

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 janvier 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 LAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, exerçait la profession d'ouvrière au sein de la société Z._____.

B. Le 27 mars 2012, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des problèmes ostéoarticulaires et musculaires présents depuis environ un an.

Dans un rapport du 31 janvier 2011, la Dresse I._____, spécialiste en radiologie, a constaté la présence d'une arthrose étagée légère à modérée prédominant en C6-C7 et une discopathie légère à modérée de C5 à C7. En C5-C6, l'assurée présentait une ostéophytose vertébrale postérieure para-médiane gauche ainsi qu'une protrusion discale et une composante herniaire para-médiane et foraminale gauche pouvant entraîner un conflit avec les racines C6 et C7 gauches. En C6-C7, la Dresse I._____ constatait une légère discopathie et également une ostéophytose postérieure para-médiane droite pouvant entraîner un conflit avec la racine C8 à droite. Il n'y avait pas de pathologie cervicale.

Dans un rapport du 9 février 2011, le Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a constaté l'absence de déficit neuro-moteur. Ce médecin précisait qu'une grande partie des douleurs de contracture était liée à la position statique du travail à la chaîne.

Dans un rapport du 12 décembre 2011, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies, de cervico-brachialgies récidivantes et d'anémie ferriprive d'origine gynécologique. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle de cabinet. Ce médecin précisait que plusieurs points de fibromyalgie étaient positifs.

L'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 19 octobre 2011, puis à 50 % depuis le 6 décembre 2012.

Dans un document intitulé « Détermination du statut » complété par l'assurée le 30 avril 2012, cette dernière a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 100 %.

Dans un rapport du 7 mai 2012, le Dr S. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies, de cervico-brachialgies récidivantes, d'anémie ferriprive d'origine gynécologique, de crises de panique et de probable pathologie psychiatrique. Ce médecin décrivait une aggravation de la situation depuis 2012, avec l'apparition de crises de panique avec tachycardie, dyspnée, oppression thoracique et malaise avec hypotension orthostatique. La patiente se plaignait principalement de troubles du sommeil avec des sensations de « rêves éveillés » ou d'« hallucinations ». La famille la trouvait stressée, tremblant fréquemment, instable émotionnellement et pleurant facilement. Selon le Dr S. _____, l'activité exercée n'était plus exigible.

Sur demande de la W. _____, assurance perte de gain maladie, une expertise a été réalisée au P. _____ de [...] les 20 mars et 24 avril 2012 par les Drs F. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Leur rapport d'expertise du 11 juin 2012 a été produit au dossier AI le 22 juin 2012. Sous la partie « Synthèse et discussion », les médecins ont écrit ce qui suit :

« [...]

Madame K. _____ est une assurée [...] de 44 ans, mariée, mère de 6 enfants, en Suisse depuis [...]. Elle travaille à 80 % comme ouvrière à la charrie dans une entreprise alimentaire qui confectionne des [...], Z. _____ à [...].

Temporairement, en novembre 2011, elle a été mise au bénéfice d'une incapacité de travail de courte durée, en raison de l'exacerbation des douleurs, à la fois cervicales et dorso-lombaires, ceci dans un contexte biopsychosocial difficile puisqu'elle est mère de famille nombreuse et en activité professionnelle à 80 % dans le cadre d'une activité

physiquement astreignante. Il y a eu ensuite reprise à 50%, puis arrêt à nouveau.

Son travail s'effectue debout, en flexion antérieure du tronc et de la nuque, il n'y a pas de port de charge lourde, mais plutôt des mouvements répétitifs des membres supérieurs, principalement le membre supérieur droit. L'assurée se plaint également de douleurs globales du membre supérieur droit, principalement l'épaule et le poignet. Des séances de physiothérapie ont été prodiguées à 2 reprises au printemps et en novembre et décembre 2011, avec un effet favorable, actuellement la situation est relativement bien maîtrisée, grâce à la prise journalière d'un comprimé d'Ibuprofène 800 mg et 1 ou 2 comprimés de Dafalgan 1 g/j.

Madame K. _____ qui mentionne craindre d'avoir moins de travail avec les répercussions financières que cela pouvait avoir. Dans ce contexte elle a pu se montrer agressive avec une de ses collègues. Suite à cela, elle a reçu un premier avertissement puis semble-t-il un second par la suite. Depuis qu'elle est en arrêt de travail, elle a fait des tentatives de reprise qui se sont mal passées en raison de conflits. Elle a repris à 50% durant les trois dernières semaines de la fin de l'année 2011, puis elle est à nouveau en arrêt de travail à 100%. Une reprise est prévue avec son médecin traitant à partir du 30 avril 2012.

Madame K. _____ reçoit de la Trimipramine. Elle n'a pas eu de suivi psychothérapeutique mais une telle prise en charge a été discutée avec son médecin traitant.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan rhumatologique Madame K. _____ se plaint de douleurs à la fois cervico-scapulaires et dorsolombaires depuis plusieurs mois, malgré cela, elle travaille normalement, soit à 80 % selon son contrat, comme ouvrière à la chaîne à la fabrication de [...].

L'examen clinique montre un rachis souple dans toutes les directions, mais douloureux à la mobilisation et à la palpation.

Les douleurs surviennent dans un contexte de surmenage évident, l'assurée ayant deux journées de travail en une : puisqu'elle est mère de 6 enfants et assume pratiquement tout à domicile, tout en travaillant à 80 %, soit 4 jours par semaine. Néanmoins, elle est par moment capable de travailler normalement, ce qu'elle a fait chaque jour depuis sa reprise le 06.12.2011, avant de diminuer son taux, puis d'être à nouveau arrêtée.

On peut ainsi retenir les diagnostics suivants :

- Cervico-scapulo-brachialgies bilatérales prédominant à droite
- Dorsolombalgies
- Anémie ferriprive anamnétique sur ménométrorragies

Sur le plan psychiatrique sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, nous retenons un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) Le tableau clinique n'atteint pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif majeur. Les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives.

Madame K._____ présente un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Il n'y a pas d'élément en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, car les plaintes somatiques ne sont pas uniquement focalisées sur les douleurs mais concernent également des troubles oculaires et des vertiges.

A cela s'ajoute le cortège habituellement observé dans les troubles somatoformes avec quelques troubles cognitifs et une importante fatigue. Madame K._____ ne se sent plus apte à faire quoi que ce soit et elle est aidée dans les tâches de la vie de tous les jours.

Le trouble somatoforme n'est pas associé à une comorbidité grave. Madame K._____ est en prise à des conflits interpersonnels qu'elle ne parvient pas à résoudre actuellement. Toutefois cela n'exclut pas une reprise de travail. Idéalement, il faudrait qu'elle puisse être accompagnée afin de s'assurer que cette reprise de travail puisse se faire dans de bonnes conditions car, si cela n'était pas le cas, il serait fortement à craindre qu'elle rechute à nouveau avec une exacerbation des symptômes somatiques.

[...]. »

Les experts indiquaient que la capacité de travail de l'assurée sur le plan rhumatologique était de 80 % au maximum, précisant que le poste de travail actuel n'était pas idéal. Une reprise du travail à 50 % devait se faire à partir du 30 avril, puis une augmentation par palier de 25 % toutes les deux semaines était prévue. Sur le plan psychique, la capacité de travail était entière.

Dans leur avis médical du 9 juillet 2012, les Drs X._____ et G._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) ont estimé que bien que les conditions du poste actuellement occupé ne paraissaient pas tout à fait adaptées à la relative fragilité physique et psychique de l'assurée, ils n'avaient pas d'arguments objectifs pour s'écarter des conclusions de l'expertise du P._____.

Dans un projet de décision du 23 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires. Il ajoutait qu'au vu de la capacité de travail de l'intéressée, le droit à la rente n'était pas non plus ouvert.

Par décision du 24 septembre 2012, l'OAI a confirmé son refus d'octroi de mesures professionnelles.

Le 20 octobre 2012, l'assurée a informé l'OAI du fait qu'elle n'avait pas repris son activité professionnelle mais qu'elle travaillait cependant un jour par semaine.

Dans un rapport du 6 décembre 2012, le Dr S._____ a notamment posé le diagnostic de céphalées et de syndrome vertigineux récidivant. Ce médecin indiquait qu'une prise en charge psychiatrique avait débuté. Au mois de septembre, la patiente avait consulté, désespérée, en raison de la persistance des troubles déjà énoncés, s'accompagnant d'insomnies. Le Dr S._____ relatait que le 18 octobre, l'assurée avait consulté en urgence car elle aurait fait un malaise avec une syncope sur son lieu de travail, dans un contexte de céphalées aiguës et de vertiges. Le Dr S._____ attestait d'une incapacité de travail totale du 12 octobre au 22 décembre 2012 au moins.

Dans un rapport du 22 février 2013, le Dr Q._____, spécialiste en médecine générale, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 21 décembre 2012 jusqu'au 28 février 2013. Selon ce médecin, l'activité habituelle n'était plus exigible.

Dans un rapport du 14 avril 2014, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de conflit sous acromial de l'épaule gauche ainsi que de tendinite du sus-épineux de l'épaule gauche.

Un examen clinique bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique s'est déroulé le 22 juillet 2014 auprès du SMR. Dans leur rapport du 24 septembre 2014, les Drs Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicarthrose avec discopathie C5-6 et C6-C7. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une douleur aspécifique de l'épaule gauche, des lombalgies communes, un trouble anxieux et dépressif mixte, un trouble somatoforme

indifférencié, une hypertension artérielle et un kyste syringomyélique millimétrique en regard de C7. Il résultait de ce rapport notamment ce qui suit :

« **Vie quotidienne** »

Les ressources financières actuelles de l'assurée sont constituées des indemnités de chômage de son mari et des revenus de vendeuse de sa fille.

L'assurée habite un appartement de 5 ½ pièces au rez-de-chaussée, avec son mari et leurs six enfants.

L'assurée se réveille vers 06h00, elle se lève, regarde parfois la télévision, marche un peu dans l'appartement ou reste sur le canapé. Elle prend son repas de midi avec son mari et l'après-midi, reste le plus souvent allongée sur le canapé puis se lève, marche, et une fois les enfants rentrés, discute avec eux. Elle va ensuite dans sa chambre se reposer, puis retourne discuter avec ses enfants. Les filles de l'assurée préparent le souper, qui est pris en famille à 20h00. Le soir, l'assurée parle avec ses enfants et elle déclare : « ça m'aide, je me décharge ».

L'assurée va se coucher vers 22h00 et éprouve beaucoup de difficultés à trouver le sommeil. Il lui arrive de se lever, de marcher et de retourner ensuite se coucher.

L'assurée a son permis de conduire mais elle ne conduit pas depuis deux ans.

Le ménage et la cuisine sont effectués par le mari de l'assurée et leurs filles ; les courses par le mari de l'assurée, qu'elle accompagne rarement.

L'assurée a conservé quelques centres d'intérêt et en particulier la télévision (le foot, le journal télévisé). Elle a sympathisé avec quelques voisines, qu'elle reçoit parfois chez elle. Elle ne sort que pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, accompagnée en voiture par son mari ou ses filles. L'assurée ne sort plus du domicile depuis une année, dit-elle, à cause des céphalées, des douleurs du rachis et de l'épaule G. Elle n'a pas de famille près de chez elle. Le couple et les enfants rentrent au pays une fois par an voire une fois tous les deux ans en fonction des finances.

Les dernières vacances remontent à l'été 2012, l'assurée était partie au [...] en avion, chez sa mère pour trois semaines, avec une de ses filles (le mari de l'assurée et les autres enfants ont fait le voyage en voiture). L'assurée précise que ce voyage a été en partie occupé par ses maux de tête. »

Sous la rubrique « Appréciation du cas », les médecins du SMR écrivaient en outre ce qui suit :

« [...]

Le 26.03.2012, dans un contexte conflictuel au travail, l'assurée fait un malaise et chutera de sa hauteur avec impact sur l'épaule G et le crâne selon ses déclarations. Le CT-scan cérébral s'avère normal mais l'incident déclenchera une aggravation de la symptomatologie rachidienne et de l'épaule G avec un trouble anxio-dépressif, nécessitant un suivi psychiatrique et la poursuite de l'IT même si l'assurée avait été déclarée apte à reprendre son activité à 50% dans les suites de l'expertise auprès du P. _____ du 11.06.2012 pour le compte de l'assurance perte de gain.

L'assurée vit actuellement en retrait et reste à son domicile, ne pouvant le quitter essentiellement en raison des céphalées mais aussi en raison des douleurs de l'épaule G et du rachis.

[...]

Les lombalgies gênent moins. L'attitude scoliotique disparaît lors de la flexion antérieure du tronc. Le Lasègue est à 90° ddc, donc amélioré par rapport aux examens précédents. La mobilité rachidienne reste non limitée même si l'assurée accuse quelques douleurs en fin de course. Par rapport au status rhumatologique figurant dans le rapport du P. _____, la distance doigts-sol aujourd'hui est moins bonne à 48 cm mais la distance doigts-orteils assise est nulle, ce qui va dans le sens du constat de l'époque avec une distance doigts-sol à 10 cm. Il n'y a aujourd'hui pas d'irritation radiculaire. Tandis que le P. _____ n'avait pas les signes de Waddell et que 12 points de fibromyalgie [sic], tous ces signes de fibromyalgie et de lombalgie non organique sont présents aujourd'hui. Compte tenu de notre examen clinique, de l'imagerie et du contexte, nous retenons des lombalgies communes et des cervicalgies, ces dernières donnant droit à des LF.

[...]

Les traitements prodigués jusqu'à présent sont conformes aux règles de l'art : médication anti-inflammatoire, médication antalgique simple, physiothérapie, infiltration pour l'épaule G. Il est question d'une intervention chirurgicale sur l'épaule G par le Dr D. _____ à l'Hôpital de [...]. Dans le contexte actuel et en présence de troubles non organiques et de discordances, nous ne pouvons recommander ce geste. Au niveau cervical, le Dr N. _____, ne retient pas d'indication chirurgicale.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée de 46 ans, originaire du [...], entrée en Suisse en [...], sans formation, mariée, six enfants, qui a travaillé comme ouvrière non qualifiée à 80% chez Z. _____ de 2004 à avril 2012 et qui dépose une première demande en date du 27.03.2012 dans un contexte de problèmes rhumatologiques (rachialgies) et psychiatriques (trouble anxio-dépressif).

L'assurée qui ne présentait aucun antécédent psychiatrique, a développé un syndrome anxio-dépressif dans un contexte de conflit avec son employeur. L'assurée relate qu'elle a toujours travaillé dans la même entreprise mais comme intérimaire (via [...]) et qu'après avoir effectué une demande de poste fixe à la direction, elle s'est trouvée

convoquée 15 jours plus tard et s'est vue reprocher « d'avoir touché les fesses d'une employée ». Elle a alors ressenti une pesanteur épigastrique, puis une sensation de chaleur dans le thorax et la tête, accompagnée de vertiges. Elle aurait perdu connaissance et aurait été conduite à l'Hôpital en ambulance, où elle aurait séjourné quelques heures.

L'assurée a subi une expertise rhumatologique et psychiatrique au P._____. Dans son rapport d'expertise du 11.06.2012, le P._____ retenait les diagnostics psychiatriques suivants : trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) trouble somatoforme indifférencié (F 45.1). Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail avait été estimée entière avec reprise progressive (50% dès le 30.04.2012, puis augmentation par paliers de 25% toutes les deux semaines). L'assurée n'a en réalité pas repris le travail et ce fait justifie le présent examen.

L'examen de ce jour objective un trouble anxieux et dépressif mixte. Ce diagnostic a été retenu en présence d'éléments du registre anxieux et dépressif, insuffisamment caractérisés pour que des diagnostics plus spécifiques soient retenus. En particulier, les crises d'anxiété présentées par l'assurée n'ont pas le caractère sévère requis pour qu'un trouble panique soit retenu. De la même façon, il existe des affects de nature dépressive, mais nous avons pu constater, tout comme le médecin somaticien ce jour, que l'humeur est en réalité très fluctuante, et en particulier que l'assurée a plaisanté plusieurs fois avec l'interprète, arborant alors un franc sourire. Ces éléments vont à l'encontre d'un épisode dépressif caractérisé sévère. Enfin, les symptômes dépressifs présentés par l'assurée font partie intégrante du trouble somatoforme indifférencié retenu ci-dessous, et à ce titre, ne constituent pas une comorbidité psychiatrique.

Par ailleurs, l'examen objective un trouble somatoforme indifférencié, en présence de plaintes somatiques multiples et en particulier de douleurs diffuses. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été retenu en l'absence de douleurs intenses et d'un sentiment de détresse caractérisé. Ce diagnostic impose néanmoins la discussion des critères de sévérité : d'une part il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste ; d'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, si l'on doit considérer que jusqu'à présent le traitement a échoué, on ne peut affirmer que l'état psychique de l'assurée est cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection présentée par l'assurée n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI, elle ne relève pas de l'AI.

Nous estimons enfin utile d'insister sur le fait que l'assurée ne présente pas de trouble phobique (en particulier pas d'agoraphobie), et qu'elle explique qu'elle ne sort pas de chez elle car elle a peur de tomber, ou encore en raison des céphalées, des douleurs du rachis et de l'épaule G.

Au total, l'état clinique de l'assurée est assez semblable à celui objectivé lors de l'expertise P._____ du 11.06.2012 : nous retrouvons un trouble anxieux et dépressif ainsi qu'un trouble somatoforme

indifférencié. Dans ces conditions, sur le plan strictement psychiatrique, on doit considérer que l'assurée n'a jamais connu d'incapacité de travail durable. »

S'agissant des limitations fonctionnelles, les Drs Y._____ et J._____ indiquaient que sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée ne pouvait pas travailler de façon prolongée avec les bras au-dessus de l'horizontale, ni travailler avec des flexions antérieures du tronc et de la nuque de façon répétée ou soulever des charges supérieures à 10 kg. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Ces médecins considéraient que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était de 80 % et qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée, et ce à partir du 1^{er} juin 2012.

Dans un rapport du 16 octobre 2014, le Dr C._____ spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise bi-disciplinaire du SMR.

Par projet de décision du 24 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée. Selon l'OAI, il ressortait de l'analyse de la situation et de l'examen clinique, rhumatologique et psychiatrique du 22 juillet 2014 que l'assurée était en mesure de pouvoir reprendre son activité professionnelle à 100 % depuis le 1^{er} juin 2012. Des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient donc pas. L'OAI indiquait également que dans la mesure où l'incapacité de travail de l'assurée avait duré moins d'une année, le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

Par courrier du 2 juin 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle produisait à l'appui de son courrier un « rapport psychologique » du 31 mai 2015 de M._____, psychologue au sein de [...], et dont le contenu était le suivant :

« Par la présente, nous présentons plusieurs éléments rendant compte de l'état de santé psychique de Madame K._____, qui

bénéficie depuis le 23.05.2015 d'une psychothérapie dans notre centre de consultations.

En effet, nous constatons que, l'état de santé de Madame K. _____ s'est péjoré au courant de ces derniers mois et reste très fragile. Depuis l'incident survenu à son ancien lieu de travail en 2012, son état de santé mental s'est aggravé progressivement et elle n'a jamais pu reprendre sa vie professionnelle. Elle investit cependant bien la psychothérapie et une poursuite du traitement est indispensable afin de l'aider à faire face à la crise qu'elle traverse et pour tenter de prévenir que son état psychologique se chronifie davantage.

Actuellement, Madame se trouve dans un état psychique de ruminations de plus en plus important, s'est isolée du reste du monde et a développé une symptomatologie dépressive grave et anxieuse. Les notions d'injustice et de désir de réparation sont très fortes dans cette situation, ainsi que l'impression qu'on lui veut du mal.

Madame K. _____ présente de nombreuses douleurs physiques (céphalées importantes, douleurs dues aux tensions musculaires, douleurs dorsales).

Elle présente des symptômes de la liguée dépressive (tristesse, perte d'espoir, ruminations, apathie, perte de motivation, perte d'élan vital, baisse [sic] de vigilance, une diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi, idées de dévalorisation, perturbation du sommeil)

Elle présente également des difficultés liées à l'environnement social (retrait social, évitement des contacts avec l'environnement social).

En terme de diagnostique nous retenons, selon la CIM-10 :

F32.1 Episode dépressif sévère

F45.0 Somatisation

Z60.0 Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie

Au vu de l'évolution, nous estimons fortement nécessaire de réévaluer son état psychique sous forme d'expertise complémentaire en plus des expertises qui ont déjà été ordonnées par l'Assurance Invalidité. »

Dans un avis médical du 30 septembre 2015, les Drs B. _____, spécialiste en anesthésiologie, et C. _____, du SMR, ont considéré que les troubles psychiques et les plaintes de l'assurée ne s'étaient pas aggravés en mai 2015 par rapport à ce qu'elles étaient en 2012. En l'absence de modification notable de l'état de santé depuis leur dernier avis, ils maintenaient leur position.

Par décision du 3 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, pour les motifs évoqués dans son projet de décision.

C. Par acte du 10 décembre 2015, K._____, représentée par Me Jana Burysek, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 3 novembre 2015, concluant à son annulation, et, principalement, à ce qu'elle ait droit à une rente entière d'invalidité à partir d'une date à déterminer en cours d'instruction. Subsidiairement, elle concluait à ce que la cause soit renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision. En substance, la recourante conteste la validité de l'examen du P._____, au motif qu'il s'est déroulé sans la présence d'un traducteur, alors qu'elle ne parle pas français. Elle considère en outre que l'expertise du P._____ est en contradiction avec les faits sur le plan somatique et incomplète sur le plan psychiatrique. Elle invoque également que l'examen clinique du SMR du 22 juillet 2014 ne peut revêtir de valeur probante, du fait notamment que l'appréciation médicale du Dr J._____ est contraire aux faits. Se fondant sur la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, la recourante soutient que l'expertise doit à tout le moins être complétée sur la question de la fibromyalgie, respectivement de ses répercussions. La recourante reproche aussi à l'intimé de ne pas avoir pris en considération le fait qu'elle exerçait une activité lucrative à temps partiel tout en se consacrant aux travaux habituels. Elle requiert par conséquent la mise en œuvre d'une enquête économique sur le ménage, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par un rhumatologue et un psychiatre. La recourante a également produit un rapport du 4 mars 2015 du Dr Q._____, dans lequel ce dernier observe que les différents traitements conservateurs ne permettent pas une reprise de travail de sa patiente, quelle que soit la profession envisagée. Il ajoute que l'activité exercée n'est pas exigible du tout et que le rendement de l'intéressée est réduit de façon complète et définitive malgré les différents traitements suivis par la patiente. La recourante produit également un rapport du 15 avril 2015 du Dr Q._____, dans lequel il déclare que sa patiente n'est pas en état de travailler actuellement et qu'une isolation sociale est présente chez cette dernière. Il explique être d'accord avec les différents éléments de diagnostics mentionnés, et que son seul désaccord concerne la capacité de travail de la recourante, qui est nulle pour quelque activité que ce soit.

Dans sa réponse du 24 mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant du rapport du P._____, l'OAI déclare notamment que l'interprète était absent pour l'examen clinique, mais qu'il était présent lors de l'élaboration de l'anamnèse et que l'examen ne semble pas avoir souffert de cet aspect. Il ajoute que si elle estimait ne pas avoir été comprise, la recourante se devait d'indiquer cette problématique dans les suites des examens incriminés. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, l'intimé se réfère à la prise de position du SMR du 29 février 2016. Dans ce document, les Drs B._____ et C._____ écrivent ceci :

« [...]

Le rapport d'examen SMR du 16 octobre 2014 repose sur l'instruction de l'ensemble du dossier et sur l'examen SMR du 22 juillet 2014.

L'avis SMR du 30 septembre 2014 répond à votre mandat du 7 juillet 2015.

Concernant votre mandat du 25 février 2016, nous nous référerons à la lettre circulaire AI 339 de l'OFAS.

Concernant les critères pertinents pour le diagnostic page 14/15 : Par ailleurs, l'examen objective un trouble somatoforme indifférencié, en présence de plaintes somatiques multiples et en particulier de douleurs diffuses. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été retenu en l'absence de douleurs intenses et d'un sentiment de détresse caractérisé. Ce diagnostic impose néanmoins la discussion des critères de sévérité : d'une part il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste ; d'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, si l'on doit considérer que jusqu'à présent le traitement a échoué, on ne peut affirmer que l'état psychique de l'assurée est cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. Il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation.

Concernant la personnalité, les ressources de la personne et son contexte social, voilà ce que relèvent les experts :

Page 4 : *L'assurée a suivi sa scolarité obligatoire au [...] de l'âge de 7 à 15 ans. Puis elle a travaillé dans les champs et à la maison avec ses parents.*

Page 5 : *L'assurée décrit une enfance sans particularité, dit avoir grandi dans une ambiance familiale harmonieuse où les parents et les enfants s'entendaient bien. L'assurée précise : « Avec mes frères et sœurs, on s'entendait bien et on s'entend toujours bien ». L'assurée s'est mariée en 1992 à l'âge de 24 ans et d'après*

l'assurée, l'entente conjugale est toujours bonne actuellement. Six enfants sont nés de cette union : quatre filles en 1992, 1994, 1996 et 1997; et deux garçons en 2000 et 2003. D'après l'assurée, tous ses enfants qui habitent toujours avec leurs parents, vont bien. L'assurée n'a pas présenté de pathologie du post-partum.

Page 7 : Les ressources financières actuelles de l'assurée sont constituées des indemnités de chômage de son mari et des revenus de vendeuse de sa fille. L'assurée habite un appartement de 5 ½ pièces au rez-de-chaussée, avec son mari et leurs six enfants. L'assurée se réveille vers 06h00, elle se lève, regarde parfois la télévision, marche un peu dans l'appartement ou reste sur le canapé. Elle prend son repas de midi avec son mari et l'après-midi, reste le plus souvent allongée sur le canapé puis se lève, marche, et une fois les enfants rentrés, discute avec eux. Elle va ensuite dans sa chambre se reposer, puis retourne discuter avec ses enfants. Les filles de l'assurée préparent le souper, qui est pris en famille à 20h00. Le soir, l'assurée parle avec ses enfants et elle déclare : « ça m'aide, je me décharge ». L'assurée va se coucher vers 22h00 et éprouve beaucoup de difficultés à trouver le sommeil. Il lui arrive de se lever, de marcher et de retourner ensuite se coucher. L'assurée a son permis de conduire mais elle ne conduit pas depuis deux ans. Le ménage et la cuisine sont effectués par le mari de l'assurée et leurs filles ; les courses par le mari de l'assurée, qu'elle accompagne rarement. L'assurée a conservé quelques centres d'intérêt et en particulier la télévision (le foot, le journal télévisé). Elle a sympathisé avec quelques voisines, qu'elle reçoit parfois chez elle. Elle ne sort que pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, accompagnée en voiture par son mari ou ses filles. L'assurée ne sort plus du domicile depuis une année, dit-elle, à cause des céphalées, des douleurs du rachis et de l'épaule G. Elle n'a pas de famille près de chez elle. Le couple et les enfants rentrent au pays une fois par an voire une fois tous les deux ans en fonction des finances. Les dernières vacances remontent à l'été 2012, l'assurée était partie au [...] en avion, chez sa mère pour trois semaines, avec une de ses filles (le mari de l'assurée et les autres enfants ont fait le voyage en voiture). L'assurée précise que ce voyage a été en partie occupé par ses maux de tête.

Page 12 : L'assurée est venue en voiture, accompagnée par son mari. La tenue est correcte, l'assurée fait plus que son âge. L'ensemble de l'examen se déroule en présence d'un interprète. Le contact et la collaboration à l'examen sont bons. Le discours est cohérent et l'orientation aux trois modes (temps, espace et situation) normale. Au cours de l'examen qui a duré une heure trente, aucune attitude antalgique n'a été objectivée. Par contre, il existe une grande démonstrativité (comme l'a aussi noté le médecin somaticien ce jour). L'examen n'objective pas de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. Le cours de la pensée est normal, de même que son contenu, il n'y a pas d'idées délirantes, pas de signes de la série psychotique. L'examen n'objective pas de troubles phobique ou obsessionnel, pas de trouble de la personnalité.

Il n'y a pas de trouble de la personnalité, l'assurée a maintenu son fonctionnement au sein du noyau nucléaire familial et a maintenu un lien avec ses parents, les activités décrites par l'assurée

correspondent à celle d'une mère au foyer dans notre culture. Il n'est pas mis en évidence de rétrécissement social d'une ampleur considérable ou de barrage aux contacts sociaux non plus. Là aussi, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation des experts. Les plaintes de l'assurée ont été prises en compte par les experts et il n'y a pas de limitations uniforme dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Les traitements psychiatriques mis en place n'ont pas été suivis d'une amélioration des plaintes de l'assurée, la réadaptation n'a pas été tentée et la comorbidité psychiatrique retenue par les experts, un trouble anxieux et dépressif mixte F41.2, est reconnue comme sans impact sur la capacité de travail.

A la lumière des indicateurs standards de l'OFAS en vigueur (lettre circulaire AI 339), nous maintenons donc nos conclusions. »

L'intimé considère qu'après confrontation des observations émanant du rapport d'examen clinique avec les nouveaux indices jurisprudentiels, l'appréciation de l'aptitude au travail de la recourante ne saurait être modifiée. S'agissant des rapports du Dr Q. _____ des 4 mars 2015 et 15 avril 2015, l'OAI est d'avis que ces documents ne sont pas susceptibles de l'amener à modifier son point de vue.

Dans sa réplique du 22 avril 2016, la recourante a maintenu ses conclusions, estimant notamment que les expertises ne peuvent revêtir pleine valeur probante, dans la mesure où l'instruction médicale n'a pas été menée dans la langue maternelle de l'intéressée ou avec le concours d'un traducteur albanais d'une part, et que l'instruction n'est pas complète sur la question de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie de la recourante, d'autre part.

Dans sa duplique du 17 mai 2016, l'OAI a confirmé ses conclusions.

D. Par ailleurs, par décision du 14 décembre 2015, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires et lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Jana Burysek.

Me Burysek a produit sa liste des opérations le 1^{er} novembre 2016, indiquant avoir consacré 12. 9 heures à cette affaire, ce qui correspondait à un montant de 2'322 francs. Elle mentionnait également des « frais administratifs (5 % des honoraires) » à hauteur de 116 fr. 10 et la TVA pour 195 fr. 05.

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 de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Est litigieux dans le cas d'espèce le droit de K. _____ à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier son droit à une rente d'invalidité.

3. a) 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.

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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

b) A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère toutefois 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 devant être déterminée aussi objectivement

que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. a) 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) 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 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 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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 réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

d) En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait

déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, et réf. cit.).

6. a) En l'espèce, la recourante conteste l'appréciation de la situation médicale telle que réalisée par l'OAI, considérant notamment que l'expertise du P._____ est en contradiction avec les faits sur le plan somatique et qu'elle est incomplète sur le plan psychiatrique. Elle estime également que l'évaluation du Dr J._____ est contraire aux faits et requiert que l'expertise soit au moins complétée sur la question de la fibromyalgie, au vu de la nouvelle jurisprudence en la matière. L'OAI soutient à cet égard que l'appréciation médicale est conforme à la nouvelle jurisprudence.

b) Il ressort du dossier de la cause que sur le plan somatique, la recourante souffre de cervicarthrose avec discopathie, ayant un effet sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, elle présente un trouble somatoforme indifférencié. Celui-ci n'est cependant pas incapacitant selon les médecins (cf. rapport d'expertise du P._____ du 11 juin 2012 et rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 24 septembre 2014). S'agissant de la problématique psychique, il convient préalablement de rappeler ce qui suit.

aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère

invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

bb) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait 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 résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient 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 laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et réf. cit.).

cc) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, 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. 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). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 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. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (cf. ch. F45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies] 10 2014). 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 (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

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 (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).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

c) Dans le cas d'espèce, la présence d'une pathologie sans substrat organique objectivable est évoquée pour la première fois par le Dr S._____ en 2011, qui constate que plusieurs points de fibromyalgie sont positifs. En 2012, les experts du P._____ posent le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, mais sans procéder à une analyse des critères jurisprudentiels, expliquant que la recourante est en prise à des conflits interpersonnels qu'elle ne parvient pas à résoudre, mais que cela n'exclut pas une reprise du travail. Dans leur rapport du 24 septembre 2014, les Drs Y._____ et J._____ confirment le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié mais examinent très succinctement certains critères développés sous l'ancienne jurisprudence. Ils relèvent que l'on se trouve bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Ils estiment en outre que malgré le fait que les traitements administrés aient échoué, l'état psychique de la recourante n'est pas cristallisé sans donner de plus amples explications. Enfin, ils sont d'avis qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Ils en concluent que l'atteinte n'est donc pas incapacitante sur le plan psychiatrique.

Dans leur prise de position du 29 février 2016, les Drs B._____ et C._____, qui ne sont pas psychiatres, se réfèrent aux indicateurs dégagés par la jurisprudence. Toutefois, leur analyse est peu circonstanciée, dès lors qu'ils se contentent pour l'essentiel de citer des extraits du rapport d'examen bidisciplinaire du 24 septembre 2014. On ne retrouve pas un examen motivé et approfondi de chaque indicateur.

Concernant le contexte social, il apparaît notamment pour le moins douteux que « les activités décrites par l'assurée correspondent à celle d'une mère au foyer dans notre culture » comme le relèvent ces praticiens. En effet, la description donnée dans le rapport du 24 septembre 2014 est en contradiction avec cette constatation puisque la recourante ne semble effectuer aucune tâche ménagère. Elle a en effet expliqué se réveiller vers 6 heures, se lever, regarder parfois la télévision, marcher un peu dans l'appartement ou rester sur le canapé, prendre le repas de midi avec son mari et l'après-midi rester le plus souvent allongée sur le canapé puis se lever, marcher, une fois les enfants rentrés, discuter avec eux, puis aller dans sa chambre se reposer, retourner discuter avec ses enfants, ses filles préparant le repas du soir, qui est pris en famille à 20 heures, la recourante allant se coucher vers 22 heures, le ménage et la cuisine étant effectués par le mari de l'assurée et leurs filles et les courses par le mari de l'assurée, qu'elle accompagne rarement.

En définitive, les conclusions des Drs B._____ et C._____ n'apparaissent pas convaincantes et ne sauraient être suivies.

Il suit de là que les éléments figurant au dossier de la cause ne permettent pas une appréciation concluante du cas d'espèce à l'aune des critères déterminants de la jurisprudence de l'ATF 141 V 281.

Au surplus, la recourante semble avoir présenté une aggravation de son état de santé au cours des mois précédant le rapport du 31 mai 2015 de la psychologue M._____ qui évoque notamment une chronicisation de l'état de santé psychologique de sa patiente, et explique que la poursuite de la psychothérapie est indispensable pour tenter d'éviter que cet état ne se chronicise d'avantage, la recourante présentant une isolation accrue, accompagnée de ruminations de plus en plus importantes et de l'impression qu'on lui veut du mal, ainsi que des difficultés liées à son environnement social, tel qu'un retrait social et un évitement des contacts avec son environnement.

d) Au vu de ces éléments, il apparaît donc nécessaire de compléter l'instruction s'agissant du trouble somatoforme et des répercussions de celui-ci sur la capacité de travail de la recourante conformément aux nouveaux critères jurisprudentiels.

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

bb) Pour ce motif, il convient donc d'admettre le recours, de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise contenant au moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, dans le but d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente du cas, et qu'il rende une nouvelle décision (cf. également ATF 141 V 281 consid. 8 sur le droit transitoire et commentaire de cet arrêt par Thomas Gächter et Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0 in : Jusletter du 29 juin 2015).

7. a) S'agissant du statut de la recourante, on relèvera que l'intimé a retenu un statut d'assurée active à 100 %, conformément aux déclarations de K. _____ dans le document intitulé « Détermination du statut » et complété par l'intéressée le 30 avril 2012. Dans ces conditions, il n'y a donc pas lieu d'ordonner d'enquête économique sur le ménage. Toutefois, si la recourante devait par la suite déclarer un autre statut, il appartiendrait alors à l'intimé d'examiner la question de la mise en œuvre d'une enquête ménagère.

b) Quant à la question de la violation du droit d'être entendu invoquée par la recourante du fait que l'examen du P._____ se serait déroulé sans la présence d'un traducteur, elle n'a pas à être examinée, vu l'issue du recours.

8. a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un conseil, a droit à des dépens qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. et qui doivent être mis à la charge de l'OAI.

Me Burysek, conseil d'office, a indiqué avoir consacré 12.9 heures à cette cause. Toutefois, elle a produit une liste de ses opérations sans mentionner le temps consacré à chacune de celles-ci. Quant aux frais administratifs, correspondant à 5 % des honoraires, ils ne sauraient être compris dans l'indemnité d'office. Au vu de l'importance et de la complexité du litige, le montant de 2'500 fr. couvre largement l'indemnité d'office qui aurait été allouée à Me Burysek. Il n'y a dès lors pas lieu de lui octroyer un montant supplémentaire.

**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 3 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaire, à hauteur de 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour K. _____),
- 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 :