

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2017

Composition : Mme D I F E R R O D E M I E R R E, présidente
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 1^{er} janvier 1974, arrivée en Suisse en 1991, ayant exercé l'activité d'employée de maison à temps partiel du 1^{er} avril 2012 au 28 février 2014, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 11 décembre 2014, en raison de lombalgies chroniques, de discopathies, d'un canal cervical étroit, d'une dépression et d'attaques de panique, survenus à la suite d'un accident de la route en octobre 2012.

A la suite d'une convocation de l'OAI pour le 15 janvier 2015 à un entretien d'information et d'évaluation, l'assistante sociale de la Policlinique Médicale Universitaire (ci-après : la PMU) a informé l'OAI que l'assurée était dans l'impossibilité de se rendre au rendez-vous, compte tenu d'une importante fragilité psychologique et de crises de panique.

Dans un questionnaire soumis par l'OAI à l'intéressée pour déterminer son statut, celle-ci a précisé qu'elle travaillerait à 50% depuis 2005 par nécessité financière si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans un rapport initial établi par l'OAI le 24 février 2015, il est mentionné que l'assurée était dans un bus le 17 octobre 2012 quand il y a eu un freinage d'urgence et que depuis cette date, elle panique pour tous ses déplacements en bus, sur l'autoroute et dès qu'il y a du monde autour d'elle. Elle s'est isolée socialement car elle a toujours peur que quelque chose lui arrive. Il est également précisé que son réseau personnel se limite à son mari et à ses enfants, qu'elle fait des courses le matin quand il y a peu de monde, qu'elle effectue les trajets à l'école et aux activités parascolaires à pied et qu'elle se rend au sein de l'association [...] deux fois par semaine sans participer aux discussions. Le rapport de l'OAI fait en outre état que l'assurée est venue accompagnée de son assistante sociale car elle avait peur de venir seule, qu'elle n'a pas dormi de la nuit, qu'elle dit avoir peur de tout le monde, y compris de la conseillère de l'OAI et qu'elle ne parvient pas à dire si elle pourra retravailler un jour.

Dans une proposition de détection précoce du 23 février 2015, il est indiqué que la situation médicale de l'assurée n'est manifestement pas stabilisée et qu'aucune mesure n'est envisageable en l'état.

Par communication du 3 mars 2015, l'OAI a estimé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour l'assurée, de sorte qu'il examinerait son droit à d'éventuelles autres prestations.

Dans un rapport médical du 2 avril 2015, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe depuis 1990 (F62.0), d'autres difficultés liées à l'environnement social (Z60.8), de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0) et de probable trouble psychotique. Il y est précisé que le traitement ambulatoire a débuté en janvier 2014. Quant au tableau clinique, il est le suivant :

- « - une symptomatologie post-traumatique, avec hypervigilance au moindre bruit, réminiscences des traumatismes vécus (mort de son fils, la guerre, l'exil en Suisse, la maladie et la mort de son père, l'accident de bus, les gens qui crient)
- un état dépressif (humeur dépressive, une grande fatigabilité, une absence d'intérêt et de plaisir, une difficulté à mener à bien et jusqu'au bout les activités quotidiennes)
- des troubles anxieux (peur de mourir, que ses enfants meurent ou disparaissent, peur de la foule, avec un refus par exemple de se rendre aux mariages ou à d'autres fêtes ; peur de voyager en bus, surtout quand il est plein, peur de voyager en voiture sur l'autoroute, nausées, vertiges)
- troubles du sommeil importants (cauchemars en lien avec les traumatismes, troubles de l'endormissement, réveils)
- symptomatologie psychotique (avec une perplexité et de l'incompréhension face aux événements quotidiens et anodins ainsi que face à son propre comportement, une altération de la volonté, l'impression d'une présence à côté d'elle, retrait social, une forte méfiance par rapport à son entourage familial, les soignants, les gens en général)

- une grande sensibilité au stress (dès le matin elle se sent très stressée et a peur de manquer du temps)
- une difficulté de compréhension (également liés à la langue et à la culture) et difficultés de l'élaboration »

Il est également fait état que l'assurée est demandeuse d'une psychothérapie, l'espace thérapeutique étant le seul endroit où elle ose s'exprimer. L'assurée est décrite comme très méfiante, souffrant d'une forte distorsion de la perception, de difficultés de concentration et n'arrivant plus à exercer des gestes simples. Quant au pronostic à plus long terme, il reste réservé en raison d'une longue période symptomatique non traitée et de la gravité des symptômes, étant précisé qu'il s'agit, dans le cas de l'assurée, d'une prise en charge de longue durée avec suivi thérapeutique et médicamenteux (Quetiapine 25mg) et que l'exercice d'une activité professionnelle dans ce contexte n'est pas envisageable.

Dans un document annexe au rapport, le Dr C._____ a répondu par l'affirmative à toute une série de questions quant aux limitations fonctionnelles de l'assurée sur le plan psychiatrique, soit notamment difficultés relationnelles, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés de déplacements, difficultés d'organisation du temps, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, hypersensibilité au stress. Il a exclu notamment les activités en contact avec la clientèle, exigeant une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, impliquant du stress et une adaptation permanente.

Dans un rapport médical du 16 juin 2015, la Dresse G._____ et le Dr L._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant au sein de la Policlinique médicale universitaire (ci-après : la PMU) ont posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail :

- « - Etat anxio-dépressif, avec :
 - o Troubles paniques
- Lombalgies chroniques mécaniques non spécifiques
- Déconditionnement physique global et focal, avec :
 - o Dysbalance musculaire
- Scoliose lombaire gauche
- Cervicalgies sur discopathie C5-C6 de type MODIC I, avec :
 - o Canal cervical étroit congénital

- Méniscopathie externe gauche secondaire à un traumatisme en décembre 2008
- Probable tendinite de la coiffe des rotateurs »

Ils ont retenu les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de probable « cluster headache », de somatisation sous forme de côlon irritable, de rhinoconjonctivite et asthme allergique saisonnier et d'hypothyroïdie substituée.

Il ressort également de ce rapport que l'assurée évoque un mal-être physique avec des dorsalgies persistantes et des douleurs prédominant en position orthostatique, d'intensité maximale 8 à 10 sur 10, également accompagnées de douleurs en position assise, l'empêchant de rester dans cette position plus d'une heure et l'invalident également lors des ateliers de couture organisés par l'Association [...] auxquels la patiente ne se rend plus pour cette raison.

Les Drs G._____ et L._____ ont mentionné ce qui suit, s'agissant de la nature et du traitement administré à l'assurée :

« (...)

- Suivi médical aux un à deux mois
- Soutien psychosocial aux un à deux mois
- Antalgie et traitements myorelaxants de Co-Dafalgan® et Mydocalm®
- Suivi psychothérapeutique auprès de Madame Q._____
- Traitement neuroleptique et antidépresseur de quéliapine et citalopram »

Ils ont précisé, quant au pronostic, qu'il y avait eu peu d'évolution observée ces deux dernières années et que l'assurée était dans l'incapacité de rester assise ou debout plus d'une heure sans changement de position. Les médecins ont toutefois indiqué qu'une augmentation progressive de la capacité de travail de l'assurée avait été décidée d'entente avec son médecin traitant et sa psychiatre traitante.

Sur demande du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le

SMR), un examen bidisciplinaire a été réalisé sur la personne de l'assurée le 12 mai 2016.

Dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 20 juin 2016, les Drs Y._____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et de réadaptation, et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. En revanche, ils ont retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, cervicalgies sans aucun caractère radiculaire irritatif ou déficit neurologique dans le contexte d'une discrète discopathie C5-C6, et d'un canal constitutionnellement étroit diagnostiqué par l'IRM cervicale du 09.02.2012, de lombalgies communes, de déchirure longitudinale du bord externe de la portion moyenne du ménisque interne G, asymptomatique, mise en évidence sur l'IRM du 03.11.2009, de petit kyste arthro-synovial asymptomatique au poignet G, de surcharge pondérale (BMI 27.5 kg/m²), de dysthymie d'intensité légère, ainsi que de dislocation de la famille par séparation.

Les experts parviennent à la conclusion qu'il n'y a pas d'incapacité de travail durable sur le plan rhumatologique et ne retiennent aucune limitation fonctionnelle à cet égard. Il en va de même sur le plan psychiatrique puisqu'ils mentionnent que l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, la capacité de travail étant de 100% dans son activité habituelle et dans toute activité simple et répétitive. En effet, ils retiennent une dysthymie d'intensité légère et n'ont pas objectivé d'attaques de panique, d'angoisses, d'anxiété généralisée, de flash-backs, de cauchemars répétitifs, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie, d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir d'un traumatisme en faveur d'un diagnostic de stress post-traumatique, ni d'attitude hostile, d'important retrait social, de sentiments de vide, de perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche, comme une menace constante, de détachement en faveur d'un diagnostic de modification

durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ni de symptômes psychotiques, notamment délires, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique.

Dans un rapport du 29 juin 2016, le Dr D. _____ a confirmé l'absence d'incapacité de travail de l'assurée, aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par un projet de décision du 1^{er} juillet 2016 confirmé par décision du 15 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations du 15 décembre 2014 était rejetée, au motif qu'une pleine capacité de travail dans toute activité lui était reconnue.

Par rapport du 10 octobre 2016 adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le Dr C. _____ et la psychologue Q. _____ ont recouru contre la décision de l'OAI et, au nom de l'assurée, ont relevé que, selon eux, celle-ci présentait des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique et d'un trouble psychotique. Ils ont rappelés certains éléments anamnestiques, comme notamment le fait que l'assurée avait perdu son premier enfant à la naissance dans des circonstances peu claires mais hautement traumatiques pour elle, qu'elle avait vécu le début de la guerre dans son pays d'origine, puis la fuite vers la Suisse ainsi que la maladie et le décès de son père. Les prénommés relèvent que certains aspects de la vie de l'assurée ne sont pas soulignés dans l'expertise ce qui allait probablement dans le sens du blocage décrit. Ils mentionnent également que la psychothérapie puis la lente confiance acquise ont permis progressivement de révéler beaucoup de souffrances cachées chez l'assurée qui avait toujours cherché à protéger ses enfants et probablement à se protéger de son vécu douloureux, en ne les évoquant pas, et en puisant dans ses ressources. Les thérapeutes en concluent qu'à l'heure actuelle, l'assurée est dans une incapacité totale de maintenir une stabilité dans une quelconque activité professionnelle et précisent qu'ils craignent une péjoration de son état de santé ou une

décompensation en lien avec les exigences d'un emploi si elle devait chercher à débiter une activité.

B. Par écriture du 2 novembre 2016, l'assurée a complété le rapport du 10 octobre 2016 et a recouru, en son propre nom, contre la décision de l'OAI du 15 septembre 2016, en concluant, principalement à son annulation et à ce que son droit à des prestations lui soit reconnu et, subsidiairement, à ce que des mesures d'instruction soient entreprises. Elle reproche en substance à l'autorité précitée de ne pas avoir tenu compte des rapports détaillés des spécialistes qui la suivent.

Par décision du 5 décembre 2016, le juge instructeur de la Cour de céans a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 novembre 2016, sous forme d'exonération d'avances, d'exonération des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille, étant précisé que celle-ci était exonérée de toute franchise mensuelle.

A l'appui de sa réponse du 8 février 2017, l'OAI a produit un rapport médical du 30 janvier 2017 du Dr D._____. Celui-ci reproche en substance aux médecins traitants de s'être fondés plutôt sur des hypothèses diagnostiques que sur des affirmations diagnostiques dûment étayées. Il soutient que l'examen effectué par le SMR serait plus fiable, dans la mesure où l'expertisée a été soumise à une évaluation des différentes facettes du vécu psychique et psychopathologique selon une méthodologie impartiale fondée sur les critères diagnostiques reconnus internationalement, ce qui permettrait de définir un diagnostic et, surtout, ses retombées fonctionnelles. Il en conclut que l'approche faite par les médecins du SMR serait plus rigoureuse que celle faite par les thérapeutes de l'assurée.

Par réplique du 2 mars 2017, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu principalement à l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 15 septembre 2016, en ce sens qu'il est dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, compte tenu d'un taux

d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} juin 2015 et, subsidiairement, à ce qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre aux fins d'investiguer l'ensemble des atteintes de la sphère psychiatrique présentée par la recourante, ainsi que leurs répercussions sur sa capacité de travail. La recourante soutient en substance que le rapport d'évaluation psychiatrique du Dr A. _____ se fonde sur une approche bien trop processuelle aux fins de parvenir à la conclusion que la recourante ne présenterait aucune affection de nature psychiatrique susceptible d'influer sur sa capacité de travail. Une telle approche aussi scolaire, voire des plus froides, serait manifestement inadaptée pour une personne qui présente de nombreux blocages et qui est de nature méfiante, de sorte que l'examinatrice aurait dû adapter sa méthode de questionnement de la recourante pour permettre à cette dernière de s'exprimer de manière plus ouverte, quitte à l'examiner à plusieurs reprises. La recourante précise par ailleurs qu'elle est disposée à faire l'objet d'une nouvelle évaluation de sa situation médicale, respectivement de sa capacité de travail ou de sa capacité à assumer ses tâches ménagères.

A l'appui de sa réplique, la recourante a produit un rapport médical, daté du 13 février 2017, établi sur la base d'un questionnaire soumis le 17 janvier 2017 par le conseil de la recourante au Dr C. _____ et à Mme Q. _____. Dans ce rapport, les thérapeutes prénommés précisent que la psychiatrie est perçue par la recourante comme étant menaçante, raison pour laquelle elle n'avait jamais été traitée en psychothérapie, malgré son passé douloureux, préférant se tourner vers la religion. Les thérapeutes rappellent que la recourante a subi plusieurs expériences traumatiques depuis son enfance et qu'elle a probablement présenté un état de stress post-traumatique (ci-après : ESPT) par le passé, dont les symptômes se sont atténués avec le temps. Au moment où ils l'ont examinée, la recourante présentait des symptômes de l'ESPT lié à l'accident de bus. Ils précisent que dans leur rapport, ils avaient donc émis l'hypothèse que ces événements traumatiques « enterrés » et non traités par la recourante avaient pu refaire surface et émerger à la suite de sa chute dans le bus en 2012. Cet accident avait ravivé le sentiment d'insécurité considérable laissant dès lors surgir l'anxiété extrême,

l'évitement, l'hypervigilance, les flash-backs, les cauchemars et insomnies, les symptômes dont la recourante se plaignait lorsqu'elle a débuté sa prise en charge psychiatrique. Face à la complexité des troubles de la patiente, il était difficile de poser un diagnostic clair.

Les thérapeutes mentionnent également que la recourante présente des difficultés persistantes à développer des relations et à se sentir proche d'autrui, chaque nouveau contact représentant une menace, la rendant méfiante. Il est, selon eux, très important de prendre en considération cette altération dans les relations interpersonnelles de la recourante et en donnent pour exemple le fait que même s'ils se montrent accueillants et respectueux, celle-ci peut se montrer méfiante, ce qui la pousse à se protéger principalement sur un mode d'hypoactivation. Les thérapeutes observent par ailleurs chez la recourante un sentiment chronique et profond d'être incomprise par son entourage, accompagné de sentiments d'inefficacité et d'impuissance, ce qui renforce également son sentiment d'insécurité, y compris les sentiments de méfiance et de persécution. Ils précisent à ce propos qu'un travail régulier d'élaboration et de recadrage est nécessaire tant ces symptômes sont handicapants pour la recourante et qu'il est important, dans ces conditions, de rester attentif au ressenti de la recourante pour ne pas la déstabiliser par une attitude agacée ou agressive, même subtilement, ce qui est une remise en scène des situations traumatiques du passé. Les thérapeutes rappellent encore l'amnésie dont souffre la recourante pour des souvenirs personnels importants, dans la mesure où elle présente une difficulté de faire un récit autobiographique cohérent. Enfin, ils relèvent que le sentiment de persécution rend très difficile une quelconque stabilité au travail et qu'il n'est pas possible de trouver des conditions lui permettant de travailler.

Par duplique du 22 mars 2017, l'OAI a produit un avis du Dr D. _____ du 20 mars 2017, dans lequel celui-ci parvient à la conclusion qu'une lecture médicale attentive des réponses du Dr C. _____ aux questions du conseil de la recourante n'apportait pas d'arguments étayés permettant de mettre en doute la pertinence des données présentées par le Dresse A. _____ dans le rapport d'examen clinique du SMR du 12 mai

2016 en termes de diagnostic et de retombées fonctionnelles qui avaient fondé le projet de décision du 1^{er} juillet 2016.

Par déterminations complémentaires du 26 mai 2017, la recourante a produit un rapport du Dr C._____, daté du 9 mai 2017, qui aboutit à la conclusion qu'une nouvelle expertise tenant compte de la réalité clinique de l'assurée et devant confirmer l'invalidité de celle-ci par rapport à une activité professionnelle est nécessaire. La recourante relève par ailleurs que le Dr D._____ est au bénéfice d'une spécialisation en rhumatologie et en médecine interne générale, mais aucunement en psychiatrie, de sorte que son rapport ne revêtirait aucune valeur probante.

Par déterminations du 5 juillet 2017, l'OAI, se fondant sur un avis médical du 23 juin 2017 des Drs D._____ et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, estime qu'une nouvelle expertise psychiatrique s'avère judicieuse afin de définir de manière impartiale la ou les atteintes à la santé psychique et leurs incidences sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Il précise par ailleurs que la question du statut et des éventuels empêchements ménagers devront, le cas échéant, également être approfondie.

Par déterminations complémentaires du 10 juillet 2017, la recourante prend note du fait que tant les médecins de l'OAI que l'OAI lui-même ont constaté, au vu des divergences subsistant au niveau des diagnostics à retenir et de leur répercussion sur le plan de la capacité de travail qu'il convenait de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique. A cet égard, la recourante soutient que l'expertise doit être diligentée par la Cour de céans plutôt que par l'OAI au motif que le bénéfice de l'assistance judiciaire ne lui serait pas garanti en cas de renvoi à l'OAI et pour des raisons de célérité de la procédure ainsi que de garanties du droit d'être entendu.

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'AI (art. 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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et 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).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé ayant une influence sur sa capacité de gain et, partant, susceptible de lui ouvrir un droit à une rente d'invalidité.

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 art. 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) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294

consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ; il convient dès lors 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 références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, 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 en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. En l'espèce, on est en présence, d'une part, d'un avis médical rendu par le Dr D._____ du SMR le 20 mars 2017 qui conclut à l'absence d'atteinte à la santé psychique durablement incapacitante, en se fondant sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire des Drs Y._____ et A._____ du 20 juin 2016 confirmé par le Dr D._____ dans ses avis des 29 juin 2016 et 20 mars 2017, et, d'autre part, d'un rapport établi le 13 février 2017 par le Dr C._____, psychiatre traitant de la recourante, qui estime que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité, compte tenu de ses atteintes psychiques, étant précisé que ce thérapeute était déjà parvenu à cette conclusion dans ses rapports des 2 avril 2015 et 10 octobre 2016. Dans leur avis du 23 juin 2017, les Drs D._____ et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour ce dernier, parviennent à la conclusion que la situation se trouve dans une impasse avec des appréciations médicales inconciliables tant en termes de diagnostics que de retombées fonctionnelles de l'atteinte à la santé de la recourante. Ils estiment ainsi qu'il y a lieu de s'en remettre à une vision neutre de l'entier du dossier par le biais d'une nouvelle expertise psychiatrique. Par déterminations du 5 juillet 2017, se fondant sur l'avis

précité, l'OAI a convenu que l'instruction devait être reprise par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de définir de manière impartiale la ou les atteintes à la santé psychique et leurs incidences sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée ; la question du statut de l'assurée comme de ses éventuels empêchements ménagers devant également, le cas échéant, être approfondie.

La recourante convient également de la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Dans ce contexte et compte tenu du fait que les deux rapports médicaux précités sont diamétralement opposés tant dans leurs diagnostics qu'en lien avec la question de l'influence des atteintes psychiques de la recourante sur sa capacité de travail, il y a lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, comme l'admettent les parties. La Cour de céans n'est en effet pas à même de trancher la question du droit à une éventuelle rente d'invalidité en faveur de la recourante en toute connaissance de cause.

On ne saurait toutefois suivre les conclusions du conseil de la recourante qui demande au tribunal de mettre en œuvre cette expertise psychiatrique. En effet, d'une part, le nouvel art. 44 LPGA et la jurisprudence préservent dorénavant le droit d'être entendu et le droit de participation de l'assuré (ATF 137 V 210), en prévoyant que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Les parties peuvent notamment déposer un questionnaire. Les autres considérations amenées par la recourante en rapport avec l'assistance judiciaire et avec la célérité de la procédure ne sont pas pertinentes.

6. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires

auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Il se justifie en l'espèce d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA (cf. consid. 4 *supra*). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

7. 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI qui succombe (art. 45 LPGA ; 11 al. 1 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., montant qui couvre l'indemnité d'office fixée ci-après (cf. art. 11 TFJDA, participation aux honoraires et débours indispensables). Ces dépens seront mis à la charge de l'OAI qui succombe.

Me Métille a produit sa liste d'opérations le 19 juillet 2017, faisant état de 17 heures et 15 minutes de travail consacrées au dossier de la recourante à compter du 12 décembre 2016, auxquelles s'ajoutent des débours par 69 fr. 80, TVA en sus. Le nombre d'heures indiqué est excessif, en particulier le total de 11 heures et 50 minutes comptabilisé pour l'étude du dossier et pour les écritures, ces dernières ayant consisté

en une réplique et deux déterminations, ce d'autant que l'OAI a finalement été d'accord de reprendre l'instruction. Le nombre d'heures pour les opérations précitées sera ainsi ramené à 6 heures et 35 minutes, de sorte qu'un total de 12 heures (au lieu de 17 heures et 15 minutes) sera retenu. Au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Métille sera donc arrêtée à 2'408 fr. 30 (débours par 69 fr. 80 et TVA sur le tout compris).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 15 septembre 2016 par l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité afin qu'elle mette en œuvre une expertise psychiatrique au bénéfice de I. _____ avant de rendre une nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à I. _____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me David Métille est arrêtée à 2'408 fr. 30 (deux mille quatre cent huit francs et trente centimes), TVA et débours compris.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour l. _____),
- 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 :