occasion de la consultation de la Policlinique T. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2016 (cf. rapport correspondant, daté du même jour).

En définitive, il apparaît en l'état impossible de déterminer si une aggravation de l'état de santé de la recourante est effectivement survenue depuis la décision initiale du 21 février 2011.

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

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

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

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi

constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

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

**c)** En l'espèce, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante en procédant à une expertise pluridisciplinaire, laquelle devra comporter - à tout le moins - des volets psychiatrique, rhumatologique et orthopédique. Cette expertise devra en particulier confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie.

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

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

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les laisser exceptionnellement à la charge de l'Etat dans la mesure où les documents médicaux fondant l'admission du recours n'étaient pas connus de l'intimé à la date de la décision querellée.

**b)** Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr.  
(art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 20 juin 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Etat.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Sara Giardina, à Nyon (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

Le greffier :