

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 août 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Küng et Mme Rossier, assesseurs  
Greffière : Mme Kreiner

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 LAI**

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

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, a cessé de travailler comme trieuse de courrier postal à temps partiel en 2001 pour s'occuper de sa famille. Mère de trois enfants, une fille née en 1992 et des jumeaux nés en 1996, elle a cherché à reprendre une activité professionnelle suite à la séparation d'avec son mari en octobre 2012.

Le 9 août 2013, le Centre social régional [...] a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une communication de détection précoce, selon laquelle l'assurée était incapable de travailler à 100 % depuis avril 2013 en raison de problèmes osseux et articulaires (arthrose, scoliose et bec de perroquet). Un certificat médical du 4 juin 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, joint en annexe, attestait une incapacité de travail depuis avril 2013 au moins, en raison de multiples problèmes de santé.

Le 29 août 2013, l'OAI a estimé que le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué et a adressé le formulaire y relatif à l'intéressée.

**B.** Le 17 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI, invoquant des problèmes osseux et articulaires, de l'arthrose, une scoliose cervicale et lombaire, un bec de perroquet et un tassement de vertèbres diagnostiqués en avril 2013.

Dans un courrier du 14 octobre 2013 faisant suite à la réception d'un questionnaire de l'OAI, la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a relevé ne pas être en mesure de répondre aux questions de l'office, précisant n'avoir examiné la patiente qu'à une seule reprise le 27 août 2013, à la demande du Dr J.\_\_\_\_\_. Elle a retenu que l'intéressée n'avait pas de pathologie neurologique à proprement parler. La

neurologue a invité l'OAI à se référer au rapport médical du médecin traitant. Elle a également produit son consilium du 27 août 2013, dans lequel elle avait posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance gauche non déficitaires, avec paresthésies intermittentes de la main gauche, de rachialgies diffuses et de pygialgies et lombosciatalgies droites non déficitaires. Il en ressortait en outre que l'électroneuromyographie (ENMG) des membres supérieurs, effectuée à la demande du médecin traitant, était normale et permettait d'écarter un syndrome du canal carpien. L'examen ne montrait pas de dénervation aiguë ni chronique dans les muscles des myotomes C5 à C8 gauches et C5-C6 droits. Par ailleurs, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) récente du rachis montrait une discopathie C5-C6 et L2-L3 mais sans hernie discale.

Dans un formulaire de détermination du statut (part active / part ménagère) du 21 octobre 2013, l'assurée a soutenu que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait exercé une activité à plein temps dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 26 octobre 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales non déficitaires à prédominance gauche, avec paresthésies intermittentes, de rachialgies diffuses, de lombalgies non-déficitaires et de dépression, étant précisé qu'il ne connaissait la patiente que depuis mai 2013. Il a jugé ne pas être en mesure de dater le début de l'incapacité de travail de l'intéressée en raison de son dossier rudimentaire mais a estimé que cela pouvait durer depuis des années. Le médecin a encore relevé que l'assurée n'exerçait pas d'activité professionnelle et que c'était justement pour évaluer une éventuelle réduction du rendement ou la possibilité d'exercer une activité adaptée qu'il l'avait adressée à la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, précisant qu'il attendait encore une réponse. Il a néanmoins ajouté qu'on ne pouvait pas s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr J.\_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée pouvait exercer une activité uniquement en position assise (sans

se pencher, sans travailler avec les bras au-dessus de la tête, sans être accroupie ou à genoux, sans rotation, sans soulever ou porter et sans monter sur une échelle/un échafaudage ou les escaliers). Il a en outre observé une limitation de la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance.

Par communication du 6 novembre 2013, l'OAI a accordé à l'intéressée une mesure d'orientation sous la forme d'un bilan de compétences auprès de l'entreprise individuelle S.\_\_\_\_\_, à [...], à 100 % du 12 novembre 2013 au 17 janvier 2014.

Dans un rapport médical du 12 novembre 2013, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de radialgies chroniques et constantes, précisant avoir examiné la patiente une seule fois le 4 octobre 2013. Elle a en outre relevé que l'assurée n'avait pas d'activité professionnelle et était mère au foyer, à sa connaissance. La rhumatologue a considéré que la patiente pouvait exercer une activité dans différentes positions (sans se pencher, sans rotation et sans soulever et porter plus de 5 kg). Elle a toutefois nuancé son point de vue en ajoutant la mention « *pas trop* » à côté des activités exigibles consistant à travailler les bras au-dessus de la tête et à monter les escaliers, la mention « *très peu* » à côté des activités exigibles consistant à être accroupie ou à genoux et la mention « *éviter* » à côté de l'activité consistant à monter une échelle/un échafaudage. Elle n'a observé aucune limitation de la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance.

Dans un avis médical du 9 janvier 2014, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, médecins au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), ont estimé que sur la base des éléments au dossier, il était impossible de répondre aux questions habituelles et ont préconisé une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Il ressortait d'une note de suivi de l'OAI du 29 janvier 2014 que l'intéressée était satisfaite de la mesure d'orientation mise en œuvre et que sa participation à ladite mesure était qualifiée de bonne par un collaborateur de S.\_\_\_\_\_.

Selon un rapport du bilan de compétences reçu à cette même date par l'OAI, l'assurée désirait retrouver un travail adapté à mi-temps, car elle était « *une personne active n'ayant pas de CFC* ». Elle aurait pu exercer une activité de vendeuse (conseillère pure et simple) sans activité physique importante et donc s'occuper de produits légers, comme les habits, secteur dans lequel elle avait déjà travaillé. Elle aurait également pu être active dans des tea-rooms, dans l'alimentation (produits bio) ou les produits de beauté sans port de charges.

Par communication du 30 janvier 2014, l'OAI a relevé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible à ce stade, au motif qu'une expertise pluridisciplinaire serait mise en place et qu'il fallait attendre les conclusions.

L'OAI a mandaté les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour effectuer l'expertise bi-disciplinaire.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise médicale le 10 octobre 2014. En préambule, il a précisé que son examen devait être compris comme le volet rhumatologique d'une expertise bi-disciplinaire avec le Dr N.\_\_\_\_\_ et que leurs constatations et conclusions se basaient sur le dossier AI, le dossier radiologique de l'assurée (la Dresse L.\_\_\_\_\_ avait été priée de le lui remettre en consultation par courrier du 19 mai 2014 de l'OAI), son propre examen clinique du 10 septembre 2014, l'examen du Dr N.\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2014 et l'entretien bi-disciplinaire du 10 octobre 2014. Dans la partie de son expertise relative aux questions cliniques, l'expert rhumatologue a notamment relevé les activités de la vie quotidienne que l'intéressée était capable de faire de manière autonome, précisant qu'elle ne pouvait pas effectuer les commissions lourdes qui auraient été « effectuées par sa fille [sic] ». Il a ajouté qu'elle consultait son médecin traitant une fois par an, n'avait pas revu la Dresse L.\_\_\_\_\_ depuis février 2014 et n'avait jamais consulté de psychiatre. Elle avait également mis en avant six groupes d'affections (cervicobrachialgies, lombopygialgies, polyarthralgies, douleurs et paresthésies des deux mains, omalgies bilatérales et douleurs de chevilles), dont certaines étaient insomniantes et auraient entraîné une diminution de ses activités ménagères. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué une « *IRM cervico-dorso-lombaire du 16.05.2013* » dans la liste des examens complémentaires dont il a résumé le contenu. Il a ensuite posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel récurrent fibromyalgique et sans répercussion sur la capacité de travail de lombopygialgies et cervico-scapulalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou

déficitaire (status post fracture de Weber de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse en 2005, status post ostéosynthèse de l'os zygomatique pour blowout orbitaire gauche en 2002, status post fracture de la cheville droite en 1976, status post césarienne en 1996, status post grossesse extra-utérine à deux reprises en 1998, status post accouchement par voie basse en 1992, status post abcès intra-abdominal et annexectomie et ovariectomie partielle en 1982, status post amygdalectomie et cure de végétations dans l'enfance, status post ostéomyélite de la hanche droite traitée conservativement durant l'enfance). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a en outre notamment observé ce qui suit :

"[...] **Du point de vue médical**, elle est connue pour les ATCD décrits au point 4.2. Elle signale depuis son adolescence des cervicalgies et des rachialgies récurrentes qui s'exacerbent en 2012 sans facteur traumatique déclenchant. Elle a bénéficié d'une prise en charge balnéothérapeutique avec évolution stationnaire.

