

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Thalmann et Pasche, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par **S.**_____, à [...],

et

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

Art. 44 LPGA ; art. 82 LPA-VD

En fait et en droit :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 5 mai 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ouvrière de production ainsi que femme de ménage, et faisant état d'une hernie discale,

vu le rapport du 12 juin 2014 adressé à l'OAI établi par la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics de dorsolombalgies et sciatalgies gauches et attesté une incapacité de travail de 100 % du 16 janvier au 13 avril 2014, de 50 % du 14 au 16 avril 2014 et à nouveau de 100 % depuis le 17 avril 2014,

vu le rapport d'expertise du 11 août 2014 du Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, mandaté par l'assurance perte de gain maladie de l'employeur principal de l'assurée, E._____, dans lequel il a notamment exposé ce qui suit :

(...)

DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- CERVICO-BRACHIALGIES GAUCHES SUR :
TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS MODÉRÉS ÉTAGÉS, UNCARTHROSE BILATÉRALE
DYSFONCTION VERTÉBRALE C4-C5 ET C5-C6
SYNDROME CELLULO-PÉRIOSTO-MYALGIQUE VERTÉBRAL SEGMENTAIRE
- LOMBO-DORSO-SCIATALGIES GAUCHE
DISCOPATHIES ÉTAGÉES DE L3 À S1, AVEC
ARTHROSE INTERFACETTAIRE BILATÉRALE L4 À S1
STÉNOSE DÉGÉNÉRATIVE DES RÉCESSUS LATÉRAUX L5
SYNDROME CELLULO-PÉRIOSTO-MYALGIQUE VERTÉBRAL SEGMENTAIRE D12-L1
DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- TROUBLE DOULOUREUX CHRONIQUE AVEC ÉLÉMENTS DE NON ORGANICITÉ SELON WADDELL COMPATIBLE AVEC UNE FIBROMYALGIE SELON LES CRITÈRES **ACR 2012**.

APPRÉCIATION DU CAS

(...)

Pour conclure, l'ensemble des plaintes revendiquées par l'assurée, leur chronicité dans le temps et l'absence d'évolution favorable, malgré les différents traitements appliqués à ce jour ne peuvent être raisonnablement attribués aux atteintes ostéo-articulaires objectivées par les examens complémentaires et cliniques réalisés à ce jour. La divergence entre l'étendue des troubles indiqués et les résultats cliniques est vraisemblablement en relation avec un comportement anormal de la maladie.

Les atteintes biomécaniques objectivées par les différents examens paracliniques et cliniques réalisés à ce jour sont à l'origine de limitations fonctionnelles, interdisant des activités à forte charge physique et dans une moindre mesure, les activités à caractère répétitif, en charge physique légère à moyenne.

La symptomatologie algique chronique actuelle, en relation avec le déconditionnement musculaire global et les dysfonctions vertébrales, devrait répondre favorablement à un traitement intensif de reconditionnement musculaire, réentraînement à l'effort, proprioception de type pluridisciplinaire, avec une composante psychosomatique, comme le programme Ecole du dos du département de l'appareil locomoteur du R. _____ sur 3 semaines. Au terme d'une telle rééducation, l'assurée devrait théoriquement présenter une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, partiellement aménagée sous la forme d'avoir la possibilité d'effectuer des pauses toutes les deux heures pour effectuer des exercices de stretching musculaire.

Les limitations fonctionnelles

Activité à faible charge physique, à caractère semi-sédentaire de préférence, en évitant les mouvements en rotation du tronc et les mouvements répétitifs contre résistance prolongés.

Pas de port de charges supérieurs à 5 kilos de façon répétitive, pas d'activité en hauteur avec élévation au-delà de 90°, pas de position statique assise au-delà de 2 heures sans possibilité de varier la position assise/debout, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance prolongés.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100 %, (Après instauration d'un traitement spécialisé adapté)

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %, (Après instauration d'un traitement spécialisé adapté)

QUESTION SPÉCIFIQUES DE L'ASSUREUR :

(...)

4. Capacité de travail dans l'emploi actuel d'ouvrière de production à 100 % avec les éventuelles limitations fonctionnelles ?

Comme déjà mentionné précédemment, à la suite d'un traitement intensif de type école du dos, une reprise de son activité antérieure à 100 % devrait être possible pour autant que les limitations fonctionnelles retenues puissent être respectées.

5. Capacité de travail sur le marché de l'emploi avec éventuelles limitations fonctionnelles ?

Dans l'état actuel des choses 0 %, à la suite d'un traitement intensif de reconditionnement, réentraînement à l'effort, apprentissage et gestion de la douleur (école du dos), une pleine capacité de travail est possible sur le plan médico-théorique, pour autant que les limitations fonctionnelles, en relation avec les atteintes ostéo-articulaires objectives soient respectées.

(...),

vu l'avis du 6 octobre 2014 du Dr K._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), préconisant une expertise orthopédique afin d'évaluer la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle, ses limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée si l'activité habituelle ne serait plus exigible,

vu le rapport d'expertise du 20 février 2015 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mandaté par l'OAI, dans lequel il a notamment retenu ce qui suit :

(...)

A. Questions cliniques

(...)

4. Diagnostics

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail depuis quand sont-ils présents ?

Dégénérescence discale grade IV selon Pfirmann avec hernie discale de L4/L5 sans neurocompression.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail depuis quand sont-ils présents ?

Uncarthrose cervicale isolée sans neurcompression.

Remarque : Le diagnostic médico-asséculo-logique de fibromyalgie ne m'appartient pas.

5. Appréciation du cas et pronostic

(...)

De la situation actuelle

Les plaintes de l'assurée sont représentées par des douleurs lombaires associées à des douleurs des deux épaules.

L'examen clinique et paraclinique du rachis est rassurant. Il n'existe pas de syndrome radiculaire irritatif ni déficitaire, au niveau cervical comme lombaire. L'uncarthrose est modeste et sans retentissement foraminaux, sans lésion articulaire ou musculaire associée. La hernie discale lombaire, découverte d'imagerie, ne se traduit pas en clinique au plan neurologique. Il ne s'agit pas d'un diagnostic invalidant. Si le disque L4/L5 présente une déshydratation à l'imagerie, on ne constate pas de perte de hauteur discale ni d'anomalie zygapophysaire ni musculaire ni ligamentaire. A interligne facettaire bien visible et parfaitement plan, sans ostéophyte, sans condensation sous-chondrale ni éléments kystiques, sans hypertrophie du flavum, je ne retiens pas la notion d'arthrose zygapophysaire posée dans l'expertise. La manœuvre de Lasègue au plan du lit se traduit par l'apparition d'une douleur dès 45 ° à gauche. Cet angle est en totale contradiction avec l'absence de signe de Néri, la possibilité de s'asseoir à 90 ° avec les membres inférieurs en extension au plan du lit. L'amplification des plaintes est manifeste. On rappelle la positivité des signes comportementaux de Waddell, déjà retenus lors de l'expertise d'août 2014. L'examen des épaules ne met pas en évidence de lésions de la coiffe des rotateurs ni d'anomalie de la stabilité, à amplitudes articulaires normales. Aucun diagnostic invalidant n'est retenu au niveau des épaules.

Le diagnostic de fibromyalgie est retenu au sens médical. La conclusion asséurologique ne m'appartient pas.

L'énumération des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail

On retient comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail celui de dégénérescence discale grade IV selon Pfirmann avec hernie discale L4/L5 sans neurocompression.

Justification : Il convient de ne pas placer le rachis lombaire dans une situation biomécanique qui pourrait aggraver la lésion discale L4/L5.

Du pronostic

Le pronostic rachidien est bon en raison de l'absence actuelle de pathologie neurologique associée. De façon globale, la présence des signes comportementaux de Waddell et l'amplification manifeste des plaintes obère ce pronostic chez l'assurée.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- Au plan physique

On retient les limitations fonctionnelles du rachis lombosacré de classe 1, dont le détail est fourni en fin d'expertise.

Justification : Il convient de ne pas placer le rachis lombaire dans une situation biomécanique qui pourrait aggraver la lésion discale L4/L5.

- Au plan psychique et mental

Je ne suis pas compétent pour répondre à cette question.

- Au plan social

Les pathologies retenues n'entraînent pas de conséquence au plan social.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

La dernière activité lucrative de l'assurée est double :

1. Ouvrière en position assise à raison de 41 heures hebdomadaires, pour effectuer des marquages de pièces par tamponnage, travail répétitif des membres supérieurs. Le port de charge est léger et rare.
2. Femme de ménage à un taux de 25 % depuis le 01.12.2010.

Respectivement :

1. La pathologie retenue n'entraîne pas de conséquences.
2. La pathologie retenue peut entraîner des lombalgies lors des travaux lourds de nettoyage.

(...)

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (en heures par jour) ?

La dernière activité lucrative de l'assurée est double :

1. Ouvrière en position assise à raison de 41 heures hebdomadaires, pour effectuer des marquages de pièces par tamponnage, travail répétitif des membres supérieurs. Le port de charge est léger et rare.
2. Femme de ménage à un taux de 25 % depuis le 01.12.2010.

Respectivement :

1. Ce travail d'ouvrière au tamponnage est exigible.
2. Ce travail de femme de ménage est exigible.

2.4 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, dans les deux professions, une diminution de rendement n'est pas attendue.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Le dernier jour de travail effectif est le 15.01.2014.

La date de demande de prestations auprès de l'Office est en date du 24.04.2014.

Il convient de distinguer deux cas :

1^{er} CAS : Respect des limitations fonctionnelles énumérées au point B1 : Il n'existe pas d'incapacité de

travail de 20 % au moins du 15 .01.2014, date de dernier jour de travail, au jour de l'expertise.

2^{ème} CAS : Non-respect des limitations fonctionnelles énumérées au pont B1 : Il existe une incapacité de travail de 20 % au moins du 15.01.2014, date de dernier jour de travail, au jour de l'expertise.

Remarque : Je m'éloigne de la capacité de travail retenue par le médecin de famille. En effet, au jour de l'expertise, les tremblements des membres supérieurs et inférieurs ne sont pas retrouvés, il n'existe pas de sciatgie mais une amplification des symptômes.

(...),

vu l'avis du 17 mars 2015 du Dr M._____, médecin au SMR, se basant sur les rapports d'expertise des 11 août 2014 et 20 février 2015, respectivement des Drs F.____ et W._____, aux termes duquel ce médecin a retenu une capacité de travail nulle depuis le 15 janvier 2014 et une capacité de travail entière dans toute activité dès le 20 février 2015,

vu le rapport d'expertise psychiatrique du 20 mars 2015, mandatée par E._____, aux termes duquel la Dresse Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à une absence de symptomatologie psychiatrique avérée et n'a en conséquence posé aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail,

vu le projet de décision du 19 mai 2015, dans lequel l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mai 2015, puis de supprimer cette prestation dès le 1^{er} juin 2015, au motif qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 15 kg, pas de travail en position accroupie, éviter les mouvements extrêmes de flexion, extension ou torsion du rachis lombaire, pas de porte-à-faux, alterner les positions, pas de travail avec vibrations basse fréquence) depuis le 20 février 2015,

vu les objections formulées par l'assurée le 1^{er} juin 2015 et complétées le 17 juillet suivant, expliquant qu'elle était toujours en incapacité de travail de 100 %,

vu le courrier du 22 juin 2015 de la Dresse H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, au département de l'appareil locomoteur, Consultation de médecine physique et réhabilitation du R._____, (ci-après : R._____), adressé au conseil de l'assurée, retenant les mêmes diagnostics qu'elle présentait en 2014, sans pouvoir se prononcer de manière concrète sur l'évolution de son état de santé,

vu le rapport du 22 avril 2015 de la Dresse H._____, joint à son courrier du 22 juin 2015, dans lequel elle a indiqué que l'assurée avait séjourné du 16 mars au 2 avril 2015 dans le service de médecine physique et réhabilitation, et a posé les diagnostics principaux de cervico-brachialgies gauches sur troubles dégénératifs cervicaux et de lombalgies aspécifiques (avec sciatalgies diffuses au niveau du membre inférieur gauche avec composante L5, troubles statiques et dégénératifs rachidiens, discopathie modérée L3-L4, L4-L5 avec un prolapsus discal L3-L4 sans image de hernie discale, protrusion discale L4-L5 intra et extra-foraminale gauche à base large provoquant une sténose du trouble de conjugaison L4-L5 gauche, déconditionnement physique global et focal, syndrome d'hypermobilité articulaire bénin), ainsi que le diagnostic secondaire de syndrome anxio-dépressif,

vu l'avis du 7 août 2015 du Dr M._____ du SMR à la suite du courrier du 22 juin 2015 de la Dresse H._____, relevant qu'il s'agissait d'une question d'appréciation différente d'une même situation médicale, mais qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position,

vu la décision rendue le 19 janvier 2016 par l'OAI, confirmant son projet du 19 mai 2015,

vu le recours interjeté le 19 février 2016 par D._____ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, en faisant grief à l'OAI d'avoir pris en considération l'avis du Dr W._____, de ne pas avoir tenu compte du fait

qu'elle présente une symptomatologie douloureuse invalidante et qu'elle souffre de limitations fonctionnelles profondes attestées par la Dresse H._____,

vu le rapport du 3 avril 2016, produit par la recourante, dans lequel le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indique qu'il a opéré la recourante le 17 novembre 2015 dans les suites d'un hallux varus, développé au dépens d'une cure d'hallux valgus opérée en 2010, et que l'évolution à six mois est favorable,

vu la réponse du 2 mai 2016 de l'intimé, proposant le rejet du recours en renvoyant aux prises de position du SMR, tout en expliquant que l'appréciation du Dr W._____ satisfait aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, contrairement à l'avis de la Dresse H._____, qui tient compte du contexte dans lequel évolue la recourante,

vu la réplique du 13 juin 2016 de la recourante, persistant dans ses conclusions et expliquant qu'elle souffre d'importants troubles physiques lui interdisant la reprise d'une activité professionnelle, et ce de manière définitive,

vu le rapport du 19 février 2016, produit par la recourante, dans lequel la Dresse V._____ retient que le diagnostic le plus probable est celui de fibromyalgie, en sus des problèmes lombaires objectivés, et atteste une incapacité de travail de 100 %,

vu le rapport du 1^{er} juin 2016, également produit par la recourante, dans lequel le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, pose le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie et relève que, moyennant les limitations fonctionnelles de la

recourante, sa capacité de travail médico-théorique d'un point de vue rhumatologique seul est complète,

vu la duplique du 5 juillet 2016 de l'intimé, confirmant la teneur de ses lignes du 2 mai 2016 et joignant un avis du 28 juin 2016 du Dr M. _____ du SMR, lequel considère qu'aucun des rapports produits par la recourante n'apporte des éléments en faveur d'une aggravation de son état de santé, hormis la cure de hallux varus qui a justifié une incapacité de travail temporaire à partir du mois de novembre 2015,

vu l'écriture du 13 février 2017 de la recourante, produisant un rapport du 9 février 2017 du Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel il pose les diagnostics de syndrome somatoforme persistant (F45.4) ainsi que de troubles mixtes anxieux dépressif (F41.2), et relève qu'il n'est pas possible d'envisager une récupération de la capacité de travail, même à temps partiel,

vu la détermination du 7 mars 2017 de l'intimé, proposant derechef le rejet du recours et remettant en cause l'avis du Dr Z. _____ du 9 février 2017, dans la mesure où ce médecin n'a pas fourni une analyse circonstanciée de la situation permettant de douter des conclusions des experts mandatés par E. _____ quant à l'aptitude au travail de la recourante,

vu l'écriture du 10 mars 2017 de la recourante, produisant un rapport du 3 mars 2017 du Dr C. _____, spécialiste en anesthésiologie, dans lequel il retient que les symptômes décrits par la recourante sont compatibles avec un syndrome fibromyalgique et précise que les douleurs ainsi que les limitations physiques restent importantes,

vu la prise de position du 30 mars 2017 de l'intimé sur ce rapport, préavisant pour le rejet du recours, dès lors que le syndrome douloureux évoqué par le Dr C. _____ dans son écrit du 3 mars 2017 a déjà été pris en compte et n'est pas considéré comme incapacitant, en

raison notamment de l'absence d'atteinte psychiatrique significative et de l'exagération des plaintes,

vu l'écriture du 16 mai 2016 de la recourante, joignant un rapport du 20 avril 2017 du Dr Z._____, aux termes duquel ce médecin précise que la recourante présente un état invalidant de fibromyalgie et que l'impotence fonctionnelle résultant des douleurs somatiques la limite dans toutes les activités privées ainsi que professionnelles,

vu le rapport du 21 juin 2016 du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, transmis par la recourante le 8 juin 2017, dans lequel ce médecin pose les diagnostics de fibromyalgie selon les critères ACR (American college of rheumatology) et de cervico-dorso-lombalgies chroniques aspécifiques en l'absence de syndrome radiculaire tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs,

vu la production le 8 juin 2017 par la recourante d'un rapport du 16 février 2017 du Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, aux termes duquel ce médecin retient le diagnostic de fibromyalgie selon les derniers critères ACR et explique que la recourante présente un tableau de douleurs musculo-squelettiques chroniques idiopathiques compatibles avec le diagnostic de fibromyalgie, le tout évoluant dans un contexte anxio-dépressif,

vu l'écriture du 20 juin 2017 de l'intimé, joignant un avis du 7 juin 2017 du Dr L._____, médecin au SMR, lequel explique que la décision de l'intimé du 19 janvier 2016 a été prise en l'absence d'une instruction médicale complète, et indiquant qu'en conséquence un complément d'instruction dans la cause se justifie,

vu les pièces au dossier ;

attendu que, déposé en temps utile, le recours est recevable en la forme (art. 60 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

que 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,

que 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD),

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

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

que, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur - en l'espèce l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

qu'en l'occurrence, il ressort des rapports des médecins consultés par la recourante, notamment ceux des Drs X._____ (cf.

rapport du 21 juin 2016) et T._____ (cf. rapport du 16 février 2017), qu'elle présente une fibromyalgie,

que le Dr L._____ du SMR explique dans son avis du 7 juin 2017 que l'instruction du dossier de la recourante aurait dû se poursuivre,

que l'intimé s'est rallié à cet avis,

qu'il existe donc désormais un consensus sur le fait que la recourante présente une fibromyalgie,

qu'il s'agit d'une symptomatologie qui peut être assimilée à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (cf. ATF 132 V 65 et TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013),

qu'en l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant de l'atteinte à la santé présentée par la recourante puisse être examiné au regard des nouveaux principes applicables en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281),

qu'il convient de diligenter des mesures d'instructions supplémentaires et de rendre ensuite une nouvelle décision ;

attendu que, selon 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 (art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence citée),

que tel est le cas en l'espèce,

qu'il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'office intimé pour une mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, à savoir rhumatologique et psychiatrique (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.3.),

que le recours se révèle ainsi manifestement bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète sur le plan médical,

que la décision rendue le 19 janvier 2016 doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical conformément à l'art. 44 LPGA ;

attendu que la recourante, représentée par S._____, obtient gain de cause, de sorte qu'elle peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

qu'au vu de la nature et de la complexité de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 1'500 fr. (art. 55 al. 2 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]),

qu'au surplus, débouté, l'intimé supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 4 al. 2 TFJDA).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 19 janvier 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 à D._____ le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- S. _____ (pour D. _____), à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :