

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 82 LPA-VD

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 20 décembre 2012 par N.____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1970, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), et sa déclaration selon laquelle en bonne santé elle travaillerait à plein temps,

vu le rapport du 1^{er} octobre 2012 de la Dresse W.____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie et cheffe de clinique du Service de dermatologie et vénéréologie du Centre hospitalier K.____ (ci-après : Centre hospitalier K.____), qui a posé les diagnostics de lupus cutané subaigu, de trouble de la mémoire et de baisse d'acuité visuelle récente,

vu le rapport du 18 janvier 2013 du Dr D.____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, posant les diagnostics de lupus cutané, d'état anxio-dépressif et de lombalgies chroniques et mentionnant en outre que la patiente se plaignait de troubles mnésiques dont l'origine pouvait éventuellement être médicamenteuse, une évaluation neuropsychologique étant difficile vu la barrière linguistique,

vu le rapport du 27 février 2013 du Prof. L.____ et des Drs F.____ et R.____, respectivement chef de service, chef de clinique et médecin assistante au Service de dermatologie et vénéréologie du Centre hospitalier K.____ selon lequel l'assurée a séjourné dans ce service du 1^{er} au 7 février 2013, les diagnostics suivants ayant été posés :

« **Diagnostic principal**

- Lupus érythémateux cutané subaigu avec arthralgies non-spécifiques

Diagnostic(s) secondaire(s) / comorbidité(s) active(s)

- Troubles de la mémoire dans un contexte de troubles anxio-dépressifs (DD atteinte systémique du lupus)
- Baisse de l'acuité visuelle récente

- Attaques de panique
- Lombalgies chroniques

[...]

Comorbidité(s) passive(s)

- Notion d'état dépressif sous traitement »,

vu le rapport du 11 avril 2013 du Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, intitulé « *Concerne : M. F(...) A (...) 1 [...] 0 [...] 19 [...]* » et dont il résultait notamment ce qui suit :

« En premier lieu, il convient de dire que j'ai cherché vainement à joindre le patient pour effectuer votre évaluation AI, sans qu'il ne réponde aux courriers ou au téléphone.

Finalement, je l'ai vu en urgence le 25 mars, dans le cadre de douleurs rétrosternales, permettant enfin de faire le bilan.

Vous trouverez ci-joint la copie du rapport fait à son médecin traitant, le docteur X. _____

Pour répondre à vos questions :

[...]

- 2- Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Le patient décrit une dyspnée d'effort à la montée ou à la marche rapide, on n'a malheureusement pas pu faire un test d'effort, le patient se plaignant de douleurs au niveau du dos. Il n'est donc pas possible de se prononcer clairement sur sa capacité fonctionnelle. Il ne me semble pas qu'il pourrait y avoir de diminution majeure et on peut dire en tous cas, qu'il n'y a pas de cause objectivable cardiaque pour expliquer une dyspnée à point de départ cardiaque significative : fonction ventriculaire gauche normale, absence de valvulopathie. Absence d'ischémie à l'IRM de stress.
- 3- Quelle est la capacité de travail exigible ? Il est difficile de se prononcer sur cette question, de manière formelle en l'absence d'un test fonctionnel valable. Toutefois, comme mentionné ci-dessus, il n'y a pas d'élément probant en faveur d'une limitation majeure (voire significative) de l'activité physique. Il est clair qu'en cas d'un travail avec activité physique discrète, il ne devrait pas y avoir de répercussions cardiaques significatives »,

vu le rapport annexé au précédent et daté du 25 mars 2013 de ce praticien adressé au Dr X. _____, où il mentionnait notamment ce qui suit :

« Rappelons qu'il est porteur d'un anévrisme de l'aorte abdominale qui avait été diagnostiqué en 2010 lors du cathétérisme cardiaque (pratiqué pour dyspnée d'effort mal analysable et test d'effort sous-maximal, non-conclusif) [...].

Examen physique : poids 89 kg pour 171cm (idem 2011) [...].

Discussion :

[...]

L'anévrisme a donc encore une taille acceptable même si il a un peu progressé (en fait, en 2010, l'échographie décrivait un diamètre de 37mm déjà !) et on doit poursuivre un traitement conservateur avec une échographie de contrôle annuellement.

[...]

Nous avons rediscuté avec le patient l'importance de l'arrêt du tabagisme mais il ne semble pas prêt à stopper [...] »,

vu le rapport du 11 juin 2013 de la Prof. Z. _____ et des psychologues J. _____ et M. _____ du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier K. _____ qui indiquaient notamment ce qui suit :

« Patiente collaborante au mieux de ses capacités, orientée aux trois modes avec une erreur d'un jour sur le quantième, nosognosique de ses difficultés cognitives, ralentie sur le plan psychomoteur, manquant d'incitation, à la mimique affaiblie.

Plaintes spontanées et sur questions : oublis portant sur les faits récents apparus depuis 2-3 ans en aggravation progressive, baisse de l'humeur, difficultés à reconnaître les personnes et les lieux, baisse de l'appétit, préoccupée par son état de santé.

Langage: l'expression orale spontanée est fluente et informative, marquée par un appauvrissement prosodique.

Praxies: *constructives:* la copie de figures bidimensionnelles est satisfaisante. La copie d'une figure tridimensionnelle n'est possible que sur décomposition. *Gestuelles:* l'imitation de gestes sans signification est satisfaisante, la réalisation de gestes symboliques et de pantomimes d'utilisation d'objets est imparfaite.

Gnosies: l'identification de figures enchevêtrées est dans les normes. La reconnaissance de personnages célèbres est faible. Un test de repérage de cibles ainsi qu'un test de raisonnement sur du matériel associatif sont sévèrement déficitaires.

Fonctions mnésiques: en mémoire à court terme, l'empan auditivo-verbal et visuo-spatial sont sévèrement déficitaires, de même que l'empan inverse en mémoire de travail. En mémoire épisodique antérograde verbale, l'apprentissage de 10 mots, leur reconnaissance et leur évocation différée est sévèrement déficitaire, de même qu'en modalité visuo-spatiale. Au test des choix forcés, la reconnaissance des visages est dans les normes.

Fonctions exécutives: un test de productivité non verbale dirigé est déficitaire en raison d'un faible rendement ainsi que d'un nombre

important d'erreurs. La fluence verbale sur indiçage sémantique ainsi que le score à la BREF (6/15) sont déficitaires avec une perte de points importante en similitude et contrôle inhibiteur.

Fonctions attentionnelles: une épreuve d'attention soutenue et sélective est sévèrement déficitaire.

HAD: une échelle mesurant l'anxiété et la dépression met en évidence une probable symptomatologie anxieuse et dépressive.

Conclusion: l'examen neuropsychologique est limité chez une patiente analphabète, maîtrisant approximativement le français et paraissant effondrée sur le plan psychique. Dans ce contexte, les résultats obtenus sont globalement déficitaires. Un avis psychiatrique nous paraît souhaitable »,

vu le rapport du 7 avril 2015 du Prof. G. _____ et du Dr T. _____ du Service de neurologie du Centre hospitalier K. _____ qui ont posé le diagnostic de troubles mnésiques non évolutifs depuis huit ans, dont la mise au point est en cours,

vu le rapport du 20 avril 2015 de la Prof. Z. _____ et de la psychologue M. _____ dont il résulte en particulier ce qui suit (sic) :

« Patiente collaborante au mieux de ses capacités, orientée aux trois modes avec une erreur sur le jour de la semaine, nosognosique de ses difficultés cognitives, ralentie sur le plan psychomoteur, démonstrative, manquant d'incitation, à la mimique affaiblie.

Plaintes spontanées et sur questions: importante fatigue, douleur "dans les os", difficultés mnésiques pour les faits récents et à venir; la patiente rapporte ne pas s'occuper pendant la journée.

Langage: l'expression orale spontanée est fluente et informative, marquée par un appauvrissement prosodique.

Praxies: *Gestuelles*: l'imitation de gestes sans signification est satisfaisante, la réalisation de gestes symboliques et de pantomimes d'utilisation d'objets présente des erreurs de spatialisation et des imprécisions.

Gnosies: l'identification de figures enchevêtrées est déficitaire (4/5). Un test de couleur attribut d'objet est déficitaire (6/10) .

Fonctions mnésiques: en mémoire à court terme, l'empan auditivo-verbal et visuo-spatial sont sévèrement déficitaires, de même que l'empan inverse en mémoire de travail. En mémoire épisodique antérograde verbale, le rappel immédiat de 5 mots est déficitaire (2/5) sans aide de l'indiçage; le rappel différé libre est sévèrement déficitaire (1/5) sans aide de l'indiçage. En modalité non-verbale, la reconnaissance de visages (RBMT) est sévèrement déficitaire. Au test des choix forcés, la reconnaissance des visages est sévèrement déficitaire.

Fonctions exécutives: La fluence verbale catégorielle ainsi que le score total à la BREF (5/15, avec une perte de points aux similitudes, en programmation motrice, à la sensibilité à l'interférence et au contrôle inhibiteur) sont sévèrement déficitaires. Une épreuve de flexibilité mentale (Color Trait 2) est refusée, jugée trop difficile par la patiente.

Fonctions attentionnelles: une épreuve d'attention sélective et de vitesse de traitement (WAIS-IV, Code) est sévèrement ralentie. Une épreuve de comptage de points est non valide.

Conclusion: ce nouvel examen neuropsychologique, met en évidence des performances globalement sévèrement déficitaires chez une patiente paraissant effondrée sur le plan psychique. Un avis psychiatrique nous paraît souhaitable »,

vu le rapport du 1^{er} juin 2015 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et chef de service adjoint du Service de rhumatologie du Centre hospitalier K._____, dont on extrait notamment ce qui suit :

« Diagnostics et problèmes

Polyarthralgies périphériques d'origine indéterminées

DD: connectivité[é], syndrome douloureux chronique

Diagnostics secondaires :

Lombo-sciatalgies gauches chroniques

Hypovitaminose D

Talalgies bilatérales avec rétraction des chaînes postérieures

Pieds plats bilatéraux

Comorbidités :

Lupus érythémateux cutané subaigu diagnostiqué en 2004 avec

· ANA à 1/80 moucheté, anti-ds-DNA négatif, anti-SSA 60kd à 322 (ECL), C3, C4 dans les normes, anti-nucléoprotéines négatives

· biopsie cutanée en février 2013 : dermatite d'interface avec inflammation chronique superficielle et profonde, dépôt granulaire de C3 à la jonction dermo-épidermique.

• Traitement Plaquenil 400 mg/j depuis 2008 »,

vu le rapport d'expertise psychiatrique du 5 octobre 2015P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ne retenant aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et sans influence sur celle-ci ceux de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie, de difficultés liées à l'acculturation, de trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire aux problèmes d'inadaptation en Suisse, à la séparation d'avec son mari et à une maladie somatique, l'expert mentionnant que l'assurée ne fume pas et, dans l'anamnèse, notamment le rapport du 11 avril 2013 du Dr V._____ comme il suit :

« Le 11 avril 2013, le Dr V._____, médecin spécialiste en cardiologie à Nyon, s'adresse à l'OAI-VD. L'assurée décrit une dyspnée d'effort à la montée ou à la marche rapide. Le médecin n'a malheureusement pas pu faire un test d'effort car l'assurée se plaignait de douleurs au niveau du dos. Il m'est donc impossible de se prononcer clairement sur sa capacité fonctionnelle. Il ne semble pas qu'il pourrait y avoir des diminutions majeures et il n'y a pas de

cause objectivable cardiaque pour expliquer une dyspnée à point de départ cardiaque significatif. Il ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail exigible en l'absence d'un test fonctionnel valable, mais il n'y a pas d'éléments probants en faveur d'une limitation majeure de l'activité physique. Il est clair qu'en cas d'un travail avec activité physique discrète, il ne devrait pas y avoir de répercussion cardiaque significative. Le médecin n'a pas rédigé d'arrêt de travail. Concernant le pronostic, selon le médecin il est clair que l'assurée présente plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires et qu'elle reste à risque de développer un événement vasculaire (en particulier, elle est porteuse d'un anévrisme de l'aorte abdominale actuellement non significatif) »,

vu l'avis du 28 octobre 2015 du Dr S._____ du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : le SMR), ne retenant aucune pathologie invalidante du ressort de l'AI, la capacité de travail de l'assurée étant entière dans toute activité,

vu le projet de décision du 30 octobre 2015 de l'OAI dans lequel il prévoit le refus de rente au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité,

vu le certificat médical du 9 novembre 2015 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, énumérant diverses affections dont est atteinte l'assurée et estimant nulle la capacité de travail de celle-ci, une réadaptation professionnelle étant souhaitable,

vu le rapport du 7 avril 2016 des Dresses Q._____, spécialiste en rhumatologie et H._____, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier K._____, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- «
- Polyarthralgies périphériques d'origine indéterminée depuis 2010.
- DD : connectivité, syndrome douloureux chronique.
- Lupus érythémateux cutané subaigu, depuis 2004.
- Lombosciatalgies G chroniques depuis 2010.
- Talagies bilatérales avec rétraction des chaînes postérieures sur pieds plats bilatéraux en 2015 »,

et estimant que dans une activité uniquement assise, l'assurée pouvait travailler à raison de 4 heures par jour,

vu le rapport d'expertise rhumatologique du 8 juin 2016 de la DresseA._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, qui mentionne sous la rubrique « Préambule » parmi divers rapports médicaux (cf. p. 4 de l'expertise) : « 11.04.2013, Dr V._____, FMH cardiologie. Pas de cause objectivable cardiaque pour expliquer une dyspnée, fonction ventriculaire gauche normale, absence de valvulopathie. Absence d'ischémie à IRM de stress » et indiquant en outre notamment ce qui suit :

« Habitudes toxiques :
Tabac : 10 cigarettes/jour.
Alcool : nihil.

[...]

EXAMEN CLINIQUE

Général : patiente en bon état général. Poids 69 kg, pour 150 cm, BMI 31(obésité). [...]

DIAGNOSTICS RHUMATOLOGIQUES

Avec répercussion sur la capacité de travail en tant que femme au foyer :

- **Aucun**

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- **Lupus cutané connu depuis 2004, lombalgies basses plutôt situées à gauche.**
- **Pseudo-cruralgies.**
- **Poly-arthralgies d'origine indéterminée (diagnostic différentiel possible syndrome de Sjögren secondaire car anti-SSA positifs, pas de biopsie des glandes salivaires à disposition).**
- **Obésité**
- **Lombalgies avec discret pincement L4-L5 »,**

vu l'avis médical du 6 juillet 2016 du Dr S._____ conclu en ces termes :

« L'expert atteste une capacité de travail entière pour les tâches ménagères. Ses conclusions sont basées sur une anamnèse et un status clinique fouillés.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : station debout et marche de plus de 3 heures. Station assise possible jusqu'à 3h00 consécutives. Eviter le maintien debout en porte-à-faux du tronc, éviter les mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis

lominaire et les mouvements en rotation, ce qui n'est pas le cas pour les tâches ménagères. Port de charges jusqu'à 8 kg. Ces limitations fonctionnelles sont compatibles avec une capacité entière pour les tâches ménagères.

Le contenu de l'expertise répond aux exigences jurisprudentielles en vigueur et nous adhérons à ses conclusions »,

vu la décision rendue le 6 octobre 2016 par l'OAI rejetant la demande de rente dès lors que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de la LAI et avait en conséquence une capacité de travail totale dans toute activité,

vu le recours interjeté le 14 novembre 2016 par N._____, représentée par Procap, Service juridique, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, principalement à l'octroi de prestations découlant de l'AI, à ce que toute mesure d'instruction utile soit ordonnée et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants,

vu les allégations de la recourante dont il résulte notamment que ses diverses atteintes à la santé ont une incidence indubitable sur sa capacité d'exercer une activité lucrative,

vu le rapport du 19 novembre 2016 du Dr B._____ produit par la recourante, mentionnant divers diagnostics et retenant une incapacité de travail totale,

vu la réponse du 22 décembre 2016 de l'intimé concluant au rejet du recours,

vu les écritures ultérieures des parties,

vu les pièces du dossier ;

attendu que sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]),

que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA),

que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA),

que, dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD),

qu'en l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que le litige porte notamment sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance invalidité,

qu'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),

qu'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 al. 1 LPGA),

que l'incapacité de travail est définie à 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,

qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité,

que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable, la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% donnant droit à un quart de rente, de 50% au moins à une demi-rente, de 60% au moins à un trois-quarts de rente et de 70% au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI),

que, pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le juge — se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour statuer,

que 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,

qu'en outre, les renseignements médicaux 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 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1),

que 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,

que 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1),

que c'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1),

qu'ainsi un rapport d'expertise se fonde tant sur l'examen clinique effectué par l'expert que sur un examen approfondi des rapports médicaux versés au dossier,

qu'en l'espèce, l'expert P._____ a fait référence dans l'anamnèse à de nombreux rapports médicaux et parmi ceux-ci à celui du Dr V._____,

que la Dresse A._____ le mentionne également,

que toutefois, ce rapport mentionne dans son intitulé les nom et prénom d'une personne de sexe masculin avec une date de naissance différente,

qu'à la lecture des premières lignes de ce rapport, il apparaît manifeste qu'il ne concerne pas la recourante,

que l'on peut certes comprendre, vu le nombre de dossiers traités par l'OAI, qu'une erreur de classement puisse se produire et qu'un rapport médical concernant un tiers se retrouve dans un dossier,

qu'en revanche cela n'est pas admissible de la part d'un expert,

qu'en effet une telle erreur ne peut se produire si le dossier a été consciencieusement examiné,

que si tel avait été le cas les experts n'auraient pas manqué de signaler à l'OAI qu'un rapport étranger à la cause se trouvait dans le dossier ou, pour le moins, ne l'auraient pas fait figurer dans l'anamnèse,

que l'on ne peut dès lors pas considérer que les expertises en cause ont été établies en pleine connaissance du dossier,

qu'il suit de là qu'elles ne respectent pas les conditions posées par la jurisprudence et ne permettent pas de statuer en connaissance de cause ;

attendu qu'il résulte des rapports médicaux du Prof. Z. _____ que le dernier examen neuropsychologique met en évidence des performances globalement sévèrement déficitaires chez une patiente paraissant effondrée sur le plan psychique, un avis psychiatrique paraissant souhaitable,

que dans un précédent rapport cette praticienne faisait état d'une patiente analphabète, maîtrisant approximativement le français,

que ces rapports ne permettent pas de savoir si les troubles constatés ont une cause neuropsychologique, sont dus à une mauvaise maîtrise de la langue ou à un problème uniquement psychique,

que sur ce plan également, il n'est pas possible de statuer en l'état ;

attendu que le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire,

qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire,

qu'il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3),

qu'à l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2),

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

qu'en l'occurrence, au vu des lacunes de l'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis,

qu'il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel 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 –, cette solution apparaissant comme la plus opportune,

que l'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise portant notamment sur les plans rhumatologique, psychiatrique, neurologique et neuropsychologique (art. 44 LPGA) ;

attendu qu'en conséquence le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision,

que vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA), la recourante a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'000 francs,

que les frais de justice d'un montant de 400 fr. sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 6 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour N._____),
- 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 :