

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 juin 2016

---

Composition : M. DÉPRAZ, président  
Mme Thalmann et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

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

---

**Art. 6 à 8, 37 al. 4 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960 et ressortissante du Portugal, est entrée en Suisse le 28 janvier 2008. Elle a exercé différentes activités lucratives, principalement dans le secteur de l'hôtellerie-restauration.

Depuis 2011, elle a œuvré en qualité d'aide de cuisine à 100% auprès de l'établissement médico-social « N. \_\_\_\_\_ » à [...].

En incapacité de travail depuis le 10 juin 2013, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 juin 2013, réceptionnée le 3 juillet 2013, en invoquant une arthrose généralisée.

Lors d'un entretien à l'OAI le 23 août 2013, l'assurée a précisé qu'elle souffrait d'une fibromyalgie ainsi que d'une dépression ayant justifié un suivi psychiatrique. Elle n'était alors plus en mesure de cuisiner ni de s'occuper de son appartement.

Dans un rapport du 26 août 2013 adressé à l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de « polyarthrose généralisée au niveau des épaules, des côtes, des mains (rizarthrose floride surtout à gauche), des genoux, des pieds, colonne cervico-dorsale, lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose sinistro-convexe centrée sur L3-L4), trouble anxio-dépressif sévère, troubles cognitifs en cours d'investigations et obésité » ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de « hypercholestérolémie, gastrite chronique active à Helicobacter et constipation chronique ». Selon lui, ces diagnostics justifiaient une incapacité de travail à 100%, le pronostic étant défavorable.

Le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du 4 juin 2013, qui était joint au rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, posait les diagnostics de « douleurs musculo-squelettiques multiples dans un contexte d'un syndrome polyinsertionnel de type fibromyalgique et d'atteintes arthrosiques multiples avec d'une part des troubles dégénératifs rachidiens et d'autre part une atteinte rhizarthrosique du pouce gauche, une arthrose métacarpo-phalangienne des premier, deuxième et troisième rayons des deux mains et inter-phalangienne distale de l'ensemble des doigts, arthrose fémoro-patellaire débutante, état anxio-dépressif, hypercholestérolémie traitée, gastrite anamnesticque avec infection chronique à *Helicobacter pylori*, allergie présumée aux inhibiteurs de la pompe à protons, intolérance à la morphine, obésité ». Selon les conclusions de ce rapport, la recourante présentait des douleurs musculo-squelettiques diffuses multiples dans le contexte d'un syndrome polyinsertionnel de type fibromyalgique avec des atteintes arthrosiques associées, relativement modérées au niveau rachidien, rizarthrosique de la base du pouce gauche, arthrosiques faibles interphalangiennes distales ainsi que fémoro-patellaires modérées bilatérales, et de troubles statiques plantaires modérés. L'examen clinique, le status sonographique et la scintigraphie osseuse permettaient raisonnablement d'écarter tout rhumatisme inflammatoire sous-jacent.

A la requête de l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin assistant, de la Fondation [...] ont adressé un rapport du 11 mars 2014 dans lequel ils posent les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2).

Par courrier du 24 avril 2014, T.\_\_\_\_\_, assureur pour le versement des indemnités journalières en cas de maladie, a communiqué à l'OAI les expertises réalisées par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne ainsi qu'un premier avis du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. T.\_\_\_\_\_ a en outre informé l'OAI qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2014.

Dans son expertise du 3 avril 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics non incapacitants de fibromyalgie selon critères ACR 1990 et 2010 sous la forme de syndrome douloureux ubiquitaire, troubles dégénératifs ostéo-articulaires compatibles avec l'âge (discopathies cervico-dorso-lombaires, rhizarthrose bilatérale) et obésité de classe III (IMC : 40.5 kg/m<sup>2</sup>).

Son appréciation de la situation était la suivante :

« Subjectivement, [l'intéressée] relate des douleurs véritablement diffuses qui concernent toutes les parties de son corps et qui ne sont pas modulées tant par le taux d'activité que par le nycthémère. Les douleurs sont également rebelles à tous les traitements qu'elle a pu avoir sous forme d'antalgiques, d'anti-inflammatoires, d'opiacés et également sous forme de Lyrica. L'assurée est uniquement soulagée par les bains chauds qu'elle a reçus à [...] ainsi que par des douches chaudes. Elle n'annonce pas d'arthrite ou de ténosynovite, elle déclare des enflures diffuses des bras et des jambes, enfin elle indique ne plus être capable de ne rien faire à domicile notamment toutes les tâches sont réalisées par son mari. L'assurée passe ainsi ses journées à regarder la télévision d'après ses propres déclarations. Objectivement, l'assurée s'est montrée fort dolente, avec une expression théâtrale de ses douleurs diffuses. Elle se déplace également de manière caricaturale en utilisant une canne, moyen auxiliaire dont l'utilisation ne trouve pas de justification d'un point de vue rhumatologique, qui plus est, on n'objective cependant pas de syndrome rachidien ni de syndrome radiculaire aux membres supérieurs et inférieurs. L'examen ostéo-articulaire périphérique peut quant à lui être considéré comme normal, sans déformations ou limitations articulaires objectives, ni synovites. Le status clinique est surtout caractérisé par la présence de nombreux signes d'amplification des symptômes avec une attitude oppositionnelle lorsque l'on veut mobiliser ses articulations et surtout l'allégation subjective de douleurs intenses lorsque l'on touche une quelconque partie de son corps, alors même que l'examen clinique rhumatologique réalisé lors de l'expertise paraît dans les limites de la norme. Selon les rapports d'interprétations du bilan radiologique et de la scintigraphie osseuse de 2013, les constatations pathologiques fort mineures décrites sous la forme d'une spondylose et d'une rhizarthrose compatibles avec l'âge de l'assurée, ne fournissent ainsi pas d'explication convaincante aux plaintes algiques ubiquitaires évoquées par l'assurée, ni bien entendu quant au retentissement fonctionnel majeur rapporté par l'assurée. Ces éléments ainsi que la mise en échec de toutes les mesures thérapeutiques, l'absence de stratégies visant à atténuer les symptômes sont caractéristiques de la fibromyalgie. Dans ces conditions, vu le diagnostic de fibromyalgie, pour des raisons de jurisprudence, il conviendra de s'enquérir des conclusions de l'expertise psychiatrique qui a été réalisée le 28 mars 2014 ».

En conclusion, ce médecin a estimé que l'assurée ne présentait, du point de vue rhumatologique, pas de limitations fonctionnelles dans l'exercice de son activité habituelle ou de toute autre activité.

Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, il est parvenu aux conclusions suivantes dans son expertise psychiatrique du 15 mai 2014, transmise par T.\_\_\_\_\_ à l'OAI en date du 30 mai 2014 :

« Au niveau psychopathologique, [l'assurée] présente un tableau dépressif relativement atypique. C'est une femme qui est très plaintive, démonstrative et qui se réfugie derrière ses plaintes somatiques, estimant que ses problèmes sont irréversibles et qu'elle ne pourra jamais reprendre une activité professionnelle. [L'assurée] est néanmoins marquée par les problèmes de santé de son fils qui a subi une rupture d'anévrisme en décembre 2013. Dans un même temps on sent chez elle un certain tonus et elle se ressaisit durant l'entretien. En tous les cas, la symptomatologie dépressive ne conduit pas à une anhédonie ou une aboulie totale. Elle semble avoir un fonctionnement personnel relativement limité mais au niveau psychiatrique sa capacité de travail est entière et ceci dans toute activité. On retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère, avec tendance à l'amplification des plaintes. Il existe un trouble somatoforme douloureux, chez une personnalité fruste d'intelligence limite ».

Ce médecin en inférait une capacité de travail entière chez l'assurée dès le 1<sup>er</sup> avril 2014 dans toute activité.

Le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ a été transmis pour avis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lequel s'est déterminé le 5 septembre 2014 par l'intermédiaire de la Dresse X.\_\_\_\_\_. Cette médecin a conclu à une capacité de travail de l'assurée de 100% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée en se référant aux conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_.

Le 9 septembre 2014, l'OAI a révoqué le mandat visant à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire via la plate-forme SuisseMED@P, laquelle avait été ordonnée avant la communication du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_.

Le 10 septembre 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision lui refusant les prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'une atteinte à la santé pouvant entraîner une incapacité de travail dans l'activité habituelle n'était pas démontrée.

**B.** En date du 17 septembre 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport des Dr W. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, médecins généralistes spécialisés en gériatrie, ainsi que de P. \_\_\_\_\_, psychologue, aux termes duquel le diagnostic d'un trouble cognitif modéré dans le cadre d'une affection psychiatrique chronique est maintenu. Un examen neuropsychologique n'avait toutefois pas pu être entrepris en raison de la collaboration diminuée et de la fatigabilité importante, notamment sur le plan psychiatrique.

Par courrier du 25 septembre 2014, Me Laure Chappaz, agissant en qualité de mandataire de l'assurée, a manifesté son opposition au nom de celle-ci au projet de décision lui refusant les prestations de l'assurance-invalidité.

Le 5 novembre 2014, l'assurée a complété sa prise de position en formulant diverses objections au projet de décision élaboré par l'OAI. En substance, elle a fait valoir que l'OAI ne pouvait se fonder sur les expertises ordonnées par l'assureur contre la perte de gain en cas de maladie. Sa fibromyalgie n'était pas contestée et on devait en l'espèce lui reconnaître un caractère invalidant au regard des différents rapports médicaux. A titre subsidiaire, l'assurée requérait la mise en œuvre de nouvelles expertises psychiatrique et rhumatologique.

En outre, l'assurée demandait également à être mise au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure administrative sous la forme de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Laure Chappaz. A l'appui de cette requête, elle faisait principalement valoir qu'elle ne disposait ni des compétences intellectuelles ni de connaissances suffisantes de la langue française pour contester seule la décision de refus de prestations. Il s'agirait en outre d'un cas difficile auquel s'ajouterait la

complexité de l'état de fait et des questions de droit, vu le caractère contradictoire des rapports médicaux, la complexité de la jurisprudence en matière de fibromyalgie ainsi que la remise d'un dossier médical incomplet en procédure. Enfin, l'indigence de l'assurée, sans revenu de son travail, serait manifeste.

A l'appui de sa prise de position, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2014 selon lequel elle présente des douleurs musculo-squelettiques diffuses multiples dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux persistant aggravé par un syndrome polyinsertionnel de type fibromyalgique et des atteintes arthrosiques rachidiennes de spondylose avec formations ostéophytaires vertébrales thoraciques étagées et lombaires, dont une discrète cunéiformisation de Th8, des atteintes arthrosiques des mains, notamment de la base du pouce gauche et interphalangiennes, ainsi que des troubles statiques plantaires modérés. Sur le plan thérapeutique, les options étaient limitées face à l'inefficacité de nombreux médicaments ainsi qu'aux allergies multiples. Dans ces conditions, la prescription de séances d'hydrokinésithérapie fonctionnelle en milieu thermal en l'occurrence au centre médical de [...] avait été renouvelée. Concernant la capacité de travail, il était bien évident selon ce médecin que l'intéressée n'avait pas une capacité de travail de 100% ; l'atteinte à la santé liée aux troubles somatiques et psychiques entraînait des répercussions fonctionnelles défavorables limitant le rendement voire même l'autonomie. Les limitations fonctionnelles se manifestaient dans toutes les activités manuelles et de préhension, surtout en force et en charge, les déplacements et la marche. La capacité de porter, soulever et déplacer des charges était restreinte.

Les rapports médicaux nouvellement produits par l'assurée ont été soumis au SMR, qui a considéré le 24 novembre 2014, par l'intermédiaire de la Dresse X. \_\_\_\_\_, qu'ils n'apportaient pas d'éléments nouveaux mais constituaient une appréciation différente de la même situation médicale.

Le 9 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant l'assistance juridique dans le cadre de la procédure administrative.

Le 9 janvier 2015, l'assurée a manifesté son désaccord par l'intermédiaire de sa mandataire avec le projet de décision précité.

C. Par décision du 24 février 2015, dont la motivation a été complétée dans une lettre explicative du même jour, l'OAI a refusé à l'assurée l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative. Selon l'OAI, les difficultés de la recourante avec la langue française ainsi que ses aptitudes intellectuelles n'étaient pas des éléments déterminants. En outre, les questions liées au caractère incapacitant de la fibromyalgie ressortissaient essentiellement au domaine médical et l'instruction visait à déterminer si les critères médicaux auxquels la jurisprudence se référait (critères dits de Foerster) étaient remplis ou non. Ces aspects ne constitueraient pas une source de complication excessive. Tel ne serait pas le cas non plus de la présence au dossier d'avis médicaux contradictoires.

Par décision rendue également le 24 février 2015, motivée dans une lettre explicative du même jour, l'OAI a refusé à Z.\_\_\_\_\_ tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'OAI, l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, type fibromyalgie, sans comorbidité psychiatrique incapacitante. Ces troubles n'engendraient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité et étaient en principe surmontables par l'assurée. Celle-ci aurait donc échoué à démontrer qu'elle souffrait de troubles entraînant une incapacité de travail durable.

**D.** Par acte de sa mandataire, Me Laure Chappaz, du 26 mars 2015, Z.\_\_\_\_\_ a formé recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les deux décisions précitées (AI 78/15 et AI 80/15). S'agissant du droit à la rente, la recourante a conclu principalement, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision

attaquée en ce sens qu'une rente entière de l'assurance-invalidité lui est allouée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014 et subsidiairement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et d'une expertise rhumatologique. En outre, la recourante a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'assistance gratuite d'un conseil juridique lui soit accordée dès le 5 novembre 2014. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure devant la Cour de céans.

La recourante invoque d'abord une violation de son droit d'être entendu lors de la mise en œuvre des expertises ordonnées par T.\_\_\_\_\_, assureur contre la perte de gain en cas de maladie. Elle n'aurait en particulier pas eu l'occasion de se déterminer sur le nom des experts choisis par T.\_\_\_\_\_ ainsi que sur le questionnaire qui leur a été soumis. L'intimé ne pouvait donc se fonder sur ces expertises, qui seraient « nulles ». En formulant divers griefs aux expertises des Dr Q.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, la recourante fait valoir que celles-ci seraient dénuées de force probante au sens où l'entend la jurisprudence. Il serait dès lors nécessaire d'ordonner deux expertises judiciaires. La recourante fait également valoir une violation des art. 6 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) par l'intimé dans la mesure où celui-ci ne reconnaît pas l'incapacité de travail consécutive à l'atteinte fibromyalgique. En substance, la recourante s'est employée à démontrer qu'il existait en l'espèce des facteurs qui, par leur intensité et leur constance, ne lui permettaient pas de surmonter ses troubles par un effort de volonté raisonnablement exigible au sens où l'entendait la jurisprudence (ATF 131 V 50). Elle considère dès lors que le droit à la rente a pris naissance un an après la survenance de l'incapacité de travail qui a débuté le 10 juin 2013.

S'agissant du droit à l'assistance gratuite d'un conseil juridique, la recourante a pour l'essentiel repris les arguments déjà invoqués dans ses objections au projet de décision, à savoir que le revenu mensuel du couple de 3'800 fr. excédait tout juste le minimum vital, que

son cas n'était pas dénué de chances de succès et que l'intervention d'un avocat était indispensable compte tenu des particularités de l'affaire. Elle a fait valoir à cet égard qu'elle ne maîtrisait pas le français, qu'elle n'avait pas les compétences intellectuelles nécessaires étant donné son absence de formation et que les litiges en matière de fibromyalgie revêtaient une complexité nécessitant l'assistance d'un avocat, citant à ce sujet un arrêt du Tribunal cantonal du canton du Valais.

Enfin, la recourante a requis la production du dossier de l'intimé ainsi que l'audition de son mari et de ses enfants pour démontrer son incapacité à effectuer seule les tâches de la vie quotidienne.

Par décision du 27 mars 2015, le magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire sous la forme d'exonération de la recourante du paiement d'avances et de frais judiciaires et désigné Me Laure Chappaz en qualité d'avocate d'office.

Par réponse du 7 mai 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation des décisions attaquées en renvoyant à la motivation de ces dernières.

Par « duplique » (recte : réplique) du 24 août 2015, la recourante s'est prévaluée de l'arrêt rendu alors que la présente procédure était pendante par le Tribunal fédéral (TF 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, publié depuis lors au Recueil officiel, ATF 141 V 281), décision qui abandonne la présomption du caractère surmontable du diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie. Elle a exposé en substance que les expertises figurant au dossier ne permettaient pas de déterminer, au regard des critères posés par le Tribunal fédéral, si les troubles dont elle souffre ont ou non un caractère invalidant. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique et analysant notamment l'axe personnalité est donc nécessaire.

Dans sa duplique du 29 septembre 2015, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du 10 septembre 2015, signé par la Dresse X.\_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci considère que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral rend nécessaire une nouvelle expertise, en particulier pour l'aspect psychiatrique. Les informations manquent sur les ressources de l'assurée, les possibilités d'optimisation de son traitement, la volonté de l'intéressée de s'y soumettre ainsi que sur les occupations extra-professionnelles de l'assurée.

Dans sa détermination du 16 novembre 2015, la recourante a conclu à la mise en œuvre d'une expertise comportant un volet psychiatrique ainsi qu'un volet rhumatologique. Elle considère en particulier que l'expert rhumatologue mandaté par l'assureur contre la perte de gain en cas de maladie n'aurait pas évalué correctement sa situation rhumatologique. Le diagnostic de spondylarthrite aurait été depuis lors confirmé et, compte tenu des allergies dont souffrirait la recourante, la maladie serait difficile à traiter.

**E.** Compte tenu de la connexité des faits à leur origine, les recours contre les décisions rendues le 24 février 2015 ont été joints d'office afin de faire l'objet d'un jugement commun (art. 24 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), ce dont les parties ont été informées par avis du juge instructeur du 29 avril 2016.

Sur requête du magistrat instructeur, Me Chappaz a produit sa liste des opérations le 23 mai 2016.

Les parties ne se sont pas exprimées plus avant, si bien que le dossier a été gardé à juger.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'occurrence, le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, la recourante a contesté dans une même écriture deux décisions rendues le 24 février 2015 par l'OAI soit, d'une part, une décision lui refusant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité et, d'autre part, une décision lui déniait l'assistance d'un conseil juridique dans la procédure devant l'OAI.

Les deux causes ayant été jointes, le litige porte ainsi tant sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, que sur son droit à l'assistance d'un conseil juridique dans la procédure administrative.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de

perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4 ; TF 9C\_815/2008 du 29 mai 2009 ; cf. aussi ATF 139 V 346 consid. 2).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et 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).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou

d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

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).

**c)** Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGa). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008

du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer

en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**d)** En l'espèce, dans la mesure où les experts ont retenu, sur la base des anciens critères, que la fibromyalgie affectant la recourante ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente. Il y a en particulier lieu d'examiner si les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure, qui ne perdent pas d'emblée toute valeur probante, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants.

Il est d'abord douteux que le diagnostic des troubles dont souffre la recourante ait été posé selon les règles de l'art au sens où l'a précisé la jurisprudence précitée (ATF 141 V 281 consid. 2.2.). Les médecins ne sont pas unanimes quant au diagnostic précis. Si certains praticiens ont retenu la fibromyalgie, tels le Dr Q.\_\_\_\_\_ ou le Dr V.\_\_\_\_\_, d'autres, à l'instar des Dr K.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, de la Fondation [...] ou du Dr H.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Ces deux affections ne sont pourtant pas équivalentes dans la mesure où l'une est de nature rhumatologique et l'autre psychiatrique. Ces troubles font notamment l'objet de rubriques distinctes dans la classification internationale des maladies (CIM-10), la fibromyalgie (M.79.7) au chapitre des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif et le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) à celui des troubles mentaux et du comportement. En outre, ces diagnostics alternatifs ont été posés sans motivation suffisante de la gravité des atteintes ni référence aux limitations fonctionnelles constatées. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, il ne paraît pas établi déjà à ce stade qu'elle souffre d'une fibromyalgie et/ou d'un trouble somatoforme douloureux. Il convient de procéder à une instruction complémentaire sur le plan médical pour

déterminer dans un premier temps le diagnostic qui peut être posé dans les règles de l'art.

Dans l'hypothèse où un tel diagnostic est posé, il convient ensuite d'examiner, au moyen du catalogue d'indicateurs proposé par le Tribunal fédéral, la capacité de travail réellement exigible de l'intéressée. Or, comme l'intimé lui-même le relève, les expertises médicales auxquelles il s'est référé pour dénier à la recourante le droit aux prestations de l'assurance-invalidité sont insuffisantes pour apprécier le cas à l'aune de ces indicateurs.

Ainsi, l'expertise rhumatologique du Dr Q.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de fibromyalgie tout en constatant l'absence de toutes limitations fonctionnelles dans l'activité habituellement exercée ou toute autre activité, ce qui paraît contradictoire. En outre, il n'examine pas dans la discussion la cohérence entre le diagnostic posé et la répercussion des atteintes dans les différents domaines de la vie. Quant à l'expertise psychiatrique du Dr H.\_\_\_\_\_, la partie « discussion », particulièrement sommaire, ne confronte pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avec les différents indicateurs. En effet, ce praticien, qui s'est visiblement contenté de l'ancienne présomption que ce trouble était surmontable avec un effort raisonnable de volonté, ne confronte pratiquement pas la gravité du trouble avec sa répercussion dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi. De plus, il apparaît par exemple que la recourante s'est pratiquement retirée de toute vie sociale, vivant pratiquement recluse chez elle et ne sortant que très occasionnellement et toujours accompagnée, ce dont l'expert ne tient pratiquement pas compte.

Enfin, les conclusions des deux expertises ne sont pas complètement superposables et il manque une partie commune issue d'un consilium qui pourrait établir si la recourante présente ou non une capacité de travail, dans quel type d'activité et pour quel taux.

En définitive, les éléments médicaux figurant au dossier, singulièrement les expertises ordonnées par l'assureur contre la perte de gain en cas de maladie, ne permettent pas de déterminer si, au regard des critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral, les troubles dont souffre la recourante ont un caractère incapacitant.

Dans la mesure où une nouvelle expertise médicale devra être mise en œuvre, il n'est pas nécessaire d'examiner les autres griefs, en particulier formels, formulés par la recourante à l'encontre des expertises ordonnées par l'assurance perte de gain en cas de maladie.

**e)** Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce.

Ainsi que l'intimé lui-même en convient, il y a donc lieu de lui renvoyer la cause afin qu'une expertise médicale soit mise en œuvre. Il appartiendra en particulier aux experts de préciser les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux ainsi que d'examiner leur effet incapacitant à la lumière de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281, commenté par Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également lettre circulaire du 7 juillet 2015 AI n° 334 de l'Office fédéral des assurances sociales). Compte tenu des circonstances, il convient de procéder à une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) avec possibilité pour ces spécialistes de s'adjoindre d'autres médecins si

cela s'avère nécessaire en fonction de l'évolution de l'état de santé de la recourante.

Toutes autres conclusions, en particulier portant sur l'allocation du droit à la rente, doivent être rejetées à ce stade, l'instruction devant être complétée avant que l'autorité puisse statuer.

Au vu du sort du recours, il n'est enfin pas nécessaire de statuer en l'état sur la requête de la recourante tendant à l'audition de son époux et de ses enfants en qualité de témoins.

**4.** Il convient en second lieu d'examiner le droit de la recourante à bénéficier de l'assistance gratuite d'un conseil juridique, à compter du 5 novembre 2014, dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1; TF 9C\_489/2012 du 18 février 2013 consid. 2 ; Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., 2015, n° 27 ad art. 37).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné à l'aune de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, parle d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « justifient », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, parle d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « l'exigent » (TF 9C\_964/2010 du 30 mai 2011 consid. 3 ; voir aussi TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3 ; TF I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.2 ; Kieser, op. cit., n° 30 et 35 ad art. 37).

**b)** Selon la jurisprudence, le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des conditions semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 130 I 180 consid. 2 ; TF 8C\_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.2 ; TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.2 et les références citées).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1).

A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure. Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée. En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. Sinon, une telle nécessité n'existe que lorsqu'à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire

face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références citées ; TF 8C\_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3).

**c)** En l'occurrence, l'intimé a rejeté la demande d'assistance juridique déposée par la recourante au moment où un délai lui a été imparti pour déposer des observations sur le projet de décision de l'OAI. Le litige sur le fond porte sur une première demande de prestations de l'assurance-invalidité de la recourante. Selon la jurisprudence, un tel litige n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'assuré, mais a en revanche une portée considérable (TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1 et 9C\_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). La nécessité de l'assistance d'un conseil juridique ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que si l'état de fait ou les questions de droit sont complexes au point de l'exiger.

La recourante soutient d'abord qu'elle maîtrise mal le français et qu'elle a des compétences intellectuelles insuffisantes pour comprendre la procédure. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le fait pour un assuré de ne pas avoir un niveau de formation et des connaissances de la langue française suffisants pour contester seul une décision de refus de prestations suffit à considérer qu'une assistance est nécessaire, mais ne permet pas de justifier en soi l'assistance d'un avocat comme requis en l'espèce, ce point devant être examiné au regard de la difficulté du point de vue objectif (TF 9C\_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.2 et 9C\_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.1).

Or, force est de constater qu'au regard de la jurisprudence, la cause ne soulève pas de difficultés particulières à ce stade de la procédure.

Dans le cas particulier, le seul fait qu'il existe des rapports médicaux contradictoires quant à l'état de la santé de la recourante ou que la jurisprudence au sujet du caractère incapacitant de la fibromyalgie, respectivement des troubles somatoformes douloureux, qui a encore

récemment évolué, soit particulièrement complexe ne suffit pas à considérer que l'assistance d'un avocat d'office soit indispensable. Comme le relève à juste titre l'intimé dans la décision attaquée, ces questions relèvent principalement de l'appréciation médicale et ne sont pas en soi une source de complexité excessive.

Certes, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton du Valais a admis, dans un arrêt du 11 juin 2013 (publié in RVJ 2014, p. 107 ss) dont se prévaut la recourante, l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans le cas d'une assurée souffrant de troubles somatoformes douloureux. La Cour valaisanne a en particulier considéré que les questions de droit relatives au caractère invalidant de cette affection rendaient la cause relativement complexe. Toutefois, la situation présentait des différences avec celle de la recourante dans la mesure où le litige portait sur la suppression du droit à la rente dont bénéficiait une assurée depuis plusieurs années et que les ressources de cette assurée pour comprendre les enjeux paraissaient plus limitées. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que, même si l'un des experts a qualifié l'intelligence de la recourante de « limite », cette dernière a exercé une activité lucrative pendant plusieurs années et ne paraît pas avoir eu besoin d'aide pour gérer ses affaires personnelles. A cela s'ajoute qu'il s'agit en l'espèce d'une première demande de prestations de l'assurance-invalidité qui ne présente pas de difficultés particulières en matière de procédure.

**d)** En définitive, il y a lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire à l'assurée pour défendre ses intérêts devant l'autorité intimée. Il en résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande d'assistance juridique. Le recours doit en conséquence être rejeté en ce qui concerne ce grief et la décision rendue le 24 février 2015 par l'intimé confirmée.

**5. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et mis pour 400 fr. à la charge de l'OAI qui succombe sur la question du droit à la rente et pour 100 fr. à la charge de la recourante, qui succombe sur la question de l'assistance juridique. Dans la mesure où cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la présente procédure, ces frais sont provisoirement supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD ; cf. également consid. 5c ci-dessous).

**b)** Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'une mandataire professionnelle, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle

est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Laure Chappaz. Me Chappaz a produit le 23 mai 2016 le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 16.85 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours de 150 fr. 60, ainsi que la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 3'426 fr. 25 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 1'426 fr. 25 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, également applicable par renvoi), de la même manière que les frais judiciaires d'un montant de 100 fr. mis à la charge de la recourante (cf. consid. 5a ci-dessus).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 1'526 fr. 25 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 24 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud refusant à Z.\_\_\_\_\_ les prestations de l'assurance-invalidité est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
  
- III.** La décision rendue le 24 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud refusant à Z.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance juridique dans la procédure administrative est confirmée.
  
- IV.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, et par 100 fr. (cent francs) mis à la charge de l'Etat.
  
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- VI.** L'indemnité d'office de Me Laure Chappaz, conseil de la recourante, est fixée à 3'426 fr. 25 (trois mille quatre cent vingt-six francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
  
- VII.** Le montant de 1'426 fr. 25 (mille quatre cent vingt-six francs et vingt-cinq centimes), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.
  
- VIII.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laure Chappaz (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 :