Au **status de ce jour**, on note la présence d'un syndrome cervicobrachial et lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, il n'y a pas d'amyotrophie, les examens des différents groupes articulaires sont rassurants, il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. L'examen frappe par la présence de 18/18 points d'insertion douloureux compatibles avec une fibromyalgie, entraînant une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Du **point de vue paraclinique**, le bilan radiographique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, il n'y a pas de discopathie, il n'y a pas d'anomalie de la structure, il n'y a pas de trouble érosif ou dégénératif significatif. L'ultrasonographie des épaules est dans les normes, l'ultrasonographie des différents groupes articulaires à la recherche du score sonar ne met pas en évidence de signe de synovite ou de ténosynovite.

Du **point de vue thérapeutique**, l'assurée devrait continuer à bénéficier de la médication d'AINS et d'antalgique prise de manière plus régulière associée à la pratique de balnéothérapie avec jets massages. Il est également opportun qu'elle continue à avoir une activité physique telle que la promenade avec son chien qu'elle effectue 4 heures par jour. L'utilisation d'une ceinture lombaire surtout lors des mouvements en porte-à-faux et le port en porte-à-faux pourrait être proposée.

**Concernant son exigibilité**, il n'y a que peu d'argument, hormis le caractère douloureux devenu chronique qui reste cependant modeste pouvant expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Dès lors, il n'y a pas d'incapacité à faire valoir, compte tenu du socle somatique actuel. Tant dans son activité de femme au foyer ou dans une autre activité, une activité adaptée serait cependant tout au plus au début une activité pouvant alterner les

positions assises ou debout et d'éviter les ports de charge répétitif[s] en porte-à-faux avec long bras de levier.

A noter il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, elle se meut et s'habille de manière fluide, elle est capable de descendre et de monter 2 étages d'escaliers, le bilan radiographique reste rassurant, celui-ci étant dans les normes. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire."

Le Dr X. \_\_\_\_\_ a finalement exposé que, du point de vue bi-disciplinaire, après avis consensuel avec le Dr N. \_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'intéressée était entière dans son activité antérieure ou dans une activité adaptée. Il a ajouté que, du point de vue qualitatif, cette dernière ne présentait pas à proprement parler de limitation fonctionnelle mais qu'une alternance de positions et la limitation des ports de charges répétitifs en porte-à-faux étaient conseillées.

Dans un avis médical du 29 octobre 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a notamment considéré que l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ remplissait les critères de qualité requis, hormis sur un point, à savoir le fait que le syndrome polyinsertionnel récurrent fibromyalgiforme, qui n'engendrait pas d'incapacité de travail selon l'expert, avait été classé parmi les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail.

Dans un rapport d'expertise du 11 décembre 2014 co-signé par Mme H.\_\_\_\_\_, psychologue FSP, le Dr N.\_\_\_\_\_ a d'abord précisé que ledit rapport se fondait sur un entretien avec l'assurée le 23 septembre 2014, les tests psychométriques passés le même jour, les documents reçus de l'OAI et « *l'expertise médicale du Dr X.\_\_\_\_\_ du 18.09.2014 [sic]* ». Dans la partie de son expertise relative aux questions cliniques, l'expert psychiatre a relevé que l'intéressée consultait le Dr J.\_\_\_\_\_ environ une ou deux fois par année et la Dresse L.\_\_\_\_\_ « *plus fréquemment* ». Elle souhaitait par ailleurs retrouver un emploi, mais léger. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique. Il a en outre décrit comme suit les indications subjectives de l'assurée :

### **"2.1 PLAINTES SUBJECTIVES DE L'ASSURÉE**

Mme P.\_\_\_\_\_ se plaint essentiellement de douleurs lombaires basses et de cervico-brachialgies. Spontanément, elle n'a pas de plaintes émotionnelles.

### **2.2 FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ASSURÉE (HORS PROFESSIONNEL)**

Mme P.\_\_\_\_\_ vit dans un appartement triplex de 4 pièces. C'est elle qui s'occupe de toutes les tâches ménagères, cuisine, repas, repassage. Elle se lève le matin à 5 h 30, prend son déjeuner, fait sa toilette, va promener son chien pendant 1 h, rentre, parfois va à la Migros prendre un café avec les copines, rentre. Elle fait le repas de midi, va promener son chien jusqu'à 14 h 30. Repassage, TV, différentes activités. Ses journées sont bien remplies. Elle se couche vers 22 h 00."

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a ensuite résumé les résultats des tests psychométriques avant de décrire ses constatations comme suit :

### "3.3. EXAMEN CLINIQUE DU 23.09.2014

Mme P. \_\_\_\_\_ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Il s'agit d'une femme faisant son âge, de taille moyenne, de corpulence normale, habillée simplement en jeans, mais soignée de sa personne. Elle se montre tout à fait courtoise, collabore, répond de manière franche et directe aux questions qui lui sont adressées. Elle peut se déplacer et demeurer assise durant tout l'entretien et les tests psychométriques sans paraître dolente ni limitée dans ses mouvements ou devoir se lever pour signaler son inconfort.

Mme P. \_\_\_\_\_ ne présente pas de foetor éthylique. Elle est vigile, orientée dans les trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. L'intelligence est normale. Jugement et raisonnement sont conservés.

Actuellement il n'y a pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. L'endormissement est bon, mais Mme P. \_\_\_\_\_ se réveillerait fréquemment au milieu de la nuit en raison de douleurs, qui nécessiteraient un changement de position. L'appétit est normal. L'anxiété n'est pas constante. Il n'y a pas de suicidalité ni fatigabilité ou trouble subjectif de l'attention et de la concentration.

Du point de vue anxieux, à part une phobie simple des rats, il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. Mme P. \_\_\_\_\_ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

L'assurée ne présente pas de dépendance ou d'abus d'alcool. Le tabagisme se situe à un paquet par jour. Il n'y a pas de prise de substances illicites annoncée.

Mme P. \_\_\_\_\_ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie — boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique, Mme P. \_\_\_\_\_ annonce des douleurs lombaires basses, parfois des douleurs derrière les genoux lorsqu'elle marche trop, ou sous les pieds à l'occasion.

### 3.4. PERSONNALITÉ :

Rien n'indique que Mme P. \_\_\_\_\_ présente un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale."

Dans la partie « *discussion* » de son expertise, le Dr N. \_\_\_\_\_ a ensuite notamment relevé :

"[...] D'un point de vue **psychopathologique**, il n'y a pas d'évidence en faveur d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou significative. Nous ne pouvons pas non plus retenir de dysthymie.

Mme P. \_\_\_\_\_ ne présente pas de symptômes psychotiques, il n'y a pas non plus de maladie de la dépendance. L'assurée reste assez centrée sur ses symptômes somatiques, mais n'est pas spécialement algique lorsque nous l'observons. Le diagnostic par exclusion de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques d'une affection médicale générale chronique peut être évoqué. Nous ne relevons pas de comorbidité psychiatrique ou trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Ces observations sont confortées par nos tests psychométriques.

### **Capacité de travail**

[...]

L'assurée bénéficie d'un bon environnement social, elle est bien entourée par sa sœur, ses parents, des amis ; il n'y a pas de comorbidité psychiatrique.

De notre point de vue, la capacité de travail médico-théorique a toujours été entière au niveau psychiatrique, et ceci dans toute activité adaptée à ses compétences, sa formation et ses limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr X. \_\_\_\_\_. Il n'y a pas d'indication à une prise en charge psychiatrique."

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a finalement retenu que l'assurée avait une capacité de travail entière et sans baisse de rendement dans toute activité, depuis toujours, étant précisé qu'elle ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychique et mental ou au plan social. Il a ajouté qu'elle pouvait reprendre toute activité simple adaptée à ses compétences et à sa motivation.

Dans un rapport SMR du 8 janvier 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a relevé que les rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique concluaient à la pleine capacité de travail en toute activité adaptée aux connaissances de l'assurée, aucune affection médicale incapacitante n'ayant été démontrée. Il a ajouté que le syndrome douloureux chronique ne remplissait pas les critères de gravité permettant d'y attribuer une incapacité prolongée (pas de comorbidité psychiatrique, vie sociale conservée, etc.).

Par projet de décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité du 11 mai 2015, l'OAI a informé l'intéressée de son intention de rejeter la demande de prestations, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité et que, partant, le droit aux prestations n'était pas ouvert.

Par courrier du 9 juin 2015, l'assurée a contesté ce projet de décision et fait valoir qu'elle n'était pas d'accord avec les arguments de l'OAI.

Interpellée par l'office afin de motiver sa contestation, l'assurée a allégué par courrier du 6 juillet 2015 qu'elle souhaitait trouver un travail mais que, malgré sa bonne volonté, elle n'avait pas pu. Elle a contesté être capable d'exercer une activité à 100 % et être restée assise dans le cabinet du Dr X.\_\_\_\_\_ pendant deux heures et demi sans bouger, précisant qu'elle n'arrivait pas à garder la même position pendant un film à la télévision. L'intéressée a également fait valoir qu'elle souffrait d'arthrose, que son IRM démontrait bien sa maladie et que ses douleurs étaient bien réelles et pas simulées. Elle a finalement requis l'aide de l'OAI à tout le moins pour trouver un emploi adapté à sa condition physique.

Dans un avis juriste du 15 mars 2016, un collaborateur de l'OAI a notamment considéré que l'intéressée n'avait amené aucun élément ni argument médical permettant de remettre en question les conclusions des experts. Il a préconisé la notification de la décision.

Par décision du 23 septembre 2016, identique à son projet du 11 mai 2015, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations AI.

**C.** Par acte du 24 octobre 2016, P.\_\_\_\_\_, représentée par Procap Suisse, Service juridique, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI. A titre principal, elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse ainsi qu'à la condamnation de l'intimé à lui verser une rente entière d'invalidité et, le

cas échant, à toute mesure d'instruction utile. L'intéressée a également requis l'octroi de l'assistance judiciaire.

La recourante a complété sa demande d'assistance judiciaire dans le délai qui lui avait été imparti par la juge instructrice par courrier du 26 octobre 2016.

Par décision du 18 novembre 2016, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 24 octobre 2016, l'exonérant d'avances, de frais judiciaires et de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 22 décembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 27 février 2017, la recourante a confirmé les conclusions de son recours. En substance, elle fait valoir que la valeur probante des expertises des Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ doit être niée. A cet égard, elle allègue que l'expert rhumatologue n'a pas mentionné le diagnostic d'uncarthrose droite au niveau C5 et C6, qui pourrait expliquer ses douleurs, ce qui démontre qu'il ne s'est fondé que sur une appréciation partielle de sa santé. L'intéressée soutient par ailleurs que la manière de procéder de l'expert psychiatre n'est pas conforme à la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, les indicateurs à prendre en considération ne l'ayant pas été. Elle considère dès lors que ces indices concrets permettent de douter du bien-fondé des conclusions des experts. La recourante a joint à sa réplique un rapport médical daté du 17 mai 2013 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, intitulé « *Colonne vertébrale totale clichés standard et IRM cervico-dorsale du 16.05.2013* » ne figurant d'après elle pas dans le dossier AI. Il en ressort notamment que le radiologue a observé une discopathie C5-C6 relativement marquée avec discrète protrusion discale paramédiane droite et légère uncarthrose de ce côté, mais sans rétrécissement significatif des trous de conjugaison, une légère scoliose cervicale à convexité gauche et

une discrète discopathie L3-L4. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'y avait pas d'autre anomalie visible à l'IRM, en particulier pas d'hernie discale significative ni de rétrécissement du canal vertébral, et pas d'anomalie à la moelle épinière.

Dans sa duplique du 20 mars 2017, l'OAI a maintenu sa position. Il relève en particulier que l'avis des experts était suffisamment circonstancié pour apprécier les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'intéressée et que les critères de gravité du syndrome douloureux chronique permettant d'attribuer une incapacité prolongée ne sont pas réunis, de sorte que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'est pas justifiée. L'OAI retient par ailleurs que si la présence d'une uncarthrose droite au niveau C5 et C6 n'a pas été indiquée par le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise, ce dernier a non seulement mentionné l'IRM cervico-dorso-lombaire du 16 mai 2013 sur laquelle porte le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_, mais en a également explicité la teneur, ce qui permet d'admettre que cette problématique a été prise en considération dans son analyse.

### **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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours, formé en temps utile devant le tribunal compétent, respecte, bien que sommairement motivé, les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique,

mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c) (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

**c)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C\_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

L'assureur social - ou 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni 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, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). 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. 3.b/cc et les références citées ; TF 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient

suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2, 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**4. a)** En l'espèce, avant de rendre la décision litigieuse, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique.

L'expert X. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel récurrent fibromyalgique et sans répercussion sur la capacité de travail, notamment ceux de lombopyalgies et cervico-scapulalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'expert N. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique.

**b)** Sur le plan somatique, l'expert X. \_\_\_\_\_ relève la présence d'un syndrome cervicobrachial et lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans amyotrophie. Les examens des différents groupes articulaires, tout comme le bilan radiographique, sont rassurants et l'ultrasonographie des épaules est dans les normes. Il n'observe pas de signe de synovite ou de ténosynovite, ni de discopathie ou d'anomalie de la structure. Il retient qu'il n'y a pas d'incapacité de travail à faire valoir du point de vue rhumatologique.

**c)** Aucun élément figurant au dossier ne permet de mettre en doute ces conclusions.

Plus particulièrement, l'absence du rapport d'IRM cervico-dorsale du 16 mai 2013 du Dr Z. \_\_\_\_\_, faisant notamment état d'une uncarthrose droite, du dossier AI de la recourante est sans incidence sur la valeur probante de l'expertise rhumatologique et l'évaluation de l'état de

santé de l'intéressée, contrairement à ce qu'allègue cette dernière dans son recours. En effet, il s'avère que le Dr X. \_\_\_\_\_ a malgré tout eu connaissance de ce rapport d'IRM au moment de son expertise. D'une part, le dossier radiologique de l'assurée lui a été adressé par la Dresse L. \_\_\_\_\_ (courrier du 19 mai 2014 de l'OAI à la Dresse L. \_\_\_\_\_ ; rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 1) ; d'autre part, le rapport d'IRM figure expressément dans la liste des examens complémentaires examinés et résumés par l'expert (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 9). De plus, s'il est vrai que le Dr X. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas l'uncarthrose dans ses diagnostics, on relèvera que l'uncarthrose signalée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ est légère et sans rétrécissement significatif des trous de conjugaison, de sorte qu'il y a lieu de considérer que ses éventuels symptômes douloureux sont pris en compte par l'expert dans le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de cervico-scapulalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

Le Dr J. \_\_\_\_\_ est le seul médecin à retenir une incapacité totale de travailler chez l'assurée (certificat médical du 4 juin 2013) et à considérer qu'il ne faut pas s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle (rapport médical du 26 octobre 2013). Il ne documente toutefois pas objectivement les raisons qui le poussent à cette appréciation. Son point de vue, qui pourrait relever de l'empathie propre au médecin traitant, ne peut dès lors être suivi.

Les Dresses M. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 14 octobre 2013) et L. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 26 octobre 2013) ne se prononcent quant à elles pas sur la capacité de travail de l'assurée.

**d)** Au vu de ce qui précède, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations du Dr X. \_\_\_\_\_ sur le plan somatique.

**5. a)** Sur le plan psychique, les experts posent les diagnostics de syndrome polyinsertionnel récurrent fibromyalgique et de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une

affection médicale générale chronique. Ils considèrent que la capacité de travail de la recourante est pleine et entière dans toute activité.

Le diagnostic relevé dans l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ est posé selon les critères du système de classification DSM-IV-TR1 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de l'Association américaine de psychiatrie. C'est le pendant du diagnostic de troubles somatoformes douloureux selon la CIM-10 (classification internationale des maladies) de l'Organisation mondiale de la santé (<https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>, p. 26). La fibromyalgie mentionnée dans l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ étant traitée du point de vue juridique comme les troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 5b/aa ci-dessous), il y a lieu d'examiner le caractère invalidant de ces deux diagnostics de la même manière.

Compte tenu des diagnostics posés, il s'agit de déterminer si l'expertise bi-disciplinaire des experts X. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, permet à la Cour de céans de se prononcer sur l'éventuelle capacité de travail de l'intéressée.

Avant cela, on relèvera que l'expert X. \_\_\_\_\_ classe le diagnostic de syndrome polyinsertionnel récurrent fibromyalgiforme dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, tout en retenant une capacité de travail pleine et entière dans toute activité. Le SMR semble y voir une contradiction qui pourrait porter atteinte à la qualité de l'expertise (avis médical du 29 octobre 2014). Il ne s'agit toutefois en réalité ici pas d'une véritable contradiction. En effet, l'expert retient des limitations qualitatives et conseille une alternance de positions et une limitation des ports de charges répétitifs en porte-à-faux. Le diagnostic de fibromyalgie n'a donc pas d'effet du point de vue quantitatif sur le taux d'activité de la recourante, mais bien un effet du point de vue qualitatif sur le type d'activité qui lui est conseillé d'exercer.

**b) aa)** La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, de la fatigue, des troubles du sommeil, un sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, 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, ces deux atteintes à la santé présentant des caractéristiques communes (ATF 132 V 65 consid. 4 et 139 V 346 consid. 2 ; TF 9C\_815/2008 du 29 mai 2009 consid. 3.1).

**bb)** Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, selon la jurisprudence applicable au moment de l'expertise bi-disciplinaire, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 139 V 547 consid. 6 et 8 et 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral avait toutefois reconnu qu'il y avait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 139 V 547 consid. 9, 131 V 49 consid. 1.2 et 130 V 352 consid. 2.2.3). A cet égard, il fallait retenir, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la

personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

**cc)** 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 la 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. 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 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 psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 2.2.1).

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

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 (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et la référence citée).

**c)** En présence de diagnostics de fibromyalgie et de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, il convient d'examiner si l'expertise bi-disciplinaire permet une appréciation concluante du cas selon les nouveaux critères développés par l'ATF 141 V 281.

**aa)** En premier lieu, on constate que les diagnostics sont posés selon les règles de l'art.

Il ressort en particulier de l'expertise bi-disciplinaire que la recourante signale depuis son adolescence des cervicalgies et des rachialgies récurrentes qui se sont exacerbées en 2012, sans facteur traumatique déclenchant (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 10). L'examen clinique a permis de noter la présence de dix-huit points sur dix-huit d'insertion douloureux compatibles avec une fibromyalgie, entraînant une diminution du seuil de déclenchement de la douleur, ainsi qu'un caractère douloureux devenu chronique (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 10). L'assurée mentionne encore des troubles du sommeil et une diminution de ses activités ménagères en lien avec lesdites douleurs (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 6 ; rapport d'expertise du 11 décembre 2014 pp. 8 et 15). Enfin, les experts font état de limitations qualitatives dans les fonctions de la vie quotidienne, en conseillant une alternance de positions et la limitation de ports de charges répétitifs en porte-à-faux (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 11).

On relèvera encore qu'il n'existe pas de motif d'exclusion au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. En particulier, les experts n'évoquent pas d'exagération des symptômes et il n'y a pas d'indices que tel serait le cas (comme par exemple des discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse ainsi que le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert).

Ainsi, on peut partir du principe que les diagnostics ont été posés *lege artis*. Ils ne sont d'ailleurs pas contestés par la recourante.

**bb)** L'absence de caractère invalidant des diagnostics susmentionnés ayant été admis par les experts selon les anciens critères jurisprudentiels, il convient encore d'examiner si l'expertise bi-disciplinaire au dossier, et plus particulièrement son volet psychiatrique, permet une appréciation concluante de la capacité de travail réellement exigible au moyen du catalogue d'indicateurs développé par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281.

Sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, on relèvera qu'il n'existe pas de constat d'échec d'un traitement médical réalisé conformément aux règles de l'art et avec la collaboration de la recourante. Le Dr X.\_\_\_\_\_ considère même que l'assurée devrait continuer la médication en cours « *de manière plus régulière* » et la balnéothérapie (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 10). Il s'avère également que l'intéressée ne voit que rarement ses médecins traitants. Elle consulte le Dr J.\_\_\_\_\_ une à deux fois par an et a été suivie par le Dr L.\_\_\_\_\_ jusqu'en février 2014 seulement (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 4 ; rapport d'expertise du 11 décembre 2014 p. 7).

La recourante a par ailleurs exprimé à plusieurs reprises sa volonté de se reclasser professionnellement, notamment dans le cadre de la mesure d'orientation auprès de S.\_\_\_\_\_, au cours de l'expertise (rapport d'expertise du 11 décembre 2014 p. 5) et dans son courrier de contestation du projet de décision de l'OAI. On constate également que l'assurée s'est montrée satisfaite de la mesure d'orientation qui a accordée pendant deux mois à un taux de 100 % et que sa participation a été qualifiée de bonne. De plus, aucun élément ne semble permettre d'exclure la possibilité d'une réadaptation.

Au terme de son examen, l'expert psychiatre est d'avis que la recourante, qui selon le dossier n'a jamais suivi de traitement médicamenteux ou de thérapie psychiatrique, ne présente pas de symptomatologie dépressive, anxieuse ou significative, ni de dysthymie. Il ne relève pas non plus de comorbidité psychiatrique, ni de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale (rapport d'expertise du 11 décembre 2014 p. 18). Au demeurant, la recourante n'émet aucune plainte émotionnelle spontanée (rapport d'expertise du 11 décembre 2014 p. 8).

S'agissant du contexte social, il ressort du dossier que la recourante possède un bon environnement social, qui est conservé malgré ses atteintes à la santé. Elle est bien entourée par sa sœur, ses parents et

des amis et entretient d'excellentes relations avec ses enfants (rapport d'expertise du 11 décembre 2014 pp. 5 et 19). Elle conserve une vie et des activités sociales et n'est pas désœuvrée ni apathique (rapport d'expertise du 11 décembre 2014 p. 8). L'assurée est en outre autonome dans les actes de la vie quotidienne. Elle s'occupe pour l'essentiel seule de son ménage, sous réserve de quelques activités lourdes qu'elle délègue (rapport d'expertise du 10 octobre 2014 p. 4), fait la cuisine, promène son chien plusieurs fois par jour, regarde la télévision et fait différentes activités (rapport d'expertise du 11 décembre 2014 p. 8). Il n'existe donc aucun signe d'exclusion sociale.

**cc)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que selon les nouveaux critères jurisprudentiels, la fibromyalgie et les troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique de la recourante ne sont pas invalidants. Il n'y a ainsi aucun motif de s'écarter des constatations des experts sur le plan psychique.

**6.** En définitive, les deux volets de l'expertise bi-disciplinaire comportent une anamnèse, font état des plaintes de la recourante et reposent sur un examen clinique de cette dernière et, le cas échéant, sur les propres tests du Dr N.\_\_\_\_\_. Les experts ont étudié l'ensemble du dossier, c'est-à-dire non seulement les documents fournis par l'AI mais également, pour le Dr X.\_\_\_\_\_, ceux reçus de la Dresse L.\_\_\_\_\_, et ont discuté du cas dans le cadre d'un entretien bi-disciplinaire. Que ce soit sur le plan somatique ou psychique, la situation médicale de l'intéressée est exposée de manière certes synthétique mais s'avère exhaustivement motivée. Exemptes de contradictions, les conclusions des experts sont convaincantes et ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. L'expertise bi-disciplinaire a par conséquent pleine valeur probante.

Il convient dès lors de reconnaître avec les experts que l'assurée dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans toute activité, ce qui exclut le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité, que ce soit une rente d'invalidité ou des mesures de reclassement.

**7.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a ainsi pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une nouvelle expertise pluridisciplinaire comme le requiert la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**8. a)** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de 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. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Elle est toutefois tenue au remboursement de l'assistance judiciaire dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 23 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour P. \_\_\_\_\_)
- 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 :