

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 août 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Férolles et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; art. 6 à 8 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 mars 2010, au motif qu'elle souffrait de douleurs dorsales et à la jambe droite ainsi que de dépression.

Au bénéfice d'une formation d'enseignante effectuée dans son pays d'origine, l'assurée a travaillé en Suisse comme aide-soignante et comme prostituée. Elle est sans activité lucrative depuis 2007.

En réponse aux questions de l'OAI, l'assurée a déclaré le 4 mai 2010 que sans son atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % et ce depuis septembre 2007.

Dans un rapport médical du 24 juin 2010, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait depuis environ 1998 des troubles mixtes de la personnalité immature, dépendante et émotionnellement labile de type borderline (F61.0). Il estimait qu'elle avait besoin de soins psychiatriques dans une structure étoffée en soutien social, qu'elle était en totale incapacité de travailler et que le pronostic était mauvais.

Le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse J._____, médecin assistante, de la [...], ont établi un rapport médical le 12 août 2010, dans lequel ils ont retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), un trouble dépressif récurrent, sans symptôme psychotique (F33.2), un syndrome de dépendance à l'alcool et autres substances, actuellement abstinente (F10.20), un trouble somatoforme douloureux, des troubles de la mémoire non investigables actuellement compte tenu de la dépression, une pseudo-sciatalgie droite dans un contexte de déconditionnement lombaire

et troubles dégénératifs du rachis lombaire avec pincement discal L5-S1 et une possible périarthrite de la hanche droite. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une rhinite chronique perannuelle, une tuberculose latente probablement multi-résistante et un status post syphilis. L'assurée présentait toujours une thymie abaissée, liée à son syndrome dépressif, sans idées suicidaires, et ses problèmes psychiques la rendaient de plus en plus désocialisée. Les médecins estimaient que sa capacité de travail était nulle en raison de ses troubles psychiatriques et précisaient qu'elle recevait de l'aide pour gérer ses problèmes financiers, l'éducation de sa fille cadette ainsi que sa vie personnelle, même dans les aspects les plus simples de la vie quotidienne.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), un examen bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, a été réalisé les 13 décembre 2010 et 15 mars 2011 par les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport d'examen du 13 mai 2011, ils ont retenu comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), un trouble panique sévère (F41.01), une périarthrite de la hanche droite sur discrète coxarthrose bilatérale (M77.9), un syndrome rotulien droit (M22.2), des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et de troubles dégénératifs (M54). Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné une personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31). Ils ont conclu que l'assurée présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'aide-soignante depuis juin 2007, que sa capacité de travail dans une activité adaptée était totale à partir de juin 2007 sur le plan somatique, qu'elle était nulle dès l'automne 2008 sur le plan psychiatrique, et qu'elle serait de 50 % après la réussite de mesures de réinsertion. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

« Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids

excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

MI [membres inférieurs] : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de position debout de plus de 1h, pas de marche supérieure à une ½ h.

Au plan psychiatrique : humeur dépressive, perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, troubles cognitifs dus à la dépression, mauvaise image de soi, accompagnée d'un sentiment de désespoir. Présence d'idées de mort. »

L'appréciation psychiatrique du Dr U. _____ était la suivante :

« L'anamnèse psychiatrique permet de constater les critères correspondant à une personnalité émotionnellement labile de type borderline dès son adolescence. Toutefois, la personnalité émotionnellement labile n'a pas été à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail, comme le montre l'anamnèse professionnelle. En outre l'assurée décrit plusieurs épisodes dépressifs, dont deux dépressions post-partum, épisodes pour lesquels elle a reçu un traitement spécialisé. Ces épisodes rentrent dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité sévère à moyen. L'assurée décrit la présence d'attaque de panique une fois par jour, qui se déclenche vers midi et qui dure jusqu'à deux heures.

L'examen psychiatrique permet de constater une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne avec syndrome somatique, d'après la définition de la CIM 10. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas constatés.

En conclusion, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent et un trouble panique, à l'origine d'une atteinte à sa santé mentale, ayant des répercussions sur sa capacité de travail. »

Dans son avis médical du 27 mai 2011, le SMR a repris les conclusions de cet examen bi-disciplinaire.

L'assurée a débuté une mesure d'entraînement à l'endurance le 6 mars 2012. Celle-ci a dû être interrompue le 13 mars 2012, du fait que l'assurée ne voulait ou ne pouvait pas s'adapter au cadre et aux enjeux de la mesure.

Dans un avis médical du 30 mars 2012, le SMR a indiqué, après avoir pris contact avec le Dr U. _____, qu'il convenait d'admettre

une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis mars 2012.

Lors d'un entretien à l'OAI le 4 juillet 2012, l'assurée a déclaré que son état de santé s'était péjoré, que ses douleurs à la jambe droite avaient augmenté malgré une intervention chirurgicale, qu'elle continuait à souffrir d'angoisses et de dépression et qu'elle s'était remise à boire.

Dans son avis médical du 8 juillet 2013, le SMR a notamment relevé les éléments suivants :

« Plusieurs photos récentes (entre 2010 et 2013) publiées sur Facebook montrent l'assurée pratiquant diverses activités sportives (activités nautiques, raquettes à neige, randonnées, vélo), participant au carnaval, ainsi qu'une assurée active pour une association péruvienne. En juillet 2012, l'assurée a aussi publié une annonce pour des massages érotiques.

Afin d'éclaircir la situation, l'assurée a été convoquée à l'OAI pour un entretien, à plusieurs reprises. Elle ne s'est jamais présentée, ni excusée, malgré une sommation.

Par conséquent, en l'absence de renseignements médicaux de la part du médecin traitant, et compte tenu d'un manque de collaboration manifeste de l'assurée, il est difficile de se prononcer sur la CT [capacité de travail] exigible actuelle de l'assurée dans une activité adaptée. Toutefois, il apparaît que les activités déployées par l'assurée au cours de ces 3 dernières années et rendues publiques ne respectent pas les limitations fonctionnelles tant ostéo-articulaires que psychiatriques retenues par l'examen clinique SMR de mai 2011. »

Le 15 juillet 2013, l'OAI a envoyé à l'assurée un projet de décision rejetant sa demande de réadaptation et de rente en raison de son refus de collaborer.

Lors d'un entretien à l'OAI le 7 octobre 2013, l'assurée a exposé qu'elle avait séjourné une semaine dans l'établissement P. _____ du Centre L. _____ en 2012 en raison d'idées suicidaires. Concernant les photos et annonces figurant sur Internet, elle a indiqué qu'elle continuait à pratiquer différents sports, mais occasionnellement car cela lui provoquait des douleurs, et qu'elle avait publié les annonces érotiques pour le compte

d'une amie sans-papiers. Elle a entre autres transmis les pièces suivantes :

- Les résultats d'une IRM lombaire effectuée le 12 juillet 2012. Celle-ci avait mis en évidence une protrusion discale L5-S1 postéro-médiane et paramédiane bilatérale, sans évidence de compression radiculaire décelable, de multiples lésions sous-cutanées profondes lombaires postérieures évoquant a priori des kystes à contenu protéique ainsi que des discopathies L4-L5 et L5-S1.
- Un document médical du 6 janvier 2013, qui indiquait qu'elle avait été prise en charge par une structure hospitalière en raison d'un éthyisme aigu, qui l'avait conduite à un état confusionnel.
- Un rapport médical du 7 mars 2013 émanant des Drs T._____ et F._____, spécialistes en médecine interne générale, allergologie et immunologie clinique, selon lequel elle présentait une rhinosinusite chronique et un possible asthme perannuels d'origine inconnue et saisonniers sur hypersensibilité aux pollens, ainsi qu'une sensibilisation aux poils de chien.

Selon un rapport médical du 5 décembre 2013, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, a indiqué que l'assurée souffrait d'un asthme intermittent probable sur une infection tuberculeuse latente traitée. Elle devait éviter l'exposition aux allergènes.

Son médecin traitant, le Dr G._____, médecin praticien, a mentionné dans un rapport du 12 janvier 2014 qu'elle présentait un trouble dépressif récurrent, un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, un syndrome de dépendance à l'alcool, des rachialgies, une lombosciatalgie droite sur discopathies étagées et protrusion discale L5-S1 (status après plusieurs infiltrations), une bursite du grand trochanter droit avec tendinopathie des abducteurs de la hanche droite, une dyslipidémie traitée, des gastralgies (dyspepsie avec possible reflux gastro-œsophagien), une rhinosinusite chronique avec composante asthmatique sur hypersensibilité notamment aux graminées

et poils d'animaux, ainsi qu'un fibroadénome au sein gauche sans malignité. Il estimait qu'il n'y avait pas de remise au travail possible et renvoyait également aux avis des psychiatres.

Dans son avis médical du 30 janvier 2014, le SMR s'est référé aux rapports médicaux produits et a conclu ce qui suit :

« Au vu de ces éléments, l'atteinte pneumologique n'influence pas la CT de l'assurée. En revanche, il existe une problématique alcoolique bien présente, problématique dont il n'a guère été tenu compte lors de l'examen psychiatrique au SMR en 2011, l'assurée se déclarant abstinente depuis 2004. »

A la demande du SMR, l'OAI a requis des informations médicales sur la problématique alcoolique de l'assurée.

Les Dresses B._____, Y._____ et D._____, du Service d'alcoologie du L._____ ont exposé dans un rapport médical du 23 novembre 2012 que l'assurée avait séjourné une nouvelle fois à l'unité P._____ du 27 juin au 3 juillet 2012 après un premier séjour en 2004, qui avait permis une abstinence d'environ trois ans ; elle avait repris une consommation plus régulière depuis avril 2012 dans le contexte de difficultés relationnelles. Les diagnostics étaient un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, mais en milieu protégé (F10.21) avec trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1) et une bursite de la hanche droite. Les médecins concluaient que l'assurée présentait une dépendance à l'alcool de degré sévère, avec des répercussions sur les relations familiales et la présence de troubles du comportement lors des alcoolisations aiguës ; cette dépendance était également associée à une souffrance psychique.

Dans son avis médical du 17 juillet 2014, le SMR a noté ce qui suit :

« Par conséquent, il y a manifestement une aggravation de l'état psychique de l'assurée courant 2012, ayant motivé une hospitalisation pour sevrage à P._____. La problématique alcoolique, bien que connue et relevée lors de l'examen clinique SMR de 2011, semble toutefois jouer un rôle à nouveau prépondérant dans les difficultés que rencontre actuellement l'assurée, et notamment dans l'échec des mesures de réinsertion.

Au vu de cela, je propose une réévaluation de la situation psychique de cette assurée par une expertise psychiatrique. »

Cette expertise a été confiée au Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 13 novembre 2015, il a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome de dépendance alcoolique (F10.2), de trouble dépressif récurrent, état actuel en rémission partielle (F33.5), et, avec des répercussions sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité borderline (F60.31). Après avoir relevé que l'assurée mettait essentiellement en avant des plaintes somatiques et que la symptomatologie anxieuse et dépressive passait au deuxième plan, il a notamment indiqué ce qui suit :

« **Appréciation diagnostique**

Syndrome de dépendance alcoolique

[...] Dans le cas présent, l'assurée a fini par admettre que les abus avec l'alcool remontaient aux débuts de l'âge adulte. Elle admet des périodes d'alcoolisation massive et régulière, même si elle continue à dénier la sévérité de ce trouble. Elle admet les difficultés qu'elle a eues à se passer du produit. Au vu de la durée de l'abus, la tolérance est vraisemblablement établie. Les phénomènes de craving [besoin compulsif de répéter le comportement d'addiction après une période de sevrage] à certains moments de l'évolution sont vraisemblables. Même si ces dernières années il y aurait des périodes d'abstinence, la dépendance ne peut être qu'établie.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'on doit retenir un syndrome de dépendance alcoolique. Le trouble est aussi fréquemment mentionné au dossier.

On sait par ailleurs l'utilisation épisodique de cannabis et de cocaïne. On sait aussi la tendance à l'abus de benzodiazépines. En l'état, il n'y a pas d'arguments pour une rechute sur le plan de ces substances, au vu de ce que rapporte l'assurée, de ce qu'on retrouve au dossier et des résultats des examens de laboratoire du 28.10.2015.

Trouble dépressif récurrent

[...] Dans le cas présent, l'intéressée ne rapporte aujourd'hui que quelques symptômes dépressifs épars parmi lesquels on retient essentiellement la fatigue et la fatigabilité, la baisse de l'estime de soi, les troubles du sommeil et les difficultés à penser et à se concentrer.

Ce tableau symptomatologique n'atteint pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif, dans la mesure où il n'y a pas le minimum des deux symptômes cardinaux requis.

Le status est à l'avenant. Si l'intéressée peut s'émouvoir aux larmes à l'évocation de certains moments difficiles de son existence, elle n'est pas ordinairement triste. Elle n'est pas ralentie. Elle n'a pas la présentation d'une personne déprimée ou du moins significativement déprimée.

L'assurée a vraisemblablement présenté des épisodes dépressifs dans le passé et notamment dans le post-partum de sa cadette. De tels épisodes sont aussi retenus au dossier, en particulier lors d'une hospitalisation à [...]. Il est dès lors justifié d'admettre que la présentation actuelle correspond à une situation de rémission partielle d'un dernier épisode dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent.

Trouble personnalité borderline

[...] Au vu de l'histoire chaotique de l'intéressée, il ne fait aucun doute qu'on est face à une situation où l'on doit retenir les caractéristiques générales d'un trouble de personnalité. Une entité de ce chapitre est d'ailleurs fréquemment retenue au dossier.

La recherche d'un trouble spécifique de ce chapitre dirige vers le trouble personnalité borderline.

L'histoire de l'intéressée documente son besoin constant d'éviter les abandons réels ou imaginés. Ce trait de personnalité peut contribuer à expliquer qu'elle soit restée des années avec des compagnons qui la maltraitaient sans être à même de mettre fin à la relation.

L'instabilité marquée et persistante ne fait guère de doute au vu de ce qu'on sait du parcours de Mme Z._____. L'impulsivité s'est manifestée par les conduites addictives, de vraisemblables dépenses inconsidérées et dans ce que peut signifier la prostitution.

La répétition de scénarios suicidaires se dégage de l'histoire de l'intéressée et de ce dont on dispose au dossier.

La réactivité marquée de l'humeur est rapportée par l'assurée elle-même. Mme Z._____ est par ailleurs capable de colères intenses et inappropriées notamment lorsqu'elle est sous l'effet de l'alcool.

En l'état, on a le minimum des cinq items requis par le DSM-IV-TR pour retenir le trouble personnalité borderline.

Le dossier note occasionnellement un trouble mixte de la personnalité auquel le soussigné ne peut pas se rallier, en l'état actuel de l'évolution. Pour l'expert, qu'on retienne un trouble mixte ou borderline n'a guère d'importance pour l'appréciation assurantielle qui va suivre. On doit ici essentiellement admettre que Mme Z._____ souffre d'un sévère trouble de personnalité qui s'est manifesté dès les débuts de l'âge adulte et qui s'est probablement aggravé ces dernières années.

Autres pathologies psychiatriques

L'expert a recherché un trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions et compulsions, trouble état de stress post-traumatique). Il n'en a pas trouvé. Il n'y a rien pour un problème avec les substances psychoactives ou les conduites alimentaires. Il n'y a pas d'indices pour une atteinte cérébrale organique.

La question d'un trouble schizo-affectif peut rester ouverte, même si le soussigné doute que Mme Z. _____ présente de véritables hallucinations du registre psychotique. Ces hallucinations paraissent égosyntoniques. Elles ne préoccupent pas autrement l'intéressée. Elle n'en a pas parlé lors de la première consultation. Elle se montre par ailleurs très vague à ce sujet et, pour l'expert, il s'agirait enfin d'un symptôme "psychotique" isolé.

Pour le soussigné, il n'y a pas les critères d'un trouble schizo-affectif en ce moment. L'évolution permettra néanmoins de trancher.

Cohérence

Le soussigné considère que Mme Z. _____ offre un tableau clinique qui manque de cohérence.

En dehors de ce qui relève du trouble de personnalité, ses plaintes sont vagues et difficiles à systématiser. Elles peuvent varier d'un moment à l'autre de l'observation. Elles ne correspondent que partiellement à ce à quoi l'on s'attendrait pour un tableau clinique donné. L'intéressée n'est pas toujours authentique.

Il est par ailleurs difficile de savoir à ce à quoi correspond précisément la vie quotidienne de l'intéressée. Votre service de LFA [lutte contre la fraude à l'assurance] a mentionné des faits troublants que les explications de l'assurée ne clarifient pas dans leur intégralité. Il semble qu'il y ait un décalage entre la gravité des symptômes et des limitations que rapporte l'assurée et la réalité de sa vie de tous les jours. Il y [a] enfin des problèmes de collaboration et d'observance qui sont maintes fois rapportés au dossier.

Appréciation sur le plan de la médecine des assurances

[...] Pour l'expert, la problématique avec le cannabis, les benzodiazépines et la cocaïne peut être aujourd'hui négligée. Il y a beaucoup d'arguments pour admettre qu'il s'agit d'une consommation épisodique. Le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte pour l'appréciation globale du cas Z. _____. Ces consommations n'induisent probablement pas de limitations, en l'état actuel des informations à disposition.

Pour le reste, on peut affirmer, *en premier lieu*, qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé mentale qui serait indiscutablement causée par l'alcoolisme (ou la toxicomanie) de l'assurée et qui aurait valeur incapacitante en soi. Il n'y a pas de syndrome psycho-organique. On n'en a pas les critères cliniques. On ne retrouve rien en ce sens à l'examen neuropsychologique de débrouillage du 28.10.2015 dont le résultat a été rapporté plus haut.

Si une partie du tableau dépressif de l'assurée doit être imputée à l'alcoolisme, sa pathologie affective est aujourd'hui en rémission partielle, alors même qu'il n'y a pas d'antidépresseur dans le sérum de Mme Z._____. Cette pathologie ne saurait par conséquent déterminer une incapacité de travail per se.

Au vu de ce qui précède, l'expert ne retient pas d'atteinte à la santé mentale qui serait indiscutablement causée par l'alcoolisme de Mme Z._____ et qui aurait valeur incapacitante en soi.

En second lieu, on doit examiner ici la possibilité de troubles psychiatriques *incapacitants en soi* qui seraient un facteur causal plus ou moins déterminant de l'alcoolisme de l'assurée et de passer en revue les troubles psychiques constatés chez l'intéressée.

Mme Z._____ a présenté des épisodes dépressifs vraisemblablement transitoires. Ils sont le plus souvent qualifiés de moyens. Ils ne sont pas constamment retenus au dossier. Pour le soussigné, rien n'indique qu'ils aient duré des mois et qu'ils doivent être considérés comme incapacitants sur la durée. Ce que trace le dossier photographique figurant au dossier est un argument supplémentaire en ce sens.

L'intéressée relève par contre d'un trouble grave de personnalité, compte tenu de ce qu'on sait aujourd'hui de son parcours de vie. Ce trouble s'est vraisemblablement aggravé aujourd'hui dans le contexte d'une dégradation même mineure de l'état de santé somatique et de l'aspect physique de l'intéressée. Mme Z._____ n'a probablement pas toutes les ressources adaptatives nécessaires pour faire face à ces changements liés à l'âge.

Le trouble personnalité borderline peut être l'une des causes des comportements addictifs de l'intéressée et de son alcoolisme, en particulier. Le syndrome de dépendance de Mme Z._____ doit dès lors être considéré comme *secondaire*, dans le sens qu'a ce qualificatif dans les règles d'applications actuelles de la LAI.

En appliquant la Mini CIF-APP, qui tend à devenir une référence pour évaluer les ressources et [les] limitations en cas de troubles psychiques, l'expert retient les capacités et les incapacités ci-après.

Mme Z._____ a des difficultés à s'adapter aux changements. Elle manque de flexibilité. Ces limitations peuvent créer des difficultés dans une situation où elle doit retrouver du travail.

L'intéressée est capable d'apprécier une situation et prendre des décisions conséquentes. Elle peut néanmoins se montrer impulsive et irréfléchie en situation de stress.

Votre assurée n'a probablement pas de problèmes dans ses relations sociales en général. Elle peut par contre se montrer difficile dans une équipe au travail et dans les relations qu'elle a avec ses proches.

L'intéressée est par contre apte à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle dans laquelle elle ne serait pas sur-sollicitée. Elle a géré correctement le processus d'expertise.

Mme Z. _____ est aussi capable de planifier et de structurer les tâches qui lui sont confiées. Elle s'est rendue sans difficulté dans un laboratoire voisin. Elle a su utiliser le plan fourni et poser les questions qu'il fallait pour trouver son chemin.

Votre assurée est capable de s'affirmer et de s'affirmer correctement. Elle se montre endurante. Elle n'a manifesté aucun signe de fatigue au cours des deux consultations d'expertise, quelles que soient ses plaintes à ce sujet.

L'expertisée est apte à se déplacer. Elle a pu voyager seule avec son chien entre [...] et [...] pour la première consultation d'expertise sans rapporter de quelconques problèmes à ce sujet. Elle a probablement voyagé seule pour la deuxième. Elle a utilisé les transports publics. Elle a pu se rendre sans problème au laboratoire voisin du cabinet médical du soussigné.

Mme Z. _____ est enfin autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels.

Conclusions

En conclusion, Mme Z. _____ souffre essentiellement d'un trouble de personnalité borderline qui est le socle de l'histoire pleine d'histoires qui a pu être reconstituée au terme d'une évaluation difficile. Pour le soussigné, ce trouble a valeur incapacitante. Il s'écarte sur ce point de l'évaluation psychiatrique du SMR Suisse romande.

Le trouble dépressif n'est certainement pas au premier plan. La présentation actuelle est celle d'un épisode en rémission partielle. Ce qu'on trouve au dossier et ce que rapporte l'intéressée font réfuter un épisode dépressif significatif sur la durée.

La problématique avec les substances psychoactives et l'alcool en particulier doit enfin être qualifiée ici de *secondaire*, pour des motifs qui ont été exposés plus haut.

En l'état, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique de 30 %. Celle-ci remonte vraisemblablement à plusieurs années. Elle pourrait remonter à 2007 qui est l'année à partir de laquelle Mme Z. _____ affirme qu'elle n'aurait plus eu d'activité lucrative, prostitution y compris. Ce 30 % pourrait être resté globalement constant depuis lors même s'il y a eu des hauts et des bas. Il pourrait être fixé pour une longue durée.

Mme Z. _____ conserve des ressources conséquentes. Elles ont été mentionnées plus haut. Sur le seul plan psychiatrique, l'intéressée est apte à travailler à 70 % d'un 100 % dans des activités qui seraient adaptées à ses éventuelles limitations physiques.

Dans la mesure où elle y aurait droit, Mme Z. _____ pourrait bénéficier de mesures professionnelles. Pour l'expert, elles devraient être conditionnées à un traitement psychiatrique bien conduit et à l'abstinence qui paraît raisonnablement exigible ici. Il devrait y être mis un terme si l'intéressée ne se montrait pas coopérante, sachant ce qui a été constaté de son comportement lors des mesures d'intervention précoce.

Le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité, puisque Mme Z. _____ a, pour le surplus, choisi comme médecin traitant une consœur psychiatre spécialisée en alcoologie. Le soussigné n'a dès lors rien à proposer de plus dans ce cas. La question de l'observance du traitement médicamenteux doit être considérée par le médecin psychiatre traitant.

Le pronostic à long terme est réservé sachant que Mme Z. _____ souffre essentiellement d'un grave trouble de personnalité et que ce type de pathologie psychiatrique est difficile à soigner. »

Dans son avis médical du 2 décembre 2015, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Dans son rapport final du 17 décembre 2015, le Service de réadaptation de l'OAI a noté que l'assurée avait démontré peu de ressources pour se projeter dans un avenir professionnel par le biais de mesures de réadaptation, qu'il n'y avait vraisemblablement pas de mesure simple et adéquate pouvant réduire le préjudice économique et qu'elle pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger.

Le 20 janvier 2016, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité.

L'assurée a présenté ses objections le 21 mars 2016 par l'intermédiaire de sa mandataire. Elle a relevé la contradiction entre l'expertise du Dr K. _____, qui retenait une capacité de travail de 70 % depuis 2007, et l'examen bi-disciplinaire du SMR, qui avait abouti à lui reconnaître une capacité de travail de 0 % depuis l'automne 2008 et de 50 % depuis 2012. L'assurée a fait valoir que les explications de sa psychiatre traitant, la Dresse N. _____, dont elle a joint un rapport médical, rejoignaient celles du Dr U. _____ dans son expertise SMR du 13 mai 2011 et son avis médical du 30 mars 2012. Elle a allégué qu'elle

n'était pas capable de gérer ses affaires courantes, comme le démontrait le suivi de son dossier à l'OAI, que les photos de ses activités sportives mises sur Facebook dataient toutes de 2010 et a soutenu que ces dernières avaient influencé de manière importante l'issue du litige.

Selon le rapport médical établi le 1^{er} mars 2016 par la Dresse N._____, l'assurée souffrait d'un trouble schizo-affectif de type dépressif en plus d'un syndrome de dépendance à l'alcool, avec consommation contrôlée. La gravité des symptômes et surtout la déconnexion avec la réalité jouaient un rôle important sur sa capacité de travail, que la psychiatre évaluait à 30 % de façon intermittente, si sa santé physique le permettait. Dans le même rapport, la Dresse N._____ s'est également prononcée comme suit sur la capacité de travail de l'assurée : « Incapacité physique 100 %. Incapacité psychique 30 %- 100 % dépendant de son état et évolution ». La Dresse N._____ a mentionné que le Dr K._____ s'était prononcé sans connaître les symptômes psychotiques persistants, dont l'assurée n'avait pas pu lui parler, et que les maladies dont elle souffrait étaient plus graves que celles décrites dans l'expertise. Elle a indiqué que globalement sa patiente avait une incapacité de travail à 100 % depuis plusieurs années, mais qu'il lui était très difficile d'accepter les maladies.

Dans son avis médical du 21 avril 2016, le SMR a retenu ce qui suit :

« La Dresse N._____ conteste le diagnostic posé par le Dr K._____ ainsi que l'exigibilité retenue, estimant la situation psychique de l'assurée plus sévère que ce que l'expert décrit. Elle n'apporte néanmoins aucun élément objectif pour soutenir le diagnostic de trouble schizo-affectif ainsi que la sévérité de l'atteinte. Par ailleurs, elle sort de son champ de compétence en affirmant que l'assurée possède une IT [incapacité de travail] totale pour raisons somatiques. En revanche, le Dr K._____ fonde son appréciation sur une anamnèse et un examen clinique approfondis, des examens de laboratoire, l'ensemble du dossier à sa disposition, ainsi qu'un entretien téléphonique avec la Dresse N._____. Sur la base de ses constatations, il fait une analyse détaillée des diagnostics retenus, se référant notamment aux classifications internationales, et il discute également des points litigieux comme le diagnostic de trouble schizo-affectif. Il décrit ne pas avoir retrouvé de symptomatologie psychotique floride ; l'assurée confirme des hallucinations auditives sur lesquelles elle se montre vague et imprécise et qui ne paraissent pas être autrement gênantes. A l'examen clinique, il n'a pas d'arguments en faveur d'éléments

psychotiques : il décrit un cours de la pensée normal, des associations d'idées qui sont bonnes, l'absence d'indices pour un délire de même que l'absence de signes indirects d'hallucinations (voir p. 9 à 11 de l'expertise psychiatrique du 13.11.2015). Enfin, comme déjà observé dans le dossier, le Dr K._____ signale avoir rencontré des difficultés de collaboration lors de l'expertise et décrit un tableau clinique qui manque de cohérence relevant un décalage entre la gravité des symptômes et des limitations décrites par l'assurée et la réalité de sa vie de tous les jours. Au final, l'expert fonde son appréciation de l'exigibilité sur l'ensemble de ces observations.

Quant à la divergence d'appréciation entre les Drs U._____ et K._____, il y a lieu de constater que l'appréciation du Dr K._____ se fait plus de 4 ans après celle du Dr U._____, en présence d'éléments nouveaux, et notamment l'investigation d'une problématique alcoolique vraisemblablement sous-estimée en 2011.

Dès lors, ni la correspondance juridique du 21.03.2016, ni le rapport médical de la Dresse N._____ du 01.03.2016 n'amènent d'élément médical nouveau susceptible de remettre en question les conclusions de l'expertise psychiatrique du 13.11.2015. »

Par décision du 27 avril 2016, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée. Il a retenu qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail sur le plan somatique et d'une capacité résiduelle de travail de 70 % au niveau psychiatrique dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. L'OAI s'est référé aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour déterminer les revenus avec et sans invalidité de l'assurée. Il a appliqué un taux d'abattement de 10 % sur le salaire d'invalidité de l'assurée, qui s'élevait ainsi à 32'361 fr. 64 en 2008 pour un taux de travail de 70 %. En comparaison avec le revenu sans invalidité de 51'367 fr., l'assurée présentait un degré d'invalidité de 37 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dans une lettre explicative jointe à la décision, l'OAI s'est référé à l'avis médical du SMR du 21 avril 2016 et a contesté l'influence prépondérante des photos publiées sur Facebook en se prévalant de l'instruction médicale complète effectuée dans le dossier.

B. Par acte de sa mandataire du 2 juin 2016, Z._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, préliminairement, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et au constat qu'elle avait droit à une rente d'invalidité,

subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle a invoqué que l'explication de l'OAI selon laquelle quatre années s'étaient écoulées entre l'examen psychiatrique du SMR et l'expertise n'était guère pertinente puisque le SMR avait constaté que la situation de la recourante s'était péjorée entre deux, ce qui contredisait l'amélioration de sa capacité de travail retenue par le Dr K._____. Elle a fait valoir que la problématique alcoolique avait déjà été abordée par le Dr U._____, si bien que son examen avait pleine valeur probante, tout comme le rapport médical établi par la Dresse N._____. Elle a contesté pouvoir travailler à 70 %, notamment compte tenu de son comportement confus et déconnecté de la réalité, qui avait d'ailleurs pu être observé lors du suivi de réadaptation. Elle a critiqué le taux d'abattement appliqué, soutenant qu'il devait être d'au moins 15 % afin de tenir compte de son taux d'activité réduit, de sa nationalité étrangère et de son âge.

Dans sa réponse du 3 août 2016, l'OAI a préavisé le rejet du recours. Il a repris pour l'essentiel les arguments de sa décision et précisé que le Dr K._____ avait procédé à l'expertise sur la base d'un tableau général et complet de la situation de la recourante, notamment après investigation de la problématique alcoolique. L'OAI a considéré que les éléments communiqués par le service LFA démontraient les ressources que possédait la recourante. Il a relevé que son âge n'était pas susceptible d'influencer négativement le revenu qu'elle pourrait réaliser ni de justifier une approche particulière, qu'elle était au bénéfice d'un permis d'établissement qui l'autorisait à travailler en Suisse, qu'elle avait eu une intégration professionnelle réussie et qu'elle maîtrisait le français.

Par réplique du 17 novembre 2016, la recourante a réitéré qu'il n'était pas cohérent de donner pleine valeur probante à l'expertise du Dr K._____, qui contredisait l'avis médical du SMR du 17 juillet 2014. Elle estimait qu'une expertise psychiatrique était indispensable. Elle a fait valoir que les éléments tirés de Facebook n'étaient pas objectifs et a contesté avoir réussi son intégration professionnelle, rappelant qu'elle avait été mère au foyer, qu'elle avait été entretenue par les services sociaux en 2008 et 2009 et que l'activité indépendante qu'elle avait

exercée jusqu'en 2007 était de la prostitution, étant précisé qu'elle s'alcoolisait dans les cabarets pour rendre son activité supportable.

Dans sa duplique du 5 décembre 2016, l'OAI a reconnu qu'il n'était pas adéquat de parler d'intégration professionnelle réussie, mais a maintenu que la recourante n'était pas susceptible de rencontrer des difficultés à l'embauche, puisqu'elle était au bénéfice d'un permis d'établissement. Il a soutenu que les clichés postés sur Internet permettaient d'illustrer les ressources physiques et mentales que la recourante pourrait mettre à profit dans un contexte professionnel et que l'expert avait également dénoté chez la recourante des qualités compatibles avec l'exercice d'une profession. Il niait la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

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 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres

conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Le recours porte sur l'appréciation, en termes de capacité de travail, de l'état de santé psychique de la recourante, d'une part, et sur le taux d'abattement sur le salaire ESS, d'autre part.

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

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités ; voir également TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection « primaire », qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3).

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 réf. cit.).

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

c) 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) ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils 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 (TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 non publié dans l'ATF 135 V 254).

5. a) Dans la décision litigieuse, l'OAI se prévaut de l'expertise du Dr K._____ du 13 novembre 2015, lequel retient un trouble de la personnalité de type borderline avec capacité de travail résiduelle de 70 % depuis 2007 (année de l'abandon de toute activité professionnelle en raison de l'état de santé). Dans son recours, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise compte tenu de l'aggravation de son état de santé, reconnue par le SMR, depuis l'examen bi-disciplinaire des 13 décembre 2010 et 15 mars 2011 concluant à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et à une capacité de travail nulle depuis l'automne 2008 sur le plan psychique, puis de 50 % après mesures de réadaptation. Elle se prévaut par ailleurs des conclusions du rapport de la Dresse N._____ qui, selon elle, justifient la mise en place d'une nouvelle expertise.

b) Dans leurs rapports médicaux des 24 juin et 12 août 2010, le Dr M._____ et la Dresse J._____ ont estimé que l'assurée était en totale incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Le Dr M._____ précise cependant, dans son rapport relativement sommaire, qu'il n'a vu la recourante que deux fois au cours du mois de mars 2010 avant de l'adresser à la consultation de [...], en vue d'une prise en charge psychiatrique et d'un soutien social. On ne dispose d'aucun rapport médical de cette consultation spécialisée. Il est fort probable que la recourante n'ait pas consulté ce service, étant notamment précisé que la Dresse J._____, qui a suivi la recourante à la [...] dès le 1^{er} avril 2010, relève l'absence de suivi psychiatrique actuel. Dans son rapport médical,

la Dresse J._____ retient notamment comme diagnostics un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), un trouble dépressif récurrent, sans symptôme psychotique (F33.2), un trouble somatoforme douloureux et un syndrome de dépendance à l'alcool et autres substances, actuellement abstinente (F10.20). Il faut toutefois relever que la Dresse J._____ est médecin praticienne et non psychiatre. Or, l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre, s'appuyant de lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Il convient donc d'être réservé par rapport à son appréciation, ceci d'autant plus que les photos extraites du compte Facebook de l'assurée, qui remontent à l'époque de la consultation auprès de la Dresse J._____, sont révélatrices d'une vie sociale peu compatible avec un état dépressif incapacitant. De même, pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Dans le cadre de l'examen SMR, le Dr U._____ retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ainsi qu'un trouble panique sévère (F41.01), et comme diagnostic sans influence sur la capacité de travail une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Il faut néanmoins constater que son appréciation est particulièrement succincte (cf. p. 4 supra). On peut en particulier relever qu'il n'indique pas les éléments qui lui permettent de constater une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne avec syndrome somatique. Par ailleurs, alors qu'il pronostique dans le cadre de l'examen clinique SMR une future capacité de travail à 50 % après mesures de réadaptation, il postule, à la faveur d'un entretien téléphonique avec le médecin du SMR (avis du 30 mars 2012), une capacité de travail de 50 % dès mars 2012, sans aucune indication de motifs et ce alors que les mesures de réadaptation, lesquelles étaient

censées amener à cette capacité de travail, ont échoué. Ces éléments ne permettent guère de conférer une valeur probante à son appréciation.

Quant au diagnostic de trouble panique sévère que retient le Dr U._____, il résulte d'une simple allégation de la recourante lors de l'examen clinique SMR et n'a jamais été observé par d'autres médecins, en particulier par la Dresse N._____, le médecin généraliste traitant ou encore l'expert K._____. A cet égard, on peut également relever le manque de cohérence relevé par le Dr K._____ dans son rapport d'expertise, plus particulièrement le fait que les plaintes de la recourante sont vagues et difficiles à systématiser, qu'elles peuvent varier d'un moment à l'autre de l'observation et que l'intéressée n'est pas toujours authentique (cf. rapport d'expertise p. 17).

Bien que la Dresse J._____ ait recommandé une prise en charge psychiatrique de la recourante, il ressort des différentes pièces au dossier qu'à part l'hospitalisation à P._____ d'une semaine au début de l'été 2012 (cf. rapport médical du Service d'alcoologie du 23 novembre 2012), la recourante n'a pas eu de suivi spécialisé en psychiatrie jusqu'à sa première consultation auprès de la Dresse N._____ le 18 juillet 2014. Le Département de psychiatrie du L._____ a répondu à ce sujet à l'OAI le 10 mars 2014 qu'il n'y avait pas eu de consultation depuis 2012. Cela étant, l'absence de suivi spécialisé sur le plan psychiatrique du printemps 2010 jusqu'au 18 juillet 2014 tend à confirmer l'appréciation de l'expert K._____, à savoir que les épisodes dépressifs ne se sont pas inscrits dans la durée. A défaut, la recourante aurait probablement consulté un psychiatre. On peut admettre en effet qu'elle en avait les ressources, puisqu'elle a été en mesure de consulter d'autres spécialistes pour ses atteintes somatiques. De plus, la recourante ne présente pas une atteinte la rendant incapable de prendre conscience de la nécessité d'un suivi psychiatrique.

La recourante s'est par ailleurs vu régulièrement prescrire un antidépresseur, sous forme de Cipralex (cf. rapport d'examen du SMR du 13 mai 2011 p. 3, rapport médical du Dr G._____ du 12 janvier 2014).

Cependant, à la date de l'expertise du Dr K._____, l'examen de laboratoire demandé par l'expert révèle que ce médicament n'avait pas été pris alors même que la recourante était déjà suivie par la Dresse N._____. Ce résultat de laboratoire tend à étayer l'appréciation du Dr K._____ quant au caractère non incapacitant du trouble dépressif.

Dans son recours, l'assurée conteste l'appréciation du Dr K._____, au motif que la capacité de travail de 70 % qu'il retient est illogique au regard de l'aggravation de son état de santé intervenue depuis l'examen bi-disciplinaire du SMR. Dans son avis médical du 17 juillet 2014, le SMR évoque certes une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il le fait cependant consécutivement à l'annonce de l'hospitalisation à P._____ pour sevrage, de même qu'à l'état éthylique avancé (2,95 g/l) ayant conduit la recourante à une prise en charge hospitalière le 6 janvier 2013. Sur la base de ces éléments, il décide de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. On ne saurait cependant déduire de la position du SMR qu'il valide d'ores et déjà une aggravation de l'état de santé de la recourante. L'expertise se justifiait dans la mesure où à l'époque de l'examen clinique SMR, la recourante était abstinentes depuis 2004. La reprise d'une consommation excessive et régulière d'alcool était un fait nouveau susceptible de constituer une aggravation, justifiant une instruction complémentaire.

Dans son rapport d'expertise, le Dr K._____ explique pour quelles raisons il ne retient pas, au stade de son examen et non de manière définitive, un trouble schizo-affectif (p. 17 de l'expertise). De son côté, la Dresse N._____ n'objective pas le diagnostic de trouble schizo-affectif qu'elle pose. Elle parle simplement d'une gravité des symptômes et particulièrement d'une déconnexion avec la réalité, sans être plus explicite, par exemple en décrivant dits symptômes de même que les comportements présumés être déconnectés de la réalité. Elle indique en outre « qu'il manque l'information sur les symptômes psychotiques persistants dont sa patiente n'a pu parler à l'expert ». Or, il résulte du rapport d'expertise (p. 10 et 17) que la recourante a bel et bien parlé de ces symptômes à l'expert et qu'il en a tenu compte dans son

appréciation, indiquant que ceux-ci n'avaient pas été évoqués lors du premier entretien, que l'assurée était restée très vague à leur sujet et qu'ils ne la préoccupaient pas autrement. Finalement, dans sa réponse au questionnaire du conseil de la recourante, la Dresse N. _____ précise que l'anamnèse de l'expertise est complète. Le grief de manque d'exhaustivité tombe donc à faux.

Il faut en outre constater que l'expertise du Dr K. _____ répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra) et que l'expert explique notamment de manière motivée les raisons pour lesquelles il retient, respectivement exclut, les diagnostics. De son côté, comme l'a relevé l'OAI, la Dresse N. _____ sort de son domaine de compétence en se prononçant sur la capacité de travail physique de l'assurée et va, sans aucune explication, à l'encontre des conclusions de l'examen rhumatologique du SMR, lesquelles avaient été rendues sur la base d'un examen clinique détaillé et d'une appréciation motivée. Il faut de plus relever que les capacités de travail au niveau psychique indiquées par la Dresse N. _____ manquent de cohérence entre elles, puisqu'elle indique tout d'abord que la recourante pourrait travailler à 30 % de façon intermittente si sa santé physique le permet, puis elle mentionne une incapacité de travail psychique de 30 à 100 %, dépendant de son état et de son évolution.

S'agissant de la problématique liée à l'alcool, le Dr K. _____ a retenu qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé mentale qui serait indiscutablement causée par l'alcoolisme de la recourante et qui aurait valeur incapacitante en soi. Il estime que les épisodes dépressifs étaient vraisemblablement transitoires et qu'il n'y a pas lieu de les considérer comme incapacitants sur la durée. Selon lui, le trouble de personnalité, qui s'est vraisemblablement aggravé dans le contexte d'une dégradation même mineure de l'état de santé somatique et de l'aspect physique de l'intéressée, peut être l'une des causes des comportements addictifs de l'intéressée. Son syndrome de dépendance à l'alcool doit par conséquent être considéré comme secondaire au sens de la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 3b). Le Dr K. _____ s'est par ailleurs prononcé

de manière claire sur les incapacités de travail résultant des différentes atteintes à la santé psychique de la recourante.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, il se justifie de se référer, sur le plan psychique, aux conclusions du Dr K._____, à savoir que la recourante présente une capacité de travail à 70 % depuis 2007 et que ses limitations fonctionnelles consistent en une diminution des ressources d'adaptation au changement, un manque de flexibilité, un comportement impulsif et irréfléchi en situation de stress ainsi qu'en des difficultés relationnelles dans une équipe de travail.

c) Au vu de ce qui précède, il faut par ailleurs constater que la cause a été suffisamment instruite d'un point de vue médical. La demande d'expertise psychiatrique doit dès lors être rejetée. En effet, le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 134 I 140 consid. 5.2).

d) Finalement, sur le plan somatique, la recourante ne conteste pas les conclusions du Dr Q._____ dans le cadre de l'examen SMR, à savoir qu'elle présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Celles-ci consistent en le fait de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, l'absence de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg et de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg ; le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'exposition à des vibrations sont contre-indiqués, de même que les genuflexions répétées et le franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers ; la marche est limitée à une demi-heure et ne doit pas se faire en terrain irrégulier.

6. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

b) En l'occurrence, l'OAI s'est référé aux données statistiques pour calculer les revenus avec et sans invalidité, ce qui n'est pas remis en question par la recourante. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux limitations physiques et psychiques de la recourante. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3).

L'OAI s'est basé sur les salaires statistiques de 2008. Contrairement à ce que l'office laisse entendre, l'année d'ouverture de l'éventuel droit à la rente n'est cependant pas 2008, mais 2010, puisque la demande de prestations AI a été déposée le 19 mars 2010 par l'assurée (cf. art. 29 LAI sur la naissance du droit à la rente). Le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétences 4) dans le secteur privé en 2010 était de 4'225 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1). Après adaptation de ce montant à la durée de travail hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures), on obtient un revenu annuel sans invalidité de 52'728 francs.

Pour le calcul du revenu d'invalidé, l'OAI a tenu compte de la capacité de travail de 70 % de la recourante et a procédé à un abattement de 10 %. Contrairement à ce que la recourante prétend, ce taux d'abattement n'est pas critiquable, puisqu'il tient compte de manière adéquate de ses limitations fonctionnelles somatiques, décrites plus haut (consid. 5d). Quant à ses limitations psychiques, elles n'ont pas à être prises en compte dans la mesure où elles justifient déjà la diminution de capacité de travail de 30 % (cf. rapport d'expertise p. 23). En effet, lorsque les facultés réduites de rendement ont été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, elles ne sauraient l'être une seconde fois dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalidé en tant

que réduction du salaire statistique (cf. par exemple, TF I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2).

Il ressort du dossier que l'assurée a suivi une formation d'enseignante dans son pays d'origine et exercé auprès d'enfants handicapés jusqu'à l'âge de 27-28 ans. Elle aurait également effectué une formation de secrétaire et étudié l'anglais pendant une année. En Suisse, elle s'est entre autres occupée d'enfants en situation de handicap et a travaillé comme aide-soignante dans un Centre médico-social (CMS) en Valais ainsi qu'à la [...]. Même si son état de santé ne lui permet pas de réintégrer un emploi d'aide-soignante, son parcours démontre sa capacité à s'adapter professionnellement. Elle maîtrise la langue française et il existe suffisamment d'emplois dans le domaine des activités simples et répétitives pour que ni son âge, ni la nécessité de se reconvertir ne constituent un handicap.

En ce qui concerne son âge, on peut également relever que la recourante avait 48 ans en 2010 (cf. ATF 138 V 457), élément qui ne saurait dès lors justifier un abattement supplémentaire sur son revenu d'invalidé. Par ailleurs, si la courbe des salaires a tendance à se stabiliser avec l'âge, ce facteur n'entraîne généralement pas une réduction de salaire (VSI 1999 p. 246 consid. 4c p. 251).

De par sa capacité de travail de 70 % médicalement reconnue, l'assurée sera amenée à occuper un poste à temps partiel. Le Tribunal fédéral a relevé à ce sujet que les employés à temps partiel ne gagnent pas nécessairement moins - proportionnellement - que ceux qui travaillent à plein temps, notamment dans des domaines dans lesquels il existe des niches à combler par des emplois à temps partiel, qui sont très demandés par les employeurs et rémunérés en conséquence. Par ailleurs, le salaire des femmes travaillant entre 50 et 89 % est, sur un plan général, proportionnellement plus élevé que pour un travail à temps complet (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc et les références ; TFA I 383/04 du 26 novembre 2004 consid. 4.2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle

2011, note 2136 p. 572). Il n'apparaît dès lors pas qu'un emploi à 70 % limiterait les perspectives salariales de la recourante.

Celle-ci estime qu'un abattement supplémentaire sur son revenu d'invalidé doit être effectué en raison de sa nationalité étrangère. Si une réduction peut en principe se justifier du fait que les étrangers gagnent, le cas échéant, moins que la moyenne de tous les travailleurs étrangers et suisses, une réduction généralisée fondée sur la seule nationalité est en revanche problématique étant donné que les salaires ressortant des statistiques sont arrêtés sur la base des revenus de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère, de sorte qu'une majoration devrait être effectuée sur les salaires des assurés suisses. Il est par ailleurs erroné d'affirmer que la totalité des étrangers gagne moins que l'ensemble des Suisses et des étrangers réunis étant donné qu'il peut exister des différences sensibles selon la catégorie des étrangers et le niveau des exigences, en particulier chez les titulaires d'une autorisation d'établissement (permis C) où le salaire moyen pour des tâches simples et répétitives peut être supérieur à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc et les références ; Valterio, op. cit., note 2137 p. 572). La recourante étant au bénéfice d'une autorisation d'établissement et ayant déjà travaillé plusieurs années en Suisse, il n'y a pas de raison d'estimer que sa nationalité influencerait négativement ses perspectives de gain.

Au vu de ce qui précède, il faut constater que le taux d'abattement de 10 % retenu par l'OAI tient compte de manière adéquate des circonstances propres à la recourante.

Il s'ensuit que son revenu d'invalidé se monte à 33'218 fr. 64 par année, de sorte que son taux d'invalidité est de 37 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé de la mettre au bénéfice d'une telle prestation.

7. a) Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :