

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

F. _____, à Bex, recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 a. 1 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante U. _____ née en [...], est arrivée en Suisse en 2001. Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 8 mai 2003, indiquant souffrir d'atteintes à la musculature et à la colonne vertébrale, ainsi que de fibromyalgie, depuis 2002.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis en œuvre un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR). Dans un rapport du 23 septembre 2005, les Drs O. _____, psychiatre, et R. _____, rhumatologue, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit modéré. Ils ont également mis en évidence un syndrome douloureux de type fibromyalgique, auquel ils n'ont toutefois pas reconnu d'effet incapacitant. Les Drs O. _____ et R. _____ ont arrêté des limitations fonctionnelles d'ordre somatique, liées aux atteintes du rachis, à l'exclusion de toute restriction psychiatrique. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était limitée à 50% dans son activité habituelle d'ouvrière agricole, depuis le 18 octobre 2002. Par contre, en l'absence de comorbidité psychiatrique, elle conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles physiques retenues.

Par décision du 14 février 2006, confirmée en opposition le 6 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne subissait pas de préjudice économique du fait de son invalidité. A la suite d'un recours, le Tribunal cantonal a annulé la décision sur opposition et retourné le dossier à l'OAI, pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique auprès d'un expert neutre.

b) Dans un rapport d'expertise du 26 juillet 2008, la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de majoration de douleurs physiques pour raisons psychologiques, de dysthymie et de syndrome de dépendance au tabac, estimant qu'aucune de ces pathologies ne diminuait la capacité de travail. En particulier, elle n'a constaté aucune atteinte incapacitante au plan psychique ; il n'existait pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychique et mental. L'assurée ne connaissait pas non plus de limitations au plan social, la sociabilité avec la famille élargie et les amis étant conservée. Au plan psychiatrique, l'activité habituelle d'ouvrière agricole restait exigible à 100%, sans diminution de rendement. D'autres activités étaient également exigibles, à plein temps, sans qu'il n'y ait à tenir compte de critères particuliers d'ordre psychique.

Par décision du 10 mars 2010, l'OAI a maintenu son refus de prestations. Il a retenu que l'assurée, malgré son atteinte à la santé, disposait toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Dans ce cadre, elle était en mesure de réaliser un salaire dépassant celui qu'elle aurait obtenu chez son ancien employeur, de sorte qu'elle ne subissait pas de préjudice économique du fait de son invalidité. Cette décision, non contestée, est entrée en force.

B. Le 12 septembre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison de « fortes douleurs » existant depuis 2002.

Le 28 septembre 2011, la Dresse X._____, cheffe de clinique au département de neurologie du C._____ (ci-après : C._____) a procédé à une décompression chirurgicale du canal lombaire étroit.

Dans un rapport non daté reçu par l'OAI le 26 octobre 2011, le Dr G._____, médecin traitant, a indiqué que sa patiente souffrait d'une discopathie dégénérative étagée de L3-C1 et d'un canal lombaire étroit à ce niveau, à prédominance sur L4-L5. Elle était entre autre atteinte de

cervico-brachio-scapulalgies bilatérales, à prédominance droite avec une limitation fonctionnelle de l'épaule droite, ainsi que d'un état dépressif sévère. Une IRM cervicale avait révélé une discopathie dégénérative de C3 à C7 avec une anomalie de la moelle épinière, compatible avec une myélopathie irritative. Attestant une incapacité de travail de 100%, le médecin traitant a émis un pronostic très réservé.

Estimant que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé, l'OAI est entré en matière sur sa nouvelle demande. Dans le cadre de son instruction, l'office est entré en possession d'un rapport du 24 janvier 2012 du Dr M._____, neurologue traitant depuis avril 2010, lequel a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de myélopathie cervicale prévalant depuis un an, évolutive, sur une sténose dégénérative en C4-C7, avec double protrusion discale en C5-C6 et C6-C7, à prédominance droite, et de claudication neurogène, radiculaire L5 bilatérale sur un canal lombaire étroit L4-L5. Il a précisé que les suites de la décompression lombaire du 28 septembre 2011 avaient été simples, sans complications. La patiente gardait toutefois des signes cliniques importants d'une myélopathie cervicale, qui avaient conduit à une infiltration le 11 novembre 2011. En décembre 2011, elle avait développé des accès de vertiges paroxystiques positionnels, accompagnés de nausées. Une décompression préventive de C4 à C7 étant prévue, le Dr M._____ a estimé que la demande de prestations AI était prématurée, et qu'il convenait d'attendre deux à trois ans afin de déceler d'éventuelles séquelles de ces deux interventions chirurgicales.

Renseignant à son tour l'OAI le 20 février 2012, la Dresse X._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de canal lombaire étroit L4-L5 et de canal cervical étroit C4-C7, prévalant depuis 2003. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% du 27 septembre 2011 au 7 novembre 2011, précisant que la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée devrait être réévaluée après la décompression du canal cervical étroit. La Dresse X._____ a produit une liasse de rapports médicaux, dont un rapport adressé par ses soins le 15 novembre 2011 au Dr M._____.

Dans un rapport du 21 février 2012 à l'OAI, le Dr G. _____ a indiqué ce qui suit :

« La patiente présente une myélopathie cervicale sur un canal cervical C4-C7. A été opérée pour une décompression lombaire pour un canal étroit L4-L5 avec une aggravation et une apparition d'un déficit de la force au niveau des 4 membres, avec des troubles sphinctériens et une proposition d'une éventuelle opération pour prévenir une péjoration. La présence d'une polyneuropathie diffuse avec des douleurs persistantes. Elle souffre entre autre de cervico-branchio-scapulalgie bilatérale à prédominance D [droite].

Hypertension traitée.

Syndrome des tunnels carpiens bilatéraux déjà très avancé.

Au point de vue psychiatrique elle présente un état dépressif sévère.

Son incapacité de travail est à 100% dans toutes les activités ».

Le 13 mars 2012, la Dresse X. _____ a procédé à une décompression du tunnel cervical étroit.

Dans un avis du SMR du 26 mars 2012, le Dr P. _____ a estimé que les signes objectifs (cliniques et radiologiques) de myélopathie cervicale justifiaient une totale incapacité de travail dans toute activité. L'aggravation semblait remonter à janvier 2011, selon les informations fournies par le Dr M. _____. A son avis, l'état n'était toutefois pas stabilisé ; il convenait ainsi de poursuivre l'instruction dans six mois, en interrogeant particulièrement le service de neurologie du CHUV.

Interpellé par l'OAI, le Dr G. _____ a indiqué le 14 avril 2012 que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis septembre 2011, malgré deux interventions chirurgicales. Le traitement consistait en Mepha-Dolor 2x/jour, Tramal gouttes 3x30 gouttes/jour, Fastum gel, Dafalgan 1g, Cipralax 20mg et Stilnox 10mg. Sur le plan psychiatrique, sa patiente était suivie par la Dresse J. _____. Le 18 juin 2012, la Dresse J. _____ a toutefois fait savoir à l'office qu'elle ne suivait plus l'assurée depuis novembre 2009.

Dans un rapport du 22 octobre 2012 à l'OAI, le Dr E. _____, médecin assistant au Service de neurologie du C. _____, a fait état d'une

bonne évolution clinique à la suite de l'intervention chirurgicale du 13 mars 2012. Le status était dans les normes, hormis une limitation au niveau cervical, laquelle avait une répercussion pour l'assurance-invalidité. Du point de vue neurochirurgical, l'état était stabilisé. Le Dr E._____ a également transmis à l'office un rapport du 3 juillet 2012 dans lequel, conjointement avec le Dr L._____, chef de clinique, il a fait les constatations suivantes :

« **Consultation ambulatoire du 28.06.2012**

(...)

Status

Pas de déficit sensitivomoteur. Réflexes ostéotendineux normovifs et symétriques au niveau des membres supérieurs et hypervifs et symétriques aux membres inférieurs. Babinski, Lhermitte et Hoffmann négatifs, Spuling négatif. Le reste du status neurologique est dans la norme.

(...)

Problèmes et attitude

Les examens clinique et électro-physiologique mettent en évidence des signes compatibles avec un syndrome du canal carpien des deux côtés correspondant à l'anamnèse de la patiente.

Au status neurologique, il y a une limitation cervicale sévère d'origine plutôt articulaire, sans signe de dénervation chronique correspondant à la racine C6 des deux côtés à l'examen électromyographique. Nous proposons un essai thérapeutique avec des attelles nocturnes au poignet et de présenter la patiente à nos collègues chirurgiens de la main.

Nous ne prévoyons pas de revoir la patiente (...) ».

L'OAI a mis en œuvre un examen rhumato-psychiatrique auprès du SMR, afin de préciser la date de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, ainsi que sa capacité de travail résiduelle.

Dans un rapport d'examen du 8 avril 2014, les Drs B._____, spécialiste en médecine et réadaptation, V._____, psychiatre et psychothérapeute, et W._____, rhumatologue, médecins auprès du SMR, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de status post décompression d'un canal cervical étroit et de protrusions disco-ostéophytaires étagées (M96.1) et de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs disco-articulaires multi-étagés de degré

modéré avec canal lombaire étroit traité par fenestration L4-L5 bilatérale le 28 septembre 2011. L'assurée présentait également un syndrome du tunnel carpien bilatéral, un syndrome douloureux de type fibromyalgie, une dysthymie (F34.1) et une majoration de douleurs physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), ces atteintes demeurant toutefois sans répercussion sur sa capacité de travail. Au niveau neurologique, les examinateurs ont considéré que les examens entrepris permettaient d'exclure une myélopathie et une atteinte radiculaire. Ils ont estimé que l'assurée ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle depuis le 28 septembre 2011, date de la décompression chirurgicale du canal lombaire étroit. Par contre, ils étaient d'avis que, dans une activité adaptée, ne mettant pas à contribution le rachis (pas de port régulier de charges excédant 5kg, pas de port occasionnel de charges dépassant 10kg, pas de travail en porte-à-faux, pas de position statique assise ou debout au-delà de 30 minutes sans possibilité de changer brièvement de position, pas d'activité nécessitant des mouvements fréquents de rotation, de flexion ou d'extension du rachis lombaire et cervical, pas d'activité prolongée au-dessus de l'horizontale, pas de marche au-delà de 20 minutes), l'intéressée jouissait d'une capacité de travail entière, depuis le 3 juillet 2012.

Le 8 mai 2014, l'OAI est entré en possession de nouvelles pièces médicales, dont :

- un rapport d'IRM médullaire cervicale de la Dresse H. _____ du 4 mars 2014, constatant une stabilité des deux lésions du cordon médullaire en C4-C5 et C5-C6 et posant le diagnostic différentiel de séquelles de myélopathie sur canal cervical étroit opéré ou d'une maladie démyélinisante stable,
- un rapport adressé le 30 avril 2010 par le Dr D. _____, neurologue, à son confrère M. _____, confirmant un syndrome du tunnel carpien déjà très avancé, en particulier à gauche.

Le 2 juin 2014, les Drs B. _____, V. _____ et W. _____ ont rendu un nouveau rapport de leur examen clinique du 10 mars 2014,

identique à celui du 8 avril 2014, hormis un complément relatif à la fibromyalgie.

Par projet de décision du 17 mars 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'elle conservait une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son rapport d'examen du 2 juin 2014. Comparant les revenus réalisables par l'assurée avec et sans atteinte à la santé, l'office a constaté un taux d'invalidité de 10%, insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité ou d'un reclassement professionnel.

Le 30 juin 2015, représentée par Me Laure Chappaz, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité. Elle a argué d'une insuffisance de compétences des médecins du SMR chargés de l'examen clinique du 10 mars 2014, dont aucun n'était neurologue, alors qu'elle souffrait d'atteintes de cet ordre. A ses yeux, les diagnostics retenus étaient en outre incomplets. Elle a produit un rapport du Dr M. _____ du 1^{er} juin 2015, lequel a posé les diagnostics de myélopathie cervicarthrosique avec séquelles neurologiques probablement définitives aux quatre membres, de syndrome douloureux chronique et de dépression réactionnelle chronique. Au titre des diagnostics secondaires, le neurologue a retenu une haute tension artérielle à prédominance diastolique compensée, une perte de mémoire en partie liée à la prise excessive de médication, un status après décompression du nerf médian dans le canal carpien étroit en 2011, sans suite, un canal carpien étroit probable, et une surdité bilatérale, appareillée. Le Dr M. _____ a également fait état d'une polythérapie lourde, symptomatique, difficilement supportée, dont trois somnifères, et prise transitoire d'opiacés. S'agissant de l'appréciation du cas, il s'est exprimé en ces termes :

« La sanction cervicale a permis d'éviter une tétraplégie mais compte tenu des facteurs de risques, à savoir une myélopathie cervicarthrosique pré-existante et une personnalité de structure anxieuse, elle n'a pas apporté un soulagement significatif à cette patiente ; quant à l'intervention lombaire, elle l'a libérée de sciatalgies sans amélioration de la marche qui se bloque à une

courte distance. Un essai de prise en charge psychiatrique s'est avéré infructueux dû à une surcharge médicamenteuse qui s'est avérée néfaste pour elle. Le chirurgien conteste les lésions méniscales et confirme un status des genoux parfaitement normal. Le pronostic me paraît très réservé. La capacité de travail à mon avis est nulle. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est envisageable ».

Dans un avis du SMR du 6 octobre 2015, les Drs T. _____ et Marc K. _____ ont observé que les éléments relevés par le Dr M. _____ dans son rapport du 1^{er} juin avaient déjà tous été pris en considération lors de l'examen clinique pratiqué au SMR le 10 mars 2014. Le Dr M. _____ n'avait apporté aucun élément nouveau, se limitant à apprécier différemment une situation clinique similaire à celle constatée par le SMR. Les médecins ont en outre relevé que le descriptif de la vie quotidienne de l'assurée dans le rapport d'examen du 10 mars 2014 [recte : 2 juin 2014] laissait apparaître une vie familiale conservée et une vie sociale harmonieuse (couple, amis, vacances). La capacité de travail entière dans une activité pouvait ainsi être confirmée.

Dans un avis du 1^{er} mars 2016, la juriste en charge du dossier auprès de l'OAI a considéré que le rapport d'examen rhumatopsychiatrique du SMR du 10 mars 2014 [recte : 2 juin 2014] satisfaisait aux nouveaux critères retenus par le Tribunal fédéral s'agissant de l'effet incapacitant du trouble somatoforme douloureux et des atteintes apparentées. Estimant que ledit rapport conservait une pleine valeur probante, elle s'est néanmoins interrogée sur le point de savoir si l'atteinte ne devrait pas être écartée, faute d'un diagnostic suffisamment posé, les médecins du SMR ayant motivé leur appréciation de manière succincte.

Par décision du 1^{er} mars 2016, accompagné d'une lettre de motivation du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a en substance constaté que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 28 septembre 2011. Par contre, elle avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 3 juillet 2012. L'assurée était ainsi capable d'exercer des activités industrielles légères ne nécessitant pas de port régulier de charges

excédant 5 kg, pas de port occasionnel de charges de plus de 10kg, pas de travaux en porte-à-faux, pas le maintien de position statique assise ou debout au-delà de 30 minutes sans possibilité de changer brièvement de position, pas d'activité nécessitant des mouvements fréquents de rotation, de flexion ou d'extension du rachis lombaire et cervical, pas d'activité prolongée au-dessus de l'horizontale, pas de marche au-delà de 20 minutes. Le préjudice économique résultant de son invalidité se limitant à 10%, il était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un reclassement professionnel.

C. Par acte du 23 mars 2016, représentée par Me Chappaz, F._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 1^{er} mars 2016, dont elle conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2012 au plus tard, et subsidiairement à l'annulation, avec renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise neuro-psychiatrique. La recourante met en doute la valeur probante du rapport du SMR du 2 juin 2014, au motif qu'il a été établi par un rhumatologue, alors que ses atteintes relèvent plutôt de la neurologie. Elle estime également qu'il est incomplet, insuffisamment motivé et qu'il contient des contradictions. Elle fait en outre grief à l'OAI d'avoir ignoré les nouveaux critères arrêtés par le Tribunal fédéral s'agissant de l'examen du caractère incapacitant de la fibromyalgie.

Dans une réponse du 18 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. S'agissant du défaut de compétence des médecins du SMR soulevé par la recourante, l'OAI estime que les spécialités des Drs B._____, V._____ et W._____ leur ont permis d'appréhender l'état de santé somatique de l'assurée dans sa globalité. L'office argue également du fait que le rapport du 1^{er} juin 2015 du Dr M._____ a été soumis aux médecins du SMR, qui ont expliqué les raisons pour lesquelles il y avait, malgré l'avis de ce spécialiste, lieu de confirmer l'exigibilité entière dans une activité adaptée. S'agissant du

caractère invalidant de la fibromyalgie, l'intimé renvoie à l'avis de son juriste du 1^{er} mars 2016.

Par courrier du 24 juin 2016, Me Chappaz a fait savoir au Tribunal qu'elle n'était plus le conseil de l'assurée, laquelle n'avait au demeurant pas de remarque à formuler à l'égard de la réponse de l'intimé.

En droit :

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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), 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), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. c LPGA), devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

b) Le présent litige a trait au droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 12 septembre 2011 et porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 10 mars 2010 et la décision litigieuse.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA) de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C_67/2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV no 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un

examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

c) 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, dont fait notamment partie la fibromyalgie. 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 a 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 objectif

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 (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée).

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.).

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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid.

TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009]). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011).

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 ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

5. Dans le cas d'espèce, l'intimé a fondé la décision entreprise sur les conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire du SMR, pratiqué le 10 mars 2014 par le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr V._____, psychiatre. Dans leur dernier rapport du 2 juin 2014, cosigné par le Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologue, ces médecins ont retenu que l'assurée souffrait de cervicalgies chroniques, qu'ils ont jugées non déficitaires, dans un contexte de status post décompression du canal cervical étroit et de protrusions disco-ostéophytaires étagées, ainsi que de lombalgies chroniques dégénératives avec un canal lombaire étroit traité, ces atteintes étant incapacitantes. Ils ont également posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de syndrome douloureux de type fibromyalgie, de dysthymie et de majoration des douleurs physiques pour des raisons psychologiques, estimant toutefois que ces pathologies restaient sans incidence sur la capacité de travail. Au plan neurologique, les médecins du SMR ont estimé que les examens qu'ils avaient conduits permettaient d'exclure toute myélopathie et atteinte radiculaire.

De son côté, la recourante a remis en question la valeur probante de ce rapport, au motif que les médecins du SMR n'avaient pas les compétences requises pour évaluer son état de santé au plan neurologique, et que leurs conclusions étaient demeurant incomplètes.

a) Il convient tout d'abord de relever à cet égard que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un SMR (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1, I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3).

En l'occurrence, force est de constater que ni les médecins examinateurs, ni le médecin formateur, cosignataire du rapport, ne sont titulaires d'une spécialisation en neurologie. Or, compte tenu des atteintes présentées par la recourante, et de son long passé neurologique ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales, une appréciation neurologique complète et fouillée s'imposait. On ne suit pas l'intimé lorsqu'il se défend d'un défaut de compétence des médecins du SMR au motif qu'ils sont spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie, cet argument allant précisément dans le sens d'une absence de formation spécialisée dans un des domaines concernés par la cause, pourtant essentiel (cf. lettre de motivation du 1^{er} mars 2016 de l'OAI). Les explications fournies par l'OAI dans sa réponse au recours ne sont pas plus

convaincantes. Le fait que les médecins du SMR se soient prononcés en tenant compte des appréciations du Dr M. _____ ne permet pas de pallier cette absence de compétence spécialisée. Contrairement à ce qu'affirme l'intimé, les spécialités des trois médecins du SMR ne permettent pas d'appréhender l'état de santé somatique de la recourante dans sa globalité. Cette irrégularité suffit déjà à remettre en cause la force probante du rapport du 2 juin 2014 du SMR.

b) Il convient également de relever qu'en sus, et vraisemblablement en raison de cette absence de spécialisation, le rapport du SMR reste extrêmement succinct et peu motivé sur le plan neurologique. Si l'aspect rhumatologique a fait l'objet d'examen et de discussions fournis, l'investigation du volet neurologique est restée très sommaire. Au terme du status neurologique, comptant moins de dix lignes, les examinateurs ont exclu que l'assurée soit affectée d'une myélopathie ou d'une atteinte radiculaire. Or, figurent au dossier de nombreux éléments plaidant en faveur d'atteintes neurologiques, dont il était impératif de faire examiner plus précisément la nature exacte et les conséquences sur la capacité de travail.

Les différents médecins s'entendent ainsi pour admettre que l'assurée a présenté une myélopathie, tout au moins dès l'automne 2011, voire depuis le début de cette même année déjà (cf. rapports de la Dresse X. _____ du 15 novembre 2011, du Dr M. _____ du 24 janvier 2012, du Dr G. _____ du 21 février 2012). Dans son avis du 26 mars 2012, le Dr P. _____ a estimé que les signes objectifs cliniques et radiologiques de myélopathie cervicale justifiaient une totale incapacité.

Par contre, la situation manque de clarté s'agissant de l'état neurologique cervical à la suite de la décompression du canal cervical étroit, le 13 mars 2012 par la Dresse X. _____. On rappellera à cet égard que la Dresse X. _____ avait demandé à l'OAI que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée soit réévaluée après la décompression du canal cervical étroit (cf. rapport du 20 février 2012). Le Dr P. _____ avait également préconisé, le 26 mars 2012, de reprendre l'instruction six mois plus tard, pour connaître la

situation après stabilisation de l'état, notamment en interrogeant le service de neurologie du C._____. Or, force est de constater que, si l'OAI a bien interrogé ledit service en automne 2012, les éléments qu'il a obtenus ne suffisaient pas à se prononcer valablement sur l'état de santé de l'assurée au plan neurologique, et sa répercussion sur sa capacité de travail. Certes, comme le relèvent les médecins du SMR, le Dr E._____ du C._____ a fait état, dans un bref rapport du 22 octobre 2012, d'un status dans les normes et d'un état stabilisé sur le plan neurochirurgical ensuite de la décompression cervicale. Toutefois, s'il a observé une bonne évolution post-opératoire, il a également relevé la persistance d'une limitation au niveau cervical, comportant une répercussion pour l'assurance-invalidité. Quant au rapport du 3 juillet 2012 des Drs L._____ et E._____, il n'aborde pas la question de la capacité de travail. Il fait par contre état, au status neurologique, d'une limitation cervicale sévère.

Finalement, le seul neurologue à s'être prononcé sur la capacité de travail de l'assurée après la décompression cervicale est le Dr M._____, qui a estimé le 1^{er} juin 2015 que sa patiente était en totale incapacité de travail, sans toutefois préciser si son appréciation concernait toute activité, ou seulement l'activité habituelle. Il convient de relever que, dans son rapport du 24 janvier 2012, alors que seule la décompression lombaire avait eu lieu, il avait estimé qu'un délai de deux à trois ans était nécessaire pour évaluer les effets des interventions chirurgicales réalisées ou à venir. Le 1^{er} juin 2015, il a considéré, contrairement au SMR, que sa patiente était toujours atteinte de myélopathie, accompagnée de séquelles neurologiques probablement définitives aux quatre membres. A son avis, l'évolution post-opératoire de la décompression cervicale avait été globalement défavorable. L'intervention n'avait pas apporté de soulagement significatif à l'assurée, hormis un certain soulagement antalgique post-opératoire transitoire. La Dresse X._____ avait d'ailleurs elle-même mis en garde sur les effets potentiellement limités d'une décompression cervicale avant l'intervention, lorsqu'elle avait indiqué que la chirurgie en question tendait à empêcher une aggravation de la myélopathie, mais que les symptômes de la maladie, tels que le déficit de force au niveau des quatre membres

et les troubles sphinctériens, pouvaient rester permanents, malgré l'intervention (cf. rapport du 15 novembre 2011 au Dr M._____). Dans son rapport du 1^{er} juin 2015, le Dr M._____ a ajouté que la décompression lombaire pratiquée par la Dresse X._____ en septembre 2011 avait libéré l'assurée des sciatalgies, mais n'avait pas apporté d'amélioration de la marche, qui se bloquait, avec menace de chute et trouble de l'équilibre. On notera à cet égard que la Dresse X._____ avait indiqué dans son rapport du 15 novembre 2011 que l'évolution ensuite de l'intervention lombaire n'avait été que « légèrement favorable » ; l'assurée présentait toujours des signes cliniques importants d'une myélopathie cervicale, des douleurs lombaires et cervicales, des légers troubles de la motricité fine des membres supérieurs, une marche insécure et des réflexes ostéotendineux hypervifs. Pour le Dr M._____, les cervico-brachialgies avec limitation de mouvements et, à moindre degré, les lombalgies, avaient augmenté de manière considérable. Au status neurologique du 22 mars 2015, il avait observé une raideur de la nuque, une hypertonie pyramidale des quatre membres avec une hyperréflexie ostéotendineuse.

A noter que des réflexes ostéo tendineux vifs, voire hypervifs, ont également été constatés par d'autres médecins, avant, mais également après la décompression du canal cervical étroit (cf. rapport des Drs L._____ et E._____ du 3 juillet 2012, rapport du SMR du 8 avril 2014, rapport du la Dresse H._____ du 4 mars 2014). L'examen du SMR a en outre mis en évidence de nombreux lâchages (que les examinateurs avaient qualifiés d'antalgiques, sans toutefois motiver leur appréciation), une oscillation au test de Romberg ainsi qu'une sensibilité vibratoire réduite aux deux poignets.

c) En définitive, compte tenu de la complexité de la situation telle que définie ci-dessus, l'appréciation et les conclusions du SMR s'agissant des atteintes neurologiques et de leurs effets sur la capacité de travail, outre le fait qu'elles n'émanent pas d'un spécialiste en neurologie, ne sont pas suffisamment complètes et motivées pour permettre au tribunal de se prononcer en toute connaissance de cause. Même si le

rapport produit par la recourante au stade de la procédure d'audition émane de son neurologue traitant, il n'en demeure pas moins qu'il provient d'un spécialiste et qu'il ne peut être simplement écarté du fait du lien qui existe entre le praticien et son patient. L'avis du Dr M. _____ suffit en tous les cas à jeter un doute sur la fiabilité et la validité des constatations médicales du SMR, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise s'impose.

d) La même conclusion s'impose s'agissant de la fibromyalgie retenue par les médecins du SMR. Les éléments figurant au dossier ne permettent pas une appréciation concluante du cas d'espèce à l'aune des indicateurs déterminants selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. Tout d'abord, à l'instar du service juridique de l'OAI, on peut s'interroger sur le fait de savoir si le diagnostic a été posé dans les règles de l'art, comme l'exige la Haute Cour. Le Dr B. _____ s'est en effet limité à constater la présence de 17 sur 18 points douloureux spécifiques de la fibromyalgie, sans fonder plus avant le diagnostic. Le rapport du SMR ne renseigne pas sur son degré de gravité inhérent, en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En outre, en présence d'une situation somatique non clairement définie, et qui nécessite d'être instruite plus avant (cf. consid. 5a supra), il n'est à ce stade pas possible de procéder à une approche globale des interactions et autres liens entre la fibromyalgie et tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie, comme le Tribunal fédéral l'exige dorénavant (ATF 141 V 281). Il apparaît ainsi également nécessaire de compléter l'instruction du dossier s'agissant de la fibromyalgie et de ses répercussions sur la capacité de travail, étant relevé que dans un arrêt du 19 octobre 2016, le Tribunal fédéral a précisé qu'une exagération des symptômes par l'assuré ne doit pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé assurée. Cela ne doit être possible que si, dans le cas concret, il découle de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédomine de manière significative, et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Il faut en outre que l'exagération ne soit pas la conséquence d'un diagnostic psychiatrique indépendant (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016). On relèvera à cet égard que les

médecins du SMR ont retenu le diagnostic de majoration de douleurs physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

e) Au final, il appert que le rapport du 2 juin 2014 du SMR ne permet pas d'apprécier valablement les atteintes à la santé de la recourante dans leur globalité, et leur répercussion sur sa capacité de travail et de gain. Ledit rapport reste trop peu détaillé, singulièrement s'agissant des atteintes neurologiques et de la fibromyalgie, l'analyse opérée par les médecins sur ces plans étant restée particulièrement succincte. Ces éléments tendent à affaiblir considérablement sa valeur probante. La Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations de l'assurée en toute connaissance de cause.

Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend en effet jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/201 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, contenant au moins des volets neurologique, rhumatologique et psychiatrique, demeurant réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité jugée opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité

6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la

charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 200 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui, si elle n'est désormais plus assistée d'un avocat, l'a été durant toute la procédure, et qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'intimé.

**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 1^{er} mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à F._____.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- F. _____,
- 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 :