

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 février 2016

Composition : M. NEU, président
M. Monod et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

V._____, à Dompierre, recourante, représentée par Me Sandrine Chiavazza, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1, 7 al. 1 et 6 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, au bénéfice d'un CFC de vendeuse, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 septembre 2009, invoquant des vertiges dus au stress. L'assurée ayant pu reprendre son activité professionnelle, en l'espèce démonstratrice dans une grande surface, dès le 14 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a notifié une décision de refus de prestations le 8 mars 2010.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 12 octobre 2011, invoquant une incapacité entière de travail dès le 2 mai 2011, date d'un malaise sur son lieu de travail ayant occasionné une hospitalisation. Elle travaillait alors à 50 %. Elle a précisé souffrir de discarthrose des vertèbres cervicales et d'antélisthésis et discopathie des vertèbres lombaires.

Interrogé par l'OAI, le Dr H._____, médecin praticien, traitant l'assurée depuis juin 2011, a rendu un rapport le 2 novembre 2011, retenant les diagnostics de troubles dépressifs récurrents F33.2, épisodes actuels sévères sans symptôme psychotique, et de « troubles liés à l'utilisation de OH, actuellement abstinente » F10.20. L'incapacité de travail était selon lui de 100 % depuis le 30 juin 2010.

Le Dr H._____ a adressé sa patiente au service de neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV). Le Dr J._____, chef de clinique, a notamment retenu, dans un rapport du 26 octobre 2011, que l'assurée présentait des cervicalgies et des lombalgies, d'origine dégénérative, de nature musculaire.

Dans un formulaire du 7 novembre 2011, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 80 % en tant que démonstratrice si elle était en bonne santé.

Le 15 novembre 2011, l'employeur de l'assurée lui a signifié son congé pour le 29 février 2012.

L'assurée a été revue au CHUV et le Dr J._____ a conclu, dans un rapport du 12 décembre 2011, ce qui suit :

« Il s'agit d'une patiente présentant des douleurs mal systématisées, panvertébrales, sans signe radiculaire irritatif. Le bilan radiologique démontre un listhésis de L4 sur L5 avec sclérose et fusion de ces deux vertèbres. Bien qu'une partie de la symptomatologie puisse éventuellement être liée à la sténose foraminale de L4 droite sur le listhésis connu, il est clair que les douleurs décrites par la patiente vont bien au-delà de cette trouvaille radiologique, s'agissant d'une symptomatologie algique mal systématisée et d'impact psychologique majeur.

Nous avons discuté avec la patiente, en lui explicitant notre point de vue. Nous ne pensons pas à ce jour qu'une chirurgie soit indiquée. Il ne subsiste en effet aucun critère d'instabilité en L4/L5 et la patiente ne présente pas clairement de radiculopathie irritative. Elle n'a par ailleurs pas épuisé les ressources de traitement conservateur.

Nous adressons la patiente au Service d'Antalgie du CHUV (avec prière de convoquer Mme V._____), dans le but de pondérer l'indication à un traitement combiné. »

Interrogé par l'OAI, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, traitant l'assurée depuis 2000, a rendu un rapport le 25 avril 2012, retenant les diagnostics suivants : spondylarthrose sévère cervico-lombaire existant depuis environ 15 ans, syndrome anxieux, attaques de panique existant depuis environ 15 ans également, « anticoagulée/embolie pulmonaire (1996) », tabagisme chronique, rhume des foins, varices et maladie de Raynaud. La patiente présentait une incapacité totale de travail depuis le 30 juin 2011.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage en juin 2012, à l'issue de laquelle il a retenu pour l'assurée un statut de 80 % active et 20 % ménagère.

Consulté pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a rendu un rapport le 22 juin 2012, dont la teneur est la suivante :

« [...] L'employeur rapporte des heures de travail payées jusqu'en mai 2011 alors que le Dr H. _____ médecin de famille atteste une IT [incapacité de travail] à 100 % dès le 30 juin 2010 au motif d'une dépression dans un contexte de pratique alcoolique. L'assurée est aussi connue pour des troubles dégénératifs du rachis cervical sans signe de compression nerveuse, ni troubles radiculaires moteurs ou sensitifs à l'examen clinique.

Le Dr K. _____ a expertisé l'assurée à la demande de l'APG [assurance perte de gain] le 30 août 2011 [réd. : rapport en allemand]. En page 7 de son rapport il ne retient aucune maladie psychiatrique comme influençant la capacité de travail. Il estime que les problèmes secondaires à la pratique alcoolique existant depuis des années ne sont pas à la charge de l'assurance. En [l']absence de comorbidités psychiatriques préexistantes, il s'agit donc d'un problème d'alcool primaire au sens de la LAI.

Les troubles dégénératifs du rachis cervical justifient une limitation de port de charge à 5-7 kg et l'évitement des positions de travail mettant le rachis cervical (le cou) en hyperextension ou nécessitant des changements brutaux de position du cou.

Dans une activité de vendeuse-démonstratrice respectant ces limitations la CT [capacité de travail] est de 100 % depuis toujours. »

C. _____, assurance perte de gain de l'ancien employeur de l'assurée, a transmis à l'OAI un rapport du 18 juin 2012 du Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, lequel retenait que les affections psychiques et physiques dont souffrait sa patiente rendaient le travail exercé jusqu'à présent impossible depuis le 2 mai 2011. L'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise du travail.

C. _____ a mandaté la Dresse T. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, pour la mise en œuvre d'une expertise. Elle a rendu son rapport le 21 août 2012, sur la base du dossier de l'assurée, d'un entretien téléphonique avec le Dr H. _____, ainsi que de l'examen de l'assurée. On extrait dudit rapport ce qui suit :

« Diagnostics

- Cervicalgies, cervico-brachialgies bilatérales non déficitaires, sur troubles statiques et importants troubles dégénératifs cervicaux.

- Lombalgies, lombo-sciatalgies bilatérales non déficitaires, sur troubles statiques et importants troubles dégénératifs, anté-listhésis de L4 sur L5 sur spondylolyse bilatérale. Dysbalance musculaire.
- Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs.
- Syndrome de Raynaud anamnestique des doigts des mains des deux côtés.
- Hémisyndrome douloureux gauche d'étiologie indéterminée.

Discussion

Madame V. _____, âgée de 53 ans, qui travaillait à 50 % comme démonstratrice d'appareils électro-ménagers est en arrêt de travail depuis le 02.05.2011 en raison, sur le plan rhumatologique, de cervico-brachialgies bilatérales gauches>droite, de lombo-sciatalgies bilatérales gauches>droites et d'un hémisyndrome algique gauche. Cette symptomatologie, préexistante de longue date aux dires de Madame V. _____, s'est aggravée depuis un malaise survenu début 2011. Madame V. _____ relève d'ailleurs que son handicap physique majeur réside en la présence de nausées, de vertiges et de sensation de déséquilibre outre son hémisyndrome douloureux gauche.

Les cervicalgies et les lombalgies peuvent être référées à des troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire, en l'absence d'élément anamnestique, clinique, biologique ou radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire/immunologique.

Le status rachidien actuel objective des troubles statiques rachidiens modérés, une mobilité rachidienne cervicale et lombaire conservée et indolore, une contracture para-cervicale gauche très modérée, l'absence de contracture musculaire para vertébrale dorsolombaire. Sur la base des images radiologiques, on peut admettre des décompensations rachidiennes algiques survenant dans le cadre de la profession exercée par Madame V. _____, laquelle nécessite de longues stations debout, des mouvements itératifs contraignants pour le rachis et le port itératif de charges. Une certaine discordance nous apparaît cependant entre l'importance des plaintes rapportées par Madame V. _____ et l'examen clinique. La présence de 4/5 signes de non organicité de Waddell évoque une composante psychogène à la symptomatologie algique. Par ailleurs, l'hémisyndrome algique gauche rapporté par Madame V. _____ n'a pas de substrat organique ostéo-articulaire, est probablement d'origine fonctionnelle en l'absence de signes neurologiques.

Les critères pour retenir une fibromyalgie ne sont pas remplis (anamnèse non typique, 11/18 trigger points seulement très discrètement douloureux).

Au vu de ce qui précède, sur le plan rhumatologique, nous estimons que Madame V. _____ serait cependant apte à travailler à 50 % dans son activité de démonstratrice d'appareils électro-ménagers, à condition que cette activité se déroule effectivement sur des demi-journées et non sur des journées complètes suivies ensuite de jours de "compensation". Dans une activité adaptée, Madame V. _____ est apte à travailler à 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 10 % en raison de la nécessité d'observer de très courtes pauses afin de pouvoir procéder à des étirements et des mobilisations de la colonne cervicale et lombaire. »

L'experte a notamment précisé ce qui suit :

« Limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée : pas de position prolongée ou de mouvement itératifs contraignants pour le rachis cervical et/ou lombaire en flexion/rotation/extension, pas de position statique debout prolongée >30-45 minutes, pas de travail en position agenouillée ou impliquant des agenouillements/relèvements fréquents, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de travail avec des engins produisant des vibrations, pas de port itératif de charges >10-15 kg, pas de travail itératif les bras levés au-dessus de la tête, pas de travail dans un environnement froid et/ou humide et/ou impliquant de brusques changements de températures. »

Sur la base de cette expertise, le SMR, dans un avis du 6 novembre 2012, a retenu que l'activité habituelle n'était exigible qu'à 50 % si elle comportait effectivement des ports de charges réguliers et itératifs de plus de 5-7 kg. L'employabilité de l'assurée était compromise du fait de sa consommation d'alcool, considérée comme primaire et ainsi non du ressort de l'assurance-invalidité.

C. L'OAI a rendu un projet de décision le 6 décembre 2012 dans le sens d'un refus de rente. Il a exposé que selon l'enquête effectuée au domicile de l'assurée, ses empêchements étaient estimés à 35.9 % dans la part ménagère, de 20 %. La capacité de travail était considérée comme entière dans une activité adaptée telle qu'ouvrière dans la production alimentaire, opératrice dans le secteur de l'horlogerie, collaboratrice dans un call-center ou caissière. Le revenu avec invalidité retenu était celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à 80 %, réduit d'un abattement de 10 %. Le revenu sans invalidité correspondait à celui que l'assurée aurait obtenu en tant que démonstratrice. La comparaison de ces deux revenus révélait une perte de gain de 5'219 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 11.85 % pour la part active. Le degré total d'invalidité était estimé à 17 %, ce qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée de son droit à l'aide au placement.

L'assurée a contesté le projet de décision précité par lettre du 18 décembre 2012, annonçant un prochain rapport du Dr H._____. Ce dernier a adressé à l'OAI un courrier le 18 janvier 2013, affirmant que l'état de santé de sa patiente s'aggravait, ce que plusieurs médecins avaient attesté, mentionnant de nouveaux diagnostics. L'état de l'assurée était préoccupant et nécessitait une expertise.

Le SMR a rendu un avis médical le 1^{er} février 2013, considérant pour l'essentiel qu'une expertise avait déjà été réalisée par le Dr K._____. Le Dr H._____ n'apportait pas d'élément nouveau, ou ancien et qui n'aurait pas été pris en considération.

Le 4 mars 2013, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité, identique à son projet du 6 décembre 2012.

D. V._____ a recouru contre la décision précitée le 19 avril 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par l'intermédiaire de son mari, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise. Le mari de la recourante a soulevé que le rapport du Dr K._____ datait de plus de dix-huit mois et ne tenait pas compte de la situation actuelle de son épouse. La consommation d'alcool de cette dernière était secondaire. Elle suivait actuellement un traitement chez un psychiatre.

Par réponse du 28 mai 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant qu'une pleine valeur probante était à conférer au rapport du Dr K._____.

Représentée par un mandataire professionnel, la recourante a complété son recours par mémoire du 12 juillet 2013. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, sur le plan somatique au motif que l'intimé n'avait pas tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse T._____. Sur le plan psychiatrique au motif que l'expertise du Dr K._____ ne mentionnait pas les documents médicaux sur lesquels elle était fondée, et qu'elle était antérieure aux avis des

rhumatologues J._____ et T._____. La recourante a produit diverses pièces, dont un rapport du 4 juin 2013 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont on extrait ce qui suit :

« Diagnostic : F60.8 (personnalité prépsychotique)

Pronostic : mauvais

Discussion : Il s'agit d'une patiente qui a vécu un choc post-traumatique suite au fait que la ferme qu'elle possédait a dû être mise aux poursuites mais même avant cet échec je note que la patiente était fragile déjà après la naissance de son 1^{er} fils où elle décrit des choses bizarres et la présence de la télépathie. Lors de chaque entretien elle parle des effets secondaires de certains traitements médicamenteux que je lui ai prescrit (des antidépresseurs, des somnifères qu'elle prenait régulièrement mais qu'elle présente un gonflement au niveau de son visage et ceci que la moitié, des gonflements au niveau des bras, des mains et je n'ai personnellement jamais pu constater ce que la patiente dit). Par contre une fois instauré un neuroleptique à une petite dose (Seroquel 50 mg) l'état psychique de la patiente s'est tout d'abord amélioré, elle ne parlait plus de gonflements et dit que ce médicament lui convient bien, par contre après 3 semaines elle dit qu'elle a attrapé de nouveau le zona et qu'elle a à nouveau recommencé à gonfler. Donc je peux constater que Mme V._____ présente une personnalité prépsychotique, il s'agit d'un trouble grave de la personnalité et dans l'avenir il faut que la patiente continue la prise en charge psychiatrique, avoir une bonne relation thérapeutique et augmenter le neuroleptique de Seroquel.

En ce qui concerne ses capacités de travail, la patiente ne présente actuellement pas ses capacités de travail ni pour l'activité exercée, ni pour l'activité adaptée.

Malheureusement, je ne peux pas comprendre l'expertise que mon confrère a établi (Dr K._____) étant donné que c'est écrit en allemand (je suis francophone) par contre je vois qu'il a mis comme diagnostic attaque de panique et le diagnostic de F10.1 il s'agit d'un diagnostic : troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé. Ça ne veut pas dire que la consommation d'alcool dans le cas présent est primaire, dans la situation de Mme V._____ sûrement que cette consommation d'alcool (augmentation de la prise à partir de 2008) est secondaire car la consommation d'alcool était dans le but qu'elle diminue ses angoisses et qu'elle trouve le sommeil. A préciser que la patiente avait des difficultés avec le travail mais qu'elle doit gagner de l'argent pour sa famille (avec cette consommation d'alcool depuis 2008). Ensuite elle a vécu le décès de son père et de sa mère, sa consommation a continué. Je note que la patiente actuellement ne consomme plus d'alcool et je vous mets en annexe la confirmation (les résultats du laboratoire) qui atteste que la patiente ne consomme plus du tout d'alcool. Elle utilise uniquement l'alcool dans le ménage pour préparer les repas. »

L'intimé a déclaré maintenir sa position par duplique du 21 août 2013, sur la base d'un avis médical du SMR du 31 juillet 2013. La recourante a fait de même par écriture du 24 septembre 2013.

E. **a)** Au vu des pièces médicales au dossier, le juge instructeur de la Cour de céans a mandaté le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la mise en œuvre d'une expertise sur ce plan. L'expert a estimé nécessaire la réalisation d'une évaluation rhumatologique, laquelle a été faite par le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, qui a rendu son rapport le 14 mars 2014, sur la base du dossier de l'assurance, du dossier radiologique et d'un examen clinique. Le Dr Q._____ a retenu les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie L4-L5 sévère, scoliose sinistro-convexe lombaire, antérolsthésis L4/L5 stade I), de cervico-brachialgies récurrentes (discopathie multi-étagée), et de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (diminution du seuil de tolérance à la douleur). Il a par ailleurs notamment retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales sans signes méniscaux (minime méniscopathie interne gauche), d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, de status post dysfonction ATM droite en 2012, de status post facialgies du trijumeau gauche en 2009, de status post opération et pose d'une prothèse de l'oreille interne droite en 2009 et gauche en 1999, et de status post whiplash en 1992. On extrait ce qui suit de l'appréciation du cas :

« Concernant son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique, au vu des lésions rachidiennes pré-décrites, estimant que son activité de démonstratrice nécessitait des positions debout prolongées et des mouvements et des ports de charges en porte-à-faux, la capacité de travail peut être estimée à 50 % avec diminution de rendement de 50 %.

Dans une activité adaptée, en limitant les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier et les positions assise ou debout immobile, en lui permettant d'effectuer des alternances de positions, sa capacité de travail peut être estimée à 80 % avec diminution de rendement de 30 %.

Cette appréciation s'apparente partiellement à celle de la Dresse T._____. En effet, les lésions rachidiennes sont avancées, on note une concordance entre les plaintes et les découvertes radiologiques pré-décrites. Cependant, l'ampleur de la symptomatologie est probablement exacerbée par une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. »

Le Dr B._____ a ensuite remis son rapport le 26 mars 2014, sur la base d'un examen de l'expertisée les 23 et 27 janvier 2014, d'examen de laboratoire, d'un entretien téléphonique avec le Dr X._____, de l'expertise du Dr Q._____ et d'un entretien de synthèse avec ce dernier, ainsi que du dossier de la recourante. Le Dr B._____ a en définitive retenu les diagnostics de syndrome de dépendance alcoolique, actuellement abstinent (F10.20) ; de trouble phobie sociale (F40.1) ; de trouble panique avec agoraphobie (F40.1) ; de trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger, F33.0) ; et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). On extrait du rapport du Dr B._____ ce qui suit :

« Appréciation diagnostique

[...]

- *Syndrome de dépendance alcoolique*

[...]

Dans le cas présent, l'intéressée dit que l'abus d'alcool a débuté en 2008 dans le contexte de changements au travail. On ne trouve aussi rien au dossier qui démontrerait un abus d'alcool grave avant 2008. On n'en a pas davantage les séquelles physiques voire psychiatriques qui seraient attendues, le cas échéant.

En 2008, l'intéressée a été soumise [à] des exigences de rendement et elle ne bénéficiait plus des privilèges d'une activité dans des lieux bien connus d'elle. On peut admettre que cette modification des règles ait été fortement anxiogène pour une personne souffrant de troubles phobiques. L'intéressée dit avoir pris l'habitude de boire de grandes quantités de rosé le soir ce qui lui donnait des heures de sommeil "roborantes" pour le lendemain.

Progressivement, Mme V._____ rapporte l'installation d'une dépendance avec des phénomènes de sevrage au moins psychologique et de probables comportements de craving. Une tolérance au produit s'est installée. L'intéressée a eu des difficultés à réduire sa consommation d'alcool. Pour le soussigné, il y a eu les critères d'un syndrome de dépendance alcoolique, même si l'intéressée tend à dénier la gravité du problème.

Au vu de ce qui précède, il paraît justifié de retenir un *syndrome de dépendance alcoolique*. D'après les informations à disposition, les résultats du laboratoire et

ce que confirme le médecin psychiatre traitant, on peut admettre une rémission probablement complète de ce trouble au moins depuis le mois de mars 2013.

- *Troubles anxieux phobiques*
[...]

Dans le cas présent, les attaques de panique pourraient remonter à l'enfance. Elles étaient accompagnées de conduites d'évitement marquées aux situations d'exposition sociale. