

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juillet 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Silva, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alessandro Brenchi, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 ss et 43 al. 1 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), ressortissante [...] née en [...], aide-infirmière à 80 %, a présenté une incapacité totale de travail à compter du 3 avril 2012. Elle a déposé le 2 novembre 2012 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant être suivie depuis avril 2012 par le Dr R._____, psychiatre, l'atteinte existant depuis cette date.

Dans un rapport du 2 mai 2011 [recte : 2012] à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de douleurs musculo-squelettiques poly-insertionnelles diffuses de type fibromyalgique, de carence des réserves en fer, de dyslipidémie modérée, ainsi que d'excès pondéral. Il a exposé que les douleurs diffuses atteignaient le rachis, notamment la nuque et le bas du dos, les épaules, les mains, les hanches, les genoux et les pieds. Les symptômes douloureux étaient permanents, associés à un état de fatigue constant, un sommeil non réparateur, des paresthésies des mains, des épisodes de céphalées, ainsi que des troubles gastro-intestinaux fonctionnels.

Le 16 mai 2012, le Dr R._____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32) ayant débuté en avril 2012 à la suite d'un avertissement de l'employeur, la patiente craignant d'être licenciée. L'assurée bénéficiait d'une thérapie de soutien d'une heure toutes les deux semaines.

Dans un rapport du 26 juin 2012, signé également par le Dr R._____, la psychologue F._____ a indiqué suivre l'intéressée à raison d'une heure par semaine pour une thérapie de soutien. Du Cipralex 10 mg avait été prescrit depuis la mi-juin 2012.

Dans un rapport du 6 mars 2013 à l'OAI, le Dr E._____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la

capacité de travail d'état anxio-dépressif existant depuis avril 2012, et celui sans effet sur ladite capacité de douleurs musculo-squelettiques polyinsertionnelles diffuses de type fibromyalgique depuis mai 2012. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de sa patiente.

Le 23 octobre 2013, le Dr R. _____ a informé l'OAI que le Dr Z. _____, psychiatre, avait repris le suivi de l'assurée depuis janvier 2013.

Le 12 février 2014, le Dr Z. _____ a indiqué à l'OAI que l'intéressée n'était plus prise en charge depuis de nombreux mois. Aux dernières nouvelles, elle n'était plus malade et ne prenait pas de traitement.

Dans un avis médical du 26 février 2014, la Dresse L. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a énoncé ignorer si l'assurée était toujours en arrêt maladie et, dans l'affirmative, quel était le médecin qui signalait les incapacités de travail et pour quel diagnostic. Des renseignements complémentaires devaient dès lors être demandés à l'intéressée.

Dans un rapport du 3 mars 2014 à l'OAI, le Dr X. _____ a indiqué suivre l'assurée depuis le 1^{er} mai 2012. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs musculo-squelettiques polyinsertionnelles diffuses de type fibromyalgique versus syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), ainsi que de probable dysthymie (F34.1). Il a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de carence anamnestique des réserves en fer, de dyslipidémie modérée et d'excès pondéral. L'incapacité de travail était totale depuis avril 2011 [recte : 2012] et se prolongeait actuellement. Le Dr X. _____ a listé les restrictions physiques suivantes :

- « - Impossibilité d'effectuer des travaux lourds sollicitant le dos en flexion, inclinaison et torsions répétées. Restriction dans les postures fixes et déséquilibrées.
- Limitation pour les mouvements de rotation/torsion de la nuque.

- Limitation de la capacité de porter, soulever et déplacer des charges lourdes.
- Difficulté pour effectuer des travaux avec les bras en hauteur et en charge.
- Fatigabilité lors du travail de plus de 4 heures d'affilée. »

Le Dr X. _____ a précisé que le travail d'aide-soignante impliquait des mouvements et des efforts sollicitant la nuque et le dos pour les soins prodigués aux patients, ainsi que des travaux de nettoyage des chambres et de changement de la literie, qui pouvaient impliquer des postures déséquilibrées et des activités répétitives ou contraignantes. Le travail d'aide-soignante pourrait hypothétiquement être réalisé à un taux de l'ordre de 40 % en tenant compte de la diminution du rendement de 30 à 40 % en raison des douleurs. Le Dr X. _____ a ajouté qu'une activité adaptée pourrait être réalisée à un taux de 50 % à partir du mois de mars 2014. Il l'a définie de la manière suivante :

« Le profil, du point de vue des charges, devrait permettre des changements de position pour alterner les positions debout et assise ; les positions ergonomiques pour le dos avec éviction des inclinaisons et des torsions répétées du rachis devraient être favorisées. Les postures fixes et déséquilibrées sont à éviter. La limite de poids pour le port de charges est de l'ordre de 10 kg ; les efforts pour porter, soulever et déplacer des charges ne devraient pas être répétitifs. Les travaux avec les bras en hauteur sont aussi à éviter. Un encadrement bienveillant et une réduction du stress sont aussi souhaitables. »

Le Dr X. _____ a encore ajouté que des mesures professionnelles devaient accompagner la réintégration professionnelle pour permettre à la patiente de retrouver un travail adapté qu'elle pourrait exercer initialement à 50 %, ce taux devant être réévalué en fonction de l'évolution clinique et symptomatique.

Le 11 avril 2014, à la demande de l'OAI, l'assurée a informé avoir repris une activité professionnelle de 30 % à l'essai. Cette activité consistait à s'occuper d'une personne âgée à domicile, en particulier l'aider à s'habiller, faire sa petite toilette et ses courses (cf. rapport du 1^{er} juin 2015 du Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, p. 3).

Dans un rapport du 30 septembre 2014 à l'OAI, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.1-2) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), existant déjà lors du début de la prise en charge, soit en mars 2013. Le dernier contrôle avait été effectué en juillet 2014. L'incapacité de travail se montait à 70 % depuis février 2014 et se poursuivait actuellement. L'activité exercée d'aide-soignante était exigible à un taux de 30 %, le rendement étant parfois réduit en cas de stress important. Les restrictions physiques, en lien avec la gestion du stress, consistaient en des états de panique et une incapacité à dormir. Au travail, cela se manifestait par des crises de larmes, un manque d'attention et de concentration, ainsi que des erreurs dans l'accomplissement des tâches.

Par avis médical du 4 février 2015, la Dresse L. _____ du SMR a estimé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise ou un examen bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique.

L'assurée a été examinée le 24 avril 2015 par le Dr V. _____, spécialiste en rhumatologie, et le 29 avril 2015 par le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les deux experts se sont entretenus le 13 mai 2015. Le dossier radiologique de l'intéressée a été transmis au Dr V. _____.

Dans son rapport du 13 mai 2015, le Dr V. _____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur, d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, ainsi que de syndrome lombovertébral récurrent et de cervico-brachialgies, tous les deux chroniques et sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie.

Le Dr V. _____ a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« Nous sommes confrontés à une assurée de [...] ans, d'origine [...], en Suisse depuis [...], détentrice d'un permis C, divorcée depuis [...], mère de trois enfants majeurs dont le cadet vit encore avec elle, [...] ayant travaillé comme femme de ménage jusqu'en [...], puis comme mère au foyer jusqu'en [...] puis comme femme de ménage jusqu'en 2009, puis comme aide-infirmière dans [...]. Elle stoppe son activité en avril 2012. Elle est licenciée en janvier 2013.

Du point de vue médical, elle n'est pas connue pour des antécédents personnels majeurs hormis une anémie sur probable carence martiale en 2000. Depuis mai 2011, sans facteur traumatique, l'assurée signale l'apparition de douleurs poly- et péri-articulaires, fluctuantes et migrantes, s'étendant en tache d'huile, associées à des douleurs cervicales et lombaires devenues chroniques. Elle a bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique essentiellement à sec. L'évolution est peu favorable.

A l'examen de ce jour, on note la présence d'un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ainsi que des douleurs péri- et poly-articulaires, sans signe inflammatoire. L'examen frappe par un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, il n'y a pas de trouble dégénératif, il n'y a pas de discopathie significative, l'ultrasonographie des épaules est dans les normes, l'ultrasonographie des différents groupes articulaires permet d'exclure une atteinte inflammatoire. Il n'y a pas de rehaussement au doppler.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec voire éventuellement en piscine avec applications de jets [de] massages. La poursuite d'une médication antalgique voire l'adjonction d'une médication myorelaxante et la poursuite d'un traitement de type tricydique est de mise, ce qui pourrait permettre de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur.

Concernant son exigibilité, il n'y a que peu d'argument somatique pouvant justifier une incapacité de travail. Cependant, au vu du vécu douloureux devenu chronique, une diminution du rendement de 10 % dans le cadre de son activité d'aide-infirmière peut être admis et ce, à court terme.

Cette appréciation se différencie de celle du Dr E. _____ et s'apparente à celle du Dr X. _____. A notre avis, il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivo-moteur, la patiente se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Elle est capable de monter et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse. Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et

professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

Du point de vue bi-disciplinaire : après discussion avec le Dr S. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité habituelle et dans une activité adaptée est estimée à 100 %.

Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présente pas de caractère incapacitant.

Du point de vue psychiatrique, compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, le principal problème de cette assurée est la douleur et la fatigue, symptômes d'un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique, donc sans limitations psychiques justifiant une incapacité de travail.

RÉPONSES AUX QUESTIONS

(en regard de l'appréciation consensuelle ci-dessus)

A. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. *Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés :*

Du point de vue qualitatif :

L'assurée présente une limitation concernant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg et ce, de manière répétitive.

Du point de vue quantitatif :

En intégrant l'aspect psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 100 %.

2. *Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :*

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'assurée stoppe son activité professionnelle en mai 2012.

Tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, il n'y a pas d'argument à prolonger l'arrêt de travail.

Une reprise d'une activité professionnelle entière peut raisonnablement être exigée.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

A 100 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Oui, de 10 % et ce, de manière transitoire, de trois mois vu la longue inactivité professionnelle et le déconditionnement au travail subséquent.

2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis mai 2012.

Actuellement une reprise d'une activité professionnelle entière pourrait raisonnablement être exigée.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assurée a repris une activité professionnelle à 30 % depuis février 2014.

B. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Oui. Des mesures de réadaptation pourraient être envisageables.

Une intelligence normale, son âge, la bonne maîtrise du français, constituent des facteurs de bon pronostic.

Une diminution du seuil de déclenchement à la douleur constitue [un] facteur de mauvais pronostic.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures ?

Oui, en lui évitant des ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

En intégrant l'aspect psychiatrique, le pronostic est du point de vue bio-médical bon.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Tel que décrit dans l'appréciation du cas, en évitant les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier, les ports de charges de plus de 10 kg.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A 100 % (accueil, vente d'objets légers, ...).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

Pour sa part, dans son rapport d'expertise du 1^{er} juin 2015, le Dr S. _____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de neurasthénie (F48.0). Il a estimé que l'assurée a toujours été capable de travailler à 100 % du point de vue psychiatrique.

Au titre du statut clinique, il a notamment retenu ce qui suit :

« (...)

En ce qui concerne les activités journalières, l'assurée dit qu'à part son travail à 30 %, elle reste à la maison où elle fait le ménage et la lessive, les commissions et les repas, mais sinon, elle dort quand elle est fatiguée. Elle dit regarder peu la télévision. Elle ne va pas

sur Internet. Les week-ends, elle va parfois avec ses enfants, mais elle dit qu'elle ne supporte pas les petits-enfants. Dernières vacances l'année passée avec les enfants en [...], chez elle en [...], durant 3 semaines, où ils sont allés en voiture. A signaler que l'assurée dit se sentir beaucoup mieux par rapport aux douleurs en [...] qu'en Suisse. »

Il a par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas :

« Il s'agit d'une assurée née en [...], qui a perdu son père en bas âge, puis qui a passé son enfance et adolescence avec sa sœur et sa mère ; elle dit avoir été très attachée à sa mère. Agée de [...], elle a émigré en Suisse en accompagnant son mari, regrettant de laisser la mère en [...]. En Suisse, elle a travaillé à plusieurs endroits. Actuellement, elle travaille depuis environ une année à 30 %, elle aide une personne âgée.

Cette assurée se plaint fondamentalement de douleurs un peu partout dans son corps, rappelons qu'elle a été diagnostiquée de fibromyalgie, et surtout d'une grande fatigue ainsi que des maux de tête, symptômes qui ont tendance à diminuer lorsqu'elle est avec sa famille en [...]. Par ailleurs, elle dit qu'elle n'a pas le projet de rentrer en [...] étant donné que ses enfants habitent ici en Suisse.

Comme déjà décrit par les différents médecins s'étant occupés de l'assurée, celle-ci présente une fibromyalgie qui est comparable à un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Signalons que cette assurée ne présente pas à proprement parler de trouble de la personnalité, mais plutôt une neurasthénie (F48.0) dont, selon la CIM-10, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à affronter les tâches quotidiennes. Comme c'est le cas chez l'assurée, la fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'association des souvenirs, une difficulté de concentration et une pensée globalement inefficace

avec des sensations de faiblesse corporelle et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes associé à des courbatures, des douleurs musculaires et une incapacité à se détendre.

A signaler aussi que cette neurasthénie, que l'assurée présente vraisemblablement depuis plusieurs années, fait partie du tableau d'autres troubles névrotiques selon la CIM-10, troubles liés à des facteurs de stress et également des troubles somatoformes et ne présente pas de limitations psychiques justifiant l'incapacité de travail.

A signaler également que selon le psychiatre de l'assurée, elle présente un épisode dépressif sévère, mais il n'a pas énuméré les signes et symptômes de cet épisode dépressif ; toutefois, au moment de l'entretien et du point de vue anamnestique, je n'ai pas pu objectiver les signes et symptômes d'un registre dépressif selon la CIM-10, mais, comme c'est typiquement le cas dans la neurasthénie, il peut y avoir des manifestations telles que décrites plus haut, mais qui ne correspondent pas à un tableau dépressif.

Etant donné la présence du trouble somatoforme, nous devons examiner les *critères de Foerster* et nous constatons qu'il y a une comorbidité psychiatrique dans le sens d'une neurasthénie qui n'est pas handicapante. Il n'y a pas de cristallisation psychique. Il n'y a pas d'isolement social. L'assurée est suivie par un psychiatre, mais elle n'a jamais fait de tentative de suicide et elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. De plus, le dosage plasmatique concernant le *Trittico* est en-dessous de l'intervalle thérapeutique, donc l'assurée ne prend vraisemblablement pas le médicament.

En l'absence d'atteinte psychiatrique ayant des limitations psychiques handicapantes, cette assurée est capable de travailler à 100 % du point de vue psychiatrique.

Le pronostic reste réservé étant donné la présence du trouble somatoforme. »

Dans un rapport du 15 juin 2015, la Dresse L. _____ du SMR, se fondant sur les rapports d'expertise bidisciplinaire susmentionnés, a retenu un syndrome somatoforme douloureux persistant et une neurasthénie en tant que diagnostics ne ressortant pas de l'AI. La capacité de travail était totale dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Au titre des limitations fonctionnelles, la Dresse L. _____ a mentionné des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg de manière répétitive.

Par avis médical du 8 février 2016, la Dresse L. _____ a exposé que les observations du Dr V. _____ rejoignaient celles du Dr X. _____, lequel retenait cependant une capacité de travail limitée.

L'appréciation de ce dernier était très probablement marquée par une bienveillance liée à la relation entre le médecin traitant et la patiente. Par ailleurs, l'assurée était active à 30 % depuis une année dans une activité très proche de celle d'aide-soignante et paraissait très active également dans ses activités privées malgré la grande fatigue et les nombreuses douleurs qu'elle mettait en avant. La Dresse L. _____ a conclu que la fibromyalgie n'était pas incapacitante et qu'une nouvelle expertise ne semblait pas nécessaire.

Par projet de décision du 5 avril 2016, l'OAI a fait savoir à l'intéressée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente. Il a expliqué qu'il ressortait des éléments médicaux examinés par le SMR que les différentes atteintes qu'elle présentait n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans son ancienne activité. Celle-ci étant raisonnablement exigible, il n'existait aucun préjudice économique.

Le 5 juillet 2016, l'assurée, alors représentée par Me Annik Nicod, a fait part de ses observations sur ce projet de décision, en faisant valoir que son cas n'avait pas été examiné à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes. Par ailleurs, elle a en substance allégué qu'au vu des diagnostics posés par le Dr V. _____, il n'était pas convaincant de retenir qu'ils n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité de travail. En outre, le rapport de ce spécialiste comportait des contradictions, notamment lorsqu'il concluait à une capacité totale de travail tout en mentionnant des limitations relatives au port de charges.

Par décision du 7 octobre 2016, l'OAI a confirmé le projet de refus de rente du 5 avril 2016, dont il a repris à l'identique la teneur.

B. Par acte du 9 novembre 2016, P. _____, désormais représentée par Me Alessandro Brenci, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour

nouvelle décision au sens des considérants, et très subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Elle s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, soutenant que la motivation sommaire de la décision litigieuse empêchait sa bonne compréhension. Elle a pour le surplus fait valoir que selon ses médecins, ses atteintes l'empêchaient actuellement de disposer d'une capacité de travail. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la production de l'entier du dossier AI et la possibilité de pouvoir compléter son argumentation après en avoir pris connaissance.

Par décision du 15 novembre 2016, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 novembre 2016, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Alessandro Brenici.

Le 6 décembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a exposé que la décision litigieuse était fondée sur l'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs V._____ et S._____, et que l'avis du SMR avait également été demandé. Ces pièces médicales, disposant d'une valeur probante, retenaient une entière capacité de travail dans l'activité habituelle. L'OAI a produit le dossier complet de l'intéressée.

Par avis du 12 décembre 2016, la recourante s'est vue impartir un délai de réplique et a été informée qu'il lui était loisible, dans ce délai, de venir prendre connaissance du dossier au greffe de la Cour des assurances sociales.

Le 24 avril 2017, la recourante a produit un rapport du 7 avril 2017 du Dr Z._____, lequel expliquait que la fibromyalgie était une maladie susceptible de perturber le sommeil et d'affecter l'humeur de par la chronicité des douleurs et des limitations qu'elle engendrait. Le médecin estimait que dans le cas de l'intéressée, la problématique somatique avait une incidence sur son psychisme et sur son humeur en particulier. Du point de vue psychique, sa patiente traversait une période difficile et

souffrait de dépression, raison pour laquelle il lui avait prescrit un antidépresseur. Au vu de ce rapport, la recourante a requis à titre de mesure d'instruction la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, notamment rhumatologique et psychiatrique.

Le 16 mai 2017, l'OAI a derechef préavisé pour le rejet du recours.

Le 1^{er} juin 2017, Me Brenci a produit la liste de ses opérations.

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 LPGA et 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).

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).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est 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 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

3. Dans un premier moyen de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, faisant valoir que la motivation de la décision attaquée serait insuffisante.

a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse est en tout point conforme au projet de décision du 5 avril 2016. L'OAI n'a en particulier pas joint à celle-ci, comme il le fait traditionnellement, une correspondance dans laquelle il se détermine sur les observations formulées par l'assuré. Il ne s'est ainsi pas prononcé sur l'argument selon lequel le volet psychiatrique de l'expertise mise en œuvre par le Dr S._____ ne respectait pas la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes, alors qu'il s'agit d'un point central (cf. consid. 5b infra).

Bien que sommaire, la motivation de la décision entreprise permet toutefois de comprendre les éléments qui ont été retenus et les raisons pour lesquelles ils l'ont été. On ne saurait dès lors faire grief à l'intimé d'avoir violé le droit d'être entendue de la recourante, ce cas étant cependant à la limite de consacrer une telle violation.

4. 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 est définie par l'art. 6 LPGA 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.

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

b) 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 malade, 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).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre,

en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, 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 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. La recourante allègue pour l'essentiel que son état de santé l'empêche de travailler, se référant à l'avis de ses médecins.

a) Sur le plan somatique, dans son rapport d'expertise du 13 mai 2015, le Dr V._____ a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, ainsi que de syndrome lombovertébral récurrent et de cervico-brachialgies, tous les deux chroniques et sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe

de discopathie. Le Dr V._____ a retenu une entière capacité de travail dans l'activité habituelle. Dans le cadre de son expertise, ce spécialiste a notamment analysé le dossier radiologique dont disposait l'assurée et a réalisé d'autres examens d'imagerie (soit des ultrasonographies des épaules, genoux, coudes, poignets, mains, articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales et distales, ainsi que des radiographies de la colonne cervicale de face, de profil, oblique droite et gauche, cf. rapport d'expertise précité pp. 7 et 8). L'expertise a pour le surplus été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte de l'appréciation du Dr X._____. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ses conclusions ayant au demeurant été confirmées par la Dresse L._____ du SMR (cf. rapport du 15 juin 2015).

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de cette expertise. L'avis du Dr X._____, selon lequel, en particulier, le travail d'aide-soignante pourrait être réalisé à un taux de l'ordre de 40 %, avec une diminution de rendement de 40 %, ne constitue qu'une appréciation différente de la capacité de travail sur la base d'une même situation clinique (cf. rapport du 3 mars 2014 du Dr X._____). Par ailleurs, la recourante étant suivie depuis le 1^{er} mai 2012 par ce spécialiste, les constatations de ce dernier doivent être admises avec réserve (cf. consid. 4d supra).

Enfin, les critiques à l'encontre du rapport d'expertise du Dr V._____ formulées par la recourante dans son courrier du 5 juillet 2016 ne sont pas pertinentes. En effet, il appartient uniquement aux médecins d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle proportion elle est incapable de travailler (cf. consid. 4c supra). En outre, le fait que le Dr V._____ ait mentionné des limitations fonctionnelles relatives au port de charge n'exclut aucunement une pleine capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle. Contrairement à ce que

soutient cette dernière, le rapport de ce spécialiste ne comporte pas de contradiction.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du Dr V._____ et de considérer que, sur le plan somatique, la recourante présente une capacité de travail totale dans son activité habituelle.

b) Sur le plan psychiatrique, dans son rapport d'expertise du 1^{er} juin 2015, le Dr S._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de neurasthénie (F48.0). Il a retenu que la recourante avait toujours été capable de travailler à 100 %. L'intéressée soutient que cette expertise ne respecte pas la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes.

aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), et le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en

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

bb) 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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

dd) Sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 270, qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales. Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF 137 V 270 précité consid. 6 in initio). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'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. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 précité consid. 8).

ee) En l'occurrence, dans son expertise du 1^{er} juin 2015, le Dr S._____ a expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles il excluait le diagnostic d'épisode dépressif sévère posé par le Dr Z._____ dans son rapport du 30 septembre 2014. Le Dr S._____ a notamment exposé que du point de vue anamnestique et qu'au moment de l'entretien, il n'avait pas pu objectiver les signes et symptômes d'un registre dépressif (cf. rapport d'expertise précité, p. 13). En particulier, il n'y avait pas de sentiment d'inutilité ou de ruine, d'idées noires ou d'envies suicidaires, ni de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. L'élan vital était relativement bien conservé (cf. p. 9). En revanche, le Dr S._____ a retenu une fibromyalgie comparable à un trouble somatoforme (F45.4), ainsi qu'une neurasthénie (F48.0).

Concernant le trouble somatoforme, ainsi que l'a relevé la recourante, le Dr S._____ a examiné le cas à l'aune des anciens critères jurisprudentiels relatifs à ces troubles. Il convient donc d'apprécier si

l'analyse de l'expert satisfait aux nouvelles exigences jurisprudentielles, applicables sur le plan du droit intertemporel.

Le diagnostic est posé sur la base de la CIM-10, donc sur un système de classification médicale reconnu. L'expert a étayé son diagnostic en expliquant que l'assurée se plaignait fondamentalement de douleurs un peu partout dans son corps, d'une grande fatigue, ainsi que de maux de tête, symptômes qui avaient tendance à diminuer lorsqu'elle était avec sa famille en [...]. Il a ensuite rappelé les critères ressortant de la CIM-10, sans toutefois les corrélérer avec son examen clinique. En outre, la question des motifs d'exclusion n'a pas été abordée. L'expertise ne contient pas d'indications quant à la présence d'indices d'une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assurée, même si, dans son rapport d'expertise, le Dr V. _____ a fait état d'une certaine discordance entre les plaintes de l'intéressée, l'impotence fonctionnelle décrite dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle, et les examens effectués jusqu'au jour de l'expertise (cf. rapport d'expertise du 13 mai 2015 du Dr V. _____, p. 9).

De surcroît, le Dr S. _____ n'a pas discuté du degré de gravité fonctionnel. Il ne s'est pas non plus exprimé sur la cohérence entre le degré de gravité fonctionnel et les répercussions de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de la vie. Il en va de même en ce qui concerne la structure de la personnalité de la recourante et les capacités inhérentes à sa personnalité.

Enfin, le Dr S. _____ reconnaît l'existence d'une comorbidité psychiatrique sous la forme d'une neurasthénie, qui n'est selon lui pas handicapante. Une comorbidité psychiatrique n'est plus prioritaire, de manière générale, selon la nouvelle jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Elle doit être prise en considération seulement en fonction de son importance concrète dans le cas particulier, notamment en tant qu'échelle de mesure pour estimer si elle prive l'assuré de certaines ressources. Or il manque dans l'appréciation du Dr S. _____ l'évaluation des ressources personnelles de l'assurée au regard d'éventuelles

limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Ainsi, les éléments ressortant en l'état de l'expertise du Dr S._____ ne sont pas suffisants pour permettre un examen complet du cas à la lumière des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Un complément d'expertise est dès lors nécessaire afin que le Dr S._____ se détermine sur les nouveaux points évoqués par la jurisprudence.

Le Tribunal fédéral admet un simple complément d'expertise au regard de la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281. Dans la mesure où il ne s'agit que d'un complément, un renvoi à l'autorité intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - est justifié (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine).

6. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b).

b) En l'occurrence, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, notamment rhumatologique et psychiatrique. Sur le plan somatique, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise avec un volet rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, au vu de l'issue du litige, un complément d'expertise psychiatrique s'avère nécessaire et sera mis en œuvre par l'intimé, l'expert devant se prononcer sur tous les éléments figurant au considérant 5 b) ee) du présent arrêt.

7. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr S._____.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence à 2'000 fr., ce montant couvrant largement celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

**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 7 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alessandro Brenci (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 :