

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 août 2017

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me François Gillard, avocat à Bex,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, travaillait en qualité d'employée d'exploitation pour le compte d'un établissement médico-social. En incapacité de travail depuis le 3 juillet 2009 en raison d'un épuisement physique et psychique, elle a été licenciée avec effet au 30 avril 2010.

Dans l'intervalle, C._____ avait déposé le 19 février 2010 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a requis des renseignements médicaux auprès du médecin-traitant de l'assurée, le Dr N._____. Dans son rapport du 12 mars 2010, ce médecin praticien a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble anxio-dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), un trouble panique (F41.0), des somatisations (F45.0), un probable trouble de la personnalité avec traits dépendants et hystérisiformes (F60.8), des céphalées vasculaires migrainiformes, une pelvipathie chronique (avec un diagnostic différentiel de colite), ainsi que des myalgies généralisées. L'assurée était limitée dans la position debout prolongée, dans le port d'objets (pas plus de 5 kg), dans la force musculaire et dans les mouvements des quatre membres. Elle manquait de concentration, était vite épuisée et le contact avec les patients en fin de vie était un facteur de stress important, pouvant aggraver la symptomatologie psychique. Le Dr N._____ estimait qu'avec une psychothérapie, l'assurée pourrait travailler à 50 % dans une activité adaptée.

Une expertise bi-disciplinaire a été réalisée le 21 avril 2010 au M._____ de [...], à l'initiative de l'assureur perte de gain de l'assurée. Dans un rapport du 4 juin 2010, les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé comme diagnostics une dysthymie (F34.1), une

anxiété avec trouble panique (F41.0), une anxiété généralisée (F41.1) et un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Ils ont considéré que la capacité de travail de l'assurée était complète dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port répété de charges de plus de 10 kilos et sans mouvement de torsion abdominale. Ils ont notamment exposé les éléments suivants :

Le status somatique est ainsi quasiment normal, les examens complémentaires ne mettent pas en évidence d'éléments objectifs permettant de comprendre les plaintes, notamment abdominales qui étaient prédominantes dans le tableau.

Les douleurs abdominales étant sans corrélation anatomique, il est difficile d'admettre une incapacité de travail. Sur un abdomen poly-opéré, on peut toutefois admettre quelques douleurs résiduelles selon les mouvements ou les efforts effectués. Les limitations concernent le port de charges (pas [...] plus de 10 kilos répétés) et les mouvements de torsion abdominale. Hormis ces limitations, la capacité de travail est complète et sans diminution de rendement.

Les migraines ne sont pas invalidantes, d'ailleurs la crise en cours d'examen n'a pas empêché l'assurée de donner clairement son anamnèse et de [se] soumettre à l'examen, sans plaintes d'augmentation des douleurs. A noter aussi que la tension artérielle était normale et le pouls régulier.

La fatigue n'est pas objectivable, aucune fatigabilité n'a été observée au cours des deux examens, somatique et psychique. L'obésité joue probablement un rôle et la notion de ronflement suggère aussi une fatigue secondaire à des troubles extrinsèques du sommeil (ronchopathie simple ou avec syndrome des apnées du sommeil). Si tel est le cas, un traitement est possible et efficace. Par ailleurs, il serait souhaitable que Madame C. _____ maigrisse. Ces troubles ne sont pas invalidants.

La question du tunnel carpien doit être résolue, si une intervention devait être réalisée, il pourrait y avoir une incapacité de travail temporaire. Hormis celle-ci, il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir.

Sur le plan psychique, Madame C. _____ rapporte surtout un sentiment de fatigue, des douleurs diffuses, des douleurs d'estomac. A cela s'ajoutent quelques troubles cognitifs avec des troubles de la mémoire et de l'attention. Elle est anxieuse de longue date. Elle décrit des épisodes d'anxiété paroxystique non accompagnés de cognition agoraphobe. Il y a également une anxiété de fond, une tendance à élaborer des scénarii de catastrophe. Elle est assez sensible, elle ressent de la tristesse. Elle est parfois irritable. La capacité à éprouver du plaisir est réduite et elle a encore quelques idées noires. Le sommeil est conservé. Au quotidien, elle parvient moins bien à effectuer son ménage que d'habitude, semble-t-il plus par manque d'entrain qu'en raison des douleurs.

A l'examen clinique, on n'observe pas de comportement particulièrement algique hormis à une reprise. Il n'y a pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs. En revanche, la thématique qui revient le plus souvent est le problème lié à l'impossibilité d'avoir eu elle-même des enfants, ce qu'elle peine à accepter, disant même que cela la poursuivra jusqu'à la fin de ses jours. Elle ne semble pas être pour autant en prise à une souffrance psychique marquée mais il y a un fond de tristesse.

Le monitoring thérapeutique montre des résultats dans la norme.

Sur la base de ces éléments, on peut retenir un diagnostic de dysthymie (F34.1). Il y a probablement eu des épisodes dépressifs dans le passé. Toutefois cela n'est pas évident et ne ressort pas à la lecture des documents médicaux à notre disposition. Le premier contact avec la psychiatrie s'inscrivait surtout dans un contexte d'anxiété en lien avec le conflit armé dans son pays. Pour cette raison, nous n'avons pas d'argument pour retenir un trouble dépressif récurrent.

Madame C. _____ présente surtout une anxiété avec un trouble panique (F41.0) sans agoraphobie. Les épisodes sont relativement fréquents, de l'ordre de 3 à 4 épisodes hebdomadaires. Ils sont atténués dans leur fréquence et dans leur intensité par la prise du Citalopram, médicament reconnu efficace dans le traitement de cette affection. A cela s'ajoute également une anxiété généralisée (F41.1), l'assurée ayant tendance à élaborer des scénarii catastrophe, notamment lorsque son mari est en retard. L'assurée doit alors appeler des proches pour se rassurer. Si elle n'y parvient pas, elle se sent très anxieuse et [a] alors beaucoup de peine à se gérer.

L'assurée présente des douleurs assez multiples. Initialement elles étaient, semble-t-il, abdominales. Actuellement elles concernent tout son corps. A notre avis, cela s'inscrit très bien dans le cadre d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). On ne retrouve pas une tendance à mettre en doute les conclusions médicales. Toutefois les rapports avec le corps médical sont difficiles et ceci de longue date.

Madame C. _____ évoque également une certaine méfiance. Ce trouble s'inscrit très probablement dans le cadre de conflits intrapsychiques suite à l'impossibilité d'avoir des enfants. Il est présent de longue date. Il a probablement évolué de façon lente et s'est récemment décompensé sans qu'on parvienne à identifier un facteur déclenchant particulier.

Madame C. _____ vit progressivement plus en retrait. Elle sort moins. Toutefois elle conserve beaucoup de contacts avec son entourage proche. On note également qu'elle s'exprime bien en français et qu'il n'y a pas eu de problème d'intégration majeure.

En conséquence, l'assurée ne présente pas de limitation fonctionnelle. Elle est apte à travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement. Nous préconisons une psychothérapie. L'assurée a des capacités d'introspection et elle est tout à fait apte à bénéficier d'une telle approche.

Par avis médical du 2 septembre 2010, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a fait siennes les conclusions de l'expertise.

Dans un certificat médical du 7 octobre 2010, le Dr N. _____ a mentionné qu'une IRM lombaire effectuée le 30 septembre 2010 avait montré clairement une discopathie dégénérative au niveau de L3-L4 et L5-S1, sur présence d'une protrusion médiane et paramédiane bilatérale du disque. L'assurée ne pouvait pas porter d'objet lourd et ne pourrait pas poursuivre son activité de magasinnière.

Dans un avis médical du 16 novembre 2010, le SMR a estimé que ces éléments permettaient de conclure que la symptomatologie alléguée par la patiente, d'abord mise sur le compte d'une pathologie abdominale, avait une origine lombaire. Cette pathologie n'entraînait toutefois aucune limitation fonctionnelle nouvelle.

Par décision du 19 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son incapacité de travail n'avait pas duré une année au moins, puisque l'expertise du M. _____ concluait qu'elle bénéficiait depuis le 21 avril 2010 d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée.

B. Alléguant souffrir également de lombosciatalgies aiguës et de problèmes à l'épaule gauche, C. _____ a déposé le 4 mai 2011 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un certificat médical du 5 avril 2010, le Dr N. _____ a exposé que l'état de santé de la patiente s'était aggravé depuis l'expertise effectuée par le M. _____, qu'un examen EMG des membres inférieurs avait confirmé une atteinte neurologique dans le dermatome L5 droit et qu'une IRM de l'épaule gauche avait montré une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sur conflit sous-acromial. Son incapacité de travail était totale.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr A._____, spécialiste en neurochirurgie et qualifié pour le traitement interventionnel de la douleur, ainsi que du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport médical du 31 mai 2011, le Dr A._____ a posé les diagnostics de lombalgies, d'insuffisance segmentaire L4-L5 et protrusion L5-S1. L'assurée ne devait pas porter de charges supérieures à 20 kg, devait régulièrement changer de position, ne pouvant pas travailler assise ou debout de manière continue pendant plus de deux heures, devait éviter les postures en porte-à-faux ainsi que les rotations du bassin et des épaules. Le Dr A._____ estimait ne pas avoir assez d'éléments objectifs pour déterminer la capacité de travail de l'assurée et qu'un examen rhumatologique par le médecin-conseil de l'AI semblait indispensable. Il précisait qu'il n'y avait eu aucune réponse aux blocs facettaires, qu'il y avait une discordance radio-clinique et que la situation évoquait une éventuelle fibromyalgie.

Le Dr K._____ a mentionné, dans son rapport du 17 juin 2011, avoir suivi l'assurée pour une tendinopathie de l'épaule gauche qui avait donné lieu à une incapacité de travail du 22 novembre au 12 décembre 2010.

Le SMR a estimé, dans un avis médical du 29 août 2011, que l'affection à l'épaule gauche ne présentait pas un caractère durable, qu'aucune séquelle n'était mentionnée en rapport avec cette atteinte et que les éléments ressortant du rapport médical du Dr A._____ étaient parfaitement concordants avec le syndrome somatoforme douloureux diagnostiqué en avril 2010. Il ne voyait dès lors pas de raison de s'écarter de son précédent rapport d'examen du 2 septembre 2010.

Le 2 septembre 2011, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision faisant part de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le 16 décembre 2011, le Dr H._____, médecin praticien, a attesté que l'assurée souffrait de fibromyalgie.

L'assurée a produit un rapport du 31 janvier 2012 établi par les Drs T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, médecin assistant, de la Policlinique psychiatrique adulte du J._____ à [...]. Ils retenaient comme diagnostics un autre épisode dépressif, dépression chronique (F32.8) et un trouble mixte de la personnalité (traits dépendants, état limite, histrionique, paranoïaque ; F61.0). Leurs observations cliniques étaient les suivantes :

La patiente est de tenue et d'hygiène correctes. La thymie est basse. Elle se montre revendicative, en colère contre la plupart des personnages qui l'entourent. Les angoisses de persécution sont au premier plan, mais des angoisses de mort et d'abandon sont également relevées. Le rapport au réel semble par moment ténu, la relation d'objet est partielle, les défenses sont de l'ordre du clivage, de l'agressivité passive, de la projection, de la formation réactionnelle, et de l'identification projective. Elle est avide dans le contact, à tel point qu'elle laisse peu de possibilité d'existence à l'Autre.

Relevons que c'est peu de temps après que son neveu de 14 ans, dont elle s'est occupée comme une mère (elle-même n'ayant pas pu avoir d'enfants et s'étant beaucoup occupée de ses neveux et nièces directs et par alliance), dans sa position de soignante, lui annonce qu'elle lui a transmis ses propres angoisses et que c'est à cause d'elle qu'il est anxieux maintenant. Cette réalité « avouée », alors qu'elle se veut une soignante bienveillante l'a déstabilisé profondément, réalisant cette contamination par l'autre, tellement crainte par la patiente relevant d'une frontière Moi / non Moi fragile. S'en suit une intensification des symptômes douloureux, dépressifs et anxieux (qui ne se sont jusqu'alors jamais totalement amendés) et l'apparition d'angoisses de persécution plus intenses. Ainsi, l'on peut constater chez cette patiente une fragilité, un polymorphisme du tableau clinique et une chronicisation avec des rechutes régulières et intensification de la symptomatologie. Nous sommes donc face à une problématique psychique de plus en plus envahissante et handicapante avec en toile de fonds un probable grave trouble de la personnalité chez cette patiente organisée visiblement sur un mode psychotique (des examens psychologiques étayeraient cette hypothèse). Au vu des trois rechutes avec aggravation de la symptomatologie, d'une grande fragilité du Moi, du besoin d'étayage de plus en plus important (un curateur a récemment été nommé, la patiente ne faisant plus face à la gestion de ses finances), le pronostic psychiatrique est peu favorable et à notre sens son état est incompatible avec une activité professionnelle. Une révision du droit à la rente AI nous paraît, de fait, justifiée.

La réalisation d'un examen clinique psychiatrique a été mise en œuvre au sein du SMR le 18 avril 2012. Dans un rapport du 4 juin 2012, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - de dysthymie (F34.1) et constaté que sur le plan psychiatrique, l'assurée disposait d'une capacité de travail exigible de 100 %. Dans son appréciation, il s'est prononcé comme suit sur les diagnostics retenus par les Drs T._____ et W._____ :

Dans les observations cliniques, il est fait mention d'une thymie basse et de colère contre la plupart des personnages qui entourent l'assurée, ce qui est contradictoire : dans la dépression, l'agressivité est retournée contre la personne elle-même, pas contre l'entourage. Les auteurs du rapport parlent d'un « *probable grave trouble de la personnalité chez cette patiente organisée visiblement sur un mode psychotique (des examens psychologiques étaieraient cette hypothèse)* ». Ce trouble de la personnalité et cette organisation sur un mode psychotique ne sont pas étayés par des faits et des données objectifs du rapport.

Les diagnostics évoqués (autre épisode dépressif, dépression chronique F32.8, trouble mixte de la personnalité, traits dépendants, état limite, histrionique, paranoïaque F61.0) ne sont pas étayés par des données objectives. Le trouble de la personnalité est d'ailleurs qualifié de « *probable* » dans le texte.

En conséquence, les données contenues dans ce rapport ne permettent pas de conclure à une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée.

L'appréciation du Dr X._____ était la suivante :

L'anamnèse recueillie aujourd'hui ne montre pas d'antécédents psychiatriques familiaux. L'assurée dit que sa vie a basculé en 1986, suite à la perte d'un enfant au 4^e mois de grossesse, accompagnée d'une intervention chirurgicale gynécologique. En 1999, son mari présente une maladie psychique que l'assurée qualifie de « *dépressive* ».

L'assurée reste capable de travailler jusqu'en 2010, date de son licenciement.

Au point de vue psychiatrique, l'assurée voit un premier spécialiste en 2000, dans le cadre de la maladie psychique de son mari. Ce traitement dure pendant 5 mois, l'assurée a un très bon contact avec le médecin, l'effet de ce traitement est positif. Elle signale essentiellement une symptomatologie anxieuse, contrôlée par un traitement de Xanax®.

Elle relate une attaque de panique en 2007 ayant nécessité la reprise d'un traitement psychiatrique pendant 1 an.

Depuis le début 2011, l'assurée voit un nouveau psychiatre et psychothérapeute à raison d'une séance toutes les 3 semaines, elle reçoit du Xanax® et du Citalopram®. Elle se plaint d'anxiété chronique, elle ne signale plus d'attaques de panique, elle se plaint de son sort et d'un sentiment d'injustice, elle a du plaisir à s'occuper de ses neveux et nièces. Elle dit souffrir d'avoir perdu son travail. Elle pense à la mort, mais simultanément exprime sa peur de mourir d'un cancer. Elle n'arrive pas à se représenter son avenir.

Le status psychiatrique montre une thymie fluctuante, légèrement abaissée par moments, normale à d'autres, l'assurée peut sourire d'une manière adéquate en fonction du contenu du discours. On ne relève pas de troubles de l'orientation, de la mémoire, de la concentration, de l'attention durant les 2h15 de l'examen psychiatrique. Le discours de l'assurée est cohérent, elle ne présente pas de trouble du cours ni du contenu de la pensée. Pas de perturbation de la sphère émotionnelle. Pas d'anxiété, pas d'attaque de panique, pas de trouble phobique ni obsessionnel observable durant l'examen. Pas de signes de la série psychotique. Pas de signes évocateurs d'un trouble de la personnalité. L'assurée signale quelques difficultés minimales au niveau de la mémoire de fixation qui sont à mettre en relation avec la prise chronique d'une benzodiazépine (Xanax®).

En conclusion, cette assurée présente une dysthymie diagnostiquée en 2010 lors d'une expertise psychiatrique. Cette dysthymie est accompagnée de troubles anxieux qui ne sont pas d'une intensité suffisante pour être considérés comme incapacitants.

L'examen psychiatrique de ce jour permet de confirmer le diagnostic de dysthymie. Les troubles anxieux sont contrôlés par le traitement en cours. L'assurée ne présente pas de pathologie psychiatrique manifeste ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

Dans un avis du 15 juin 2012, le SMR a repris les conclusions de l'examen clinique du Dr X._____.

Par décision du 26 juillet 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu, d'une part, que la tendinopathie de l'épaule gauche ne présentait pas un caractère durable et n'avait pas engendré de séquelle et, d'autre part, que les lombalgies et la probable fibromyalgie évoquée par le Dr A._____ étaient concordants avec le rapport d'examen SMR de 2010 et le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, précisant toutefois que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique grave pouvant justifier une incapacité de travail en relation avec ce trouble.

C. Le 11 février 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant souffrir de douleurs lombaires, des épaules et des poignets ainsi que d'un trouble dépressif sévère.

Dans un certificat médical établi le 16 janvier 2014, la Dresse P._____, spécialiste en gynécologie, indiquait que l'assurée souffrait de douleurs pelviennes chroniques, de ménométrorragies, de polyménorrhée et de dysménorrhée.

Dans un rapport du 10 mars 2014, le Dr N._____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé aussi bien sur le plan psychiatrique que somatique. Il a retenu les diagnostics suivants :

- Lombosciatalgies droites chroniques et invalidantes dans le cadre d'un conflit disco-foraminal droit au niveau L5-S1 avec sténose foraminale par une protrusion discale focalisée contre la racine de L5 droite.
- Trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère (F33.2).
- Trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4).
- Trouble mixte de la personnalité, trait paranoïaque et émotionnellement labile (F61).
- Douleurs chroniques de l'épaule gauche sur tendinopathie du sus-épineux.
- Syndrome du canal carpien gauche.

Suite à une décompensation psychique avec épisode dépressif sévère et idées suicidaires, la patiente avait été hospitalisée à la [...] du 7 au 13 mars 2013. Une IRM lombaire du 22 janvier 2014 avait confirmé l'aggravation des lombosciatalgies droites, lesquelles étaient de plus en plus invalidantes et gênaient la patiente dans ses actes de la vie quotidienne les plus élémentaires. Selon le Dr N._____, l'assurée était en totale incapacité de travail depuis le 3 juillet 2009.

Dans un avis médical du 2 mai 2014, le SMR a estimé que les atteintes au plan ostéo-articulaires étaient déjà documentées depuis 2010, mais qu'une aggravation sur le plan psychiatrique était plausible.

Dans le rapport médical établi le 10 mai 2013 à la suite du séjour de l'assurée à la [...], la Dresse Z._____, cheffe de clinique adjointe, et la Dresse G._____, médecin assistante, ont posé comme

diagnostics un trouble de l'adaptation (F43.2), un trouble mixte de la personnalité (traits paranoïaques et émotionnellement labile, F61) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Dans un rapport du 23 février 2015 émanant de la Policlinique psychiatrique adulte du J. _____ à [...], le Dr S. _____, chef de clinique adjoint, et la Dresse V. _____, médecin assistant, ont retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un autre épisode dépressif, dépression chronique (F32.8), un trouble mixte de la personnalité (traits dépendants, paranoïaque, état limite et histrionique, F61) ainsi que, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un status post grave tentamen médicamenteux en 2012. Ils constataient chez la patiente une fragilité, une polymorphie du tableau clinique, ainsi qu'une chronicisation avec des rechutes régulières et intensification de la symptomatologie. La problématique psychique était de plus en plus envahissante et handicapante avec une toile de fond d'un probable grave trouble de la personnalité chez l'assurée, qui était visiblement organisée sur un mode psychotique. Elle présentait une symptomatologie mixte persécutoire (impression d'être en danger de maltraitance par autrui) et dépressive, avec une thymie basse, une anhédonie, un manque d'énergie, la présence d'idées suicidaires sporadiques, des moments d'angoisses très fortes ainsi qu'une intolérance à la frustration. Ils estimaient que son état était incompatible avec une activité professionnelle.

Dans un avis médical du 10 mars 2015, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation par rapport à la situation antérieure de 2012, puisque les médecins du J. _____ attestaient des mêmes diagnostics qu'en 2011, tandis que l'expertise psychiatrique de 2010 et l'examen clinique psychiatrique du SMR de 2012 n'avaient retrouvé chez l'assurée qu'une dysthymie sans caractère incapacitant. Les diagnostics retenus dans le rapport de sortie de la Clinique [...] n'entraînaient quant à eux pas d'incapacité de travail durable.

L'OAI a annoncé à l'assurée, dans un projet de décision du 12 mars 2015, qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations.

Le 30 juin 2015, l'assurée a présenté ses objections par l'intermédiaire de son mandataire. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir investigué son état de santé somatique et de ne pas avoir plus instruit sa problématique psychique. Elle a invoqué souffrir également d'asthme et d'apnées nocturnes.

Elle a transmis un certificat médical du Dr N._____, rédigé le 14 avril 2015, dans lequel il faisait état d'une aggravation de son état psychique et physique par rapport à 2012 et estimait qu'une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire. Il rappelait que l'IRM du 22 janvier 2014 avait confirmé l'aggravation des lombosciatalgies et précisait que l'assurée avait bénéficié d'une arthroscopie du genou droit le 17 décembre 2014, avec actuellement des douleurs séquellaires qui limitaient son rayon de marche.

Dans un courrier du 30 juillet 2015, le curateur de l'assurée a indiqué que celle-ci avait exercé une activité professionnelle en 2014. Selon le compte individuel de l'assurée auprès de la Caisse de compensation AVS, elle avait travaillé dans un domaine viticole de mai à octobre 2013 pour un revenu de 4'900 fr. et de mai à octobre 2014 pour un montant de 5'593 francs.

Le 24 novembre 2015, le SMR a maintenu qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne lui paraissait pas indispensable et que l'IRM de 2014 ne permettait pas, à elle seule, d'attester une aggravation. Il relevait en outre que le médecin traitant de l'assurée ne signalait pas l'asthme ni les apnées nocturnes dans son dernier rapport médical.

Dans un rapport médical du 20 avril 2016, les Drs S._____ et V._____ ont fait état des mêmes diagnostics que dans leur précédent rapport de mai 2014. Ils ont indiqué que l'état psychique de l'assurée s'était péjoré depuis lors en lien avec, d'une part, des interventions chirurgicales suite à des problèmes physiques et, d'autre part, avec l'état

de santé de ses parents au Kosovo. Ils estimaient qu'elle était en totale incapacité de travail depuis 2009.

Le 30 avril 2016, l'assurée a transmis différents documents médicaux à l'OAI :

- Dans un courrier du 9 mai 2014, le Dr K. _____ indiquait que les gonalgies droites étaient en relation avec des troubles dégénératifs et une déchirure méniscale interne, dans le cadre d'une méniscope préexistante. Une solution chirurgicale sous forme d'une arthroscopie était prévue.

- Dans un certificat médical du 8 avril 2016, le Dr B. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, attestait suivre l'assurée pour un syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger dans un contexte de ronchopathie. Il indiquait qu'elle présentait également de l'asthme, une hypertension artérielle et des troubles anxio-dépressifs. Lors de sa consultation du 14 septembre 2015, il avait mis en évidence une rhinite vasomotrice, une étroitesse pharyngée et une laryngite tabagique.

Dans des rapports des 22 juin 2015 et 17 mai 2016, la Dresse Q. _____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, posait les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger, asthme bronchique, tabagisme actif avec probable emphysème pulmonaire, hypertension artérielle, dyslipidémie, troubles anxio-dépressifs et lombosciatalgie chronique. L'asthme et les apnées obstructives du sommeil ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail.

Le 21 juillet 2016, le Dr K. _____ a fait savoir à l'OAI que l'arthroscopie du genou droit à laquelle il avait procédé en février 2015 ne sous-entendait pas une quelconque responsabilité de l'assurance-invalidité.

Dans un avis médical du 6 septembre 2016, le SMR a conclu à un status similaire à celui de 2012.

Se fondant sur le point de vue défendu par le SMR, l'OAI a, par décision du 17 octobre 2016, rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée, estimant qu'elle avait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Il a notamment relevé que le Dr S._____ estimait que sa capacité de travail était nulle depuis 2009, alors même qu'elle avait travaillé en 2013 et 2014.

D. Par acte du 17 novembre 2016, l'assurée a formé recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2014, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants. En substance, elle reprochait à l'OAI de n'avoir pas examiné la situation sur le plan de ses atteintes à la santé physique et de ne pas avoir tenu compte des répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail, son rendement et ses limitations fonctionnelles. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise ainsi que la tenue d'une audience pour s'exprimer oralement. Elle a produit un rapport médical établi le 8 novembre 2016 par le Dr N._____. Il mentionnait que depuis mars 2014, la situation au niveau lombaire s'était péjorée avec des lombagos de plus en plus fréquents, immobilisant la patiente au lit. Le trouble somatoforme douloureux était chronique avec persistance des douleurs axiales et périphériques nécessitant la prise d'antidépresseurs au long cours. L'arthroscopie du genou droit n'avait pas eu de résultat probant et l'implantation d'une prothèse totale du genou avait été décidée par le Dr K._____. L'assurée souffrait également de coxarthrose bilatérale, plus prononcée à gauche, douleurs qui limitaient de plus en plus son rayon de marche.

Dans sa détermination du 22 décembre 2016, l'OAI a renvoyé aux avis médicaux du SMR et conclu au rejet du recours.

Le 21 février 2017, dans le cadre de sa réplique, la recourante a versé en cause un rapport médical établi le 4 janvier 2017 par le Dr N._____, qui estimait sa patiente en totale incapacité de travail dans toute activité et mentionnait les diagnostics suivants :

- Lombosciatalgies droites chroniques et invalidantes dans le contexte d'un conflit disco-foraminal droit au niveau L5-S1 avec sténose foraminale par une protrusion discale focalisée contre la racine L5 à droite.
- Gonarthrose tricompartmentale limitant le rayon de marche, la montée et la descente des escaliers ainsi que la station debout prolongée. Une opération prothétique est proposée à la patiente.
- Coxarthrose bilatérale à l'origine d'une marche avec boiterie.
- Trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère (F33.2).
- Troubles somatoformes douloureux persistants (F45.4).
- Douleurs chroniques de l'épaule gauche sur tendinopathie du sus-épineux.
- Syndrome du canal carpien à gauche.

Dans sa duplique du 13 mars 2017, l'OAI a estimé que ce rapport médical n'attestait d'aucune modification significative depuis juillet 2012 et a maintenu sa position.

E n d r o i t :

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

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

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'occurrence, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité qu'elle présente.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écartier sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par

analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

4. En l'occurrence, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision de l'OAI du 26 juillet 2012 et la décision attaquée.

Dans la décision du 26 juillet 2012, l'OAI a retenu, d'une part, que la tendinopathie de l'épaule gauche de la recourante ne présentait pas un caractère durable et n'avait pas engendré de séquelles et, d'autre part, que les lombosciatalgies ainsi que la fibromyalgie mentionnées par les médecins étaient concordants avec le rapport d'examen SMR de 2010 - basé sur l'expertise du M. _____ de la même année - et le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Ce trouble n'avait toutefois pas un caractère invalidant puisque la recourante ne présentait pas de

comorbidité psychiatrique grave, mais uniquement une dysthymie non incapacitante, selon les conclusions de l'examen clinique psychiatrique du SMR d'avril 2012. Cet examen confirmait sur ce point le diagnostic posé lors de l'expertise du M._____ et estimait, s'agissant des troubles anxieux également retenus par les Drs F._____ et R._____ dans le cadre de cette expertise, qu'ils étaient contrôlés par le traitement en cours et n'étaient donc pas incapacitants.

5. a) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, l'assurée a produit un rapport médical du Dr N._____ du 10 mars 2014, qui met en évidence une aggravation de son état de santé aussi bien sur les plans physique que psychique. L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande dans la mesure où le rapport précité rendait plausible une aggravation sur le plan psychiatrique, mais a en revanche estimé que les atteintes ostéo-articulaires étaient déjà documentées depuis 2010 (cf. avis médical du SMR du 2 mai 2014).

b) L'office intimé a recueilli des renseignements médicaux portant avant tout sur l'évolution de la situation sur le plan psychiatrique. Il faut reconnaître que, sur le plan diagnostique, la situation n'a pas évolué depuis 2012. Les diagnostics posés par les Drs S._____ et V._____ dans leurs rapports médicaux des 23 février 2015 et 20 avril 2016 sont en effet les mêmes que ceux retenus par les Drs W._____ et T._____ le 31 janvier 2012, à savoir un autre épisode dépressif, dépression chronique (F32.8) et un trouble mixte de la personnalité (traits dépendants, état limite, histrionique, paranoïaque ; F61.0). De leur côté, les Desses Z._____ et G._____ avaient, à la suite du séjour de la recourante à la [...] en mars 2013, également retenu un trouble mixte de la personnalité (traits paranoïaques et émotionnellement labile, F61) en plus d'un trouble de l'adaptation (F43.2).

Dans leurs derniers rapports, les médecins traitants de la recourante ont néanmoins souligné la chronicisation et l'intensification de la symptomatologie, ainsi que le fait que la problématique psychique était

de plus en plus envahissante et handicapante, points qui n'ont pas été discutés par l'office intimé.

Il faut en outre relever que lors de l'expertise M._____ de 2010 (p. 6) et de l'examen clinique psychiatrique SMR du mois d'avril 2012 (p. 4), les Drs R._____ et X._____ ont noté que la recourante n'avait pas d'idées suicidaires, alors que les Drs S._____ et V._____ ont mentionné par la suite la survenance d'un grave tentamen médicamenteux en 2012 (cf. rapports des 23 février 2015 et 20 avril 2016) et que la recourante a été hospitalisée au mois de mars 2013 à la [...] à l'initiative de ses médecins traitants en raison d'un risque suicidaire. Ces éléments nouveaux n'ont pas été pris en compte par l'OAI, qui n'a pas jugé nécessaire de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

c) Sur le plan somatique, le Dr N._____ a allégué une aggravation objective sur le plan radiographique des lombosciatalgies droites, mise en évidence par l'IRM lombaire du 22 janvier 2014 (cf. rapport médical du 14 avril 2015). De son côté, le SMR a considéré dans son avis médical du 24 novembre 2015 qu'on ne pouvait attester une aggravation uniquement sur une imagerie et qu'il n'y avait aucun status associé décrit. L'OAI n'a recueilli aucun renseignement concernant cette atteinte et n'en a pas du tout fait mention dans la décision attaquée.

La question des lombalgies n'avait toutefois pas vraiment été instruite dans le cadre de la précédente demande de prestations. L'OAI s'était en effet contenté de rattacher cette atteinte au trouble somatoforme indifférencié, en relevant notamment que le Dr A._____ évoquait la probabilité d'une fibromyalgie dans son bref rapport établi le 31 mai 2011. Ce faisant, l'OAI avait ignoré la recommandation de ce médecin, qui estimait qu'un examen rhumatologique SMR était indispensable.

d) Parmi les autres atteintes à sa santé physique, la recourante présente des problèmes au genou droit pour lesquels une arthroscopie a été effectuée. Dans son rapport du 8 novembre 2016, le Dr

N._____ expose que l'arthroscopie n'a pas eu de résultat probant, de sorte que l'implantation d'une prothèse totale du genou a été décidée par le Dr K._____. Si l'on comprend, aux termes du certificat médical établi le 21 juillet 2016 par le Dr K._____, que cette atteinte n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée qui serait du ressort de l'assurance-invalidité, il n'en demeure pas moins que les limitations fonctionnelles qu'elle peut engendrer n'ont pas fait l'objet d'un examen détaillé. A cet égard, dans son rapport médical du 9 mai 2014, le Dr K._____ mentionnait que la symptomatologie était invalidante dans les activités quotidiennes de la recourante et, dans ses rapports des 14 avril 2015 et 4 janvier 2017, le Dr N._____ indiquait que ce trouble limitait le rayon de marche de la recourante, la montée et la descente des escaliers ainsi que la station debout prolongée.

La recourante souffre également d'asthme et d'apnées obstructives du sommeil de degré léger. Ces troubles ne représentent toutefois pas une cause d'incapacité de travail selon la Dresse Q._____ (cf. rapport médical du 17 mai 2016). Les médecins n'ont pas non plus évoqué d'incapacité de travail liée aux problèmes de rhinite allergique et aux autres troubles ORL présentés par la recourante (cf. rapport médical de la Dresse Q._____ du 22 juin 2015 et rapport médical du Dr B._____ du 8 avril 2016). On ignore cependant si ces différentes atteintes entraînent des limitations fonctionnelles.

Dans son rapport du 4 janvier 2017, le Dr N._____ mentionne également la présence d'un syndrome du tunnel carpien et d'omalgies sur tendinopathie du sus-épineux. Ces atteintes ne sont toutefois pas nouvelles et ont déjà été prises en compte dans le cadre des précédentes demandes de prestations déposées par la recourante. A cet égard, les Drs F._____ et R._____ ont précisé, lors de l'expertise M._____, que le syndrome du tunnel carpien pouvait tout au plus entraîner une incapacité de travail temporaire (cf. rapport d'expertise du 4 juin 2010 p. 10). S'agissant des problèmes liés à l'épaule gauche, le Dr K._____ a indiqué qu'ils n'étaient pas invalidants (cf. rapports médicaux

des 17 juin 2011 et 21 juillet 2016) et l'OAI en a tenu compte dans sa décision du 26 juillet 2012.

Il n'existe en revanche aucune information au sujet de la coxarthrose bilatérale dont le Dr N._____ fait état dans ses rapports médicaux des 8 novembre 2016 et 4 janvier 2017. Cette atteinte, mise en évidence par des radiographies le 27 septembre 2016, soit avant que la décision litigieuse ne soit rendue, n'a fait l'objet d'aucune investigation.

e) Plusieurs des médecins consultés au cours de la procédure ont indiqué que la recourante présentait un tableau clinique de douleurs indifférenciées qui pouvait être assimilé à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Dans le rapport d'expertise M._____, les Drs F._____ et R._____ ont posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, tandis que le Dr N._____ a conclu à un trouble somatoforme douloureux dans son rapport médical du 10 mars 2014, tout comme les Desses Z._____ et G._____ dans leur rapport médical du 10 mai 2013. De leur côté, les Drs A._____ et H._____ ont évoqué une probable fibromyalgie (cf. rapports médicaux des 31 mai 2011 et 16 décembre 2011). Quant au Dr X._____, il ne s'est pas du tout prononcé sur la problématique des douleurs présentées par la recourante dans son rapport d'examen clinique SMR du 4 juin 2012.

Au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé 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 (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49). Selon la jurisprudence applicable à l'époque où la décision du 26 juillet 2012 a été rendue, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). C'est en application de cette jurisprudence que

l'OAI a retenu dans cette décision l'existence d'un trouble somatoforme indifférencié, mais estimé qu'on pouvait exiger de la recourante qu'elle surmonte la douleur par un effort de volonté puisqu'elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique grave, selon l'expertise M._____.

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 p. 291 ss et 3.5 p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Il faut constater qu'en l'occurrence, les rapports des médecins spécialistes qui se sont prononcés sur la problématique des douleurs

présentées par la recourante ne satisfont pas aux exigences de la nouvelle jurisprudence en la matière et ne contiennent pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants.

f) Malgré ses atteintes à la santé, il y a lieu de relever que la recourante a été en mesure d'exercer - à temps partiel - une activité lucrative pour le compte d'une exploitation viticole au cours des années 2013 et 2014. Elle a ainsi démontré que sa capacité de travail n'était pas entièrement nulle, ce qui va à l'encontre de l'appréciation de ses médecins traitants.

g) Au vu de ce qui précède, l'instruction menée par l'office intimé apparaît, prise dans son ensemble, lacunaire. En l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant du tableau clinique présenté par la recourante puisse être examiné, au regard notamment des nouveaux principes applicables en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281).

Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - 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 -, cette solution apparaissant comme la plus opportune (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

6. Compte tenu de l'issue de la procédure, les mesures d'instruction requises par la recourante, en particulier la tenue d'une audience, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent

des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2; ATF 135 II 286 consid. 5.1).

7. **a)** Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante voit ses conclusions admises, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

d) La recourante dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me François Gillard. Les dépens, fixés à 2'000 fr., couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 al. 1 let. c et 122 al. 2 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**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 17 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 dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 la recourante une indemnité de dépens, fixée à 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (pour la recourante),
- 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 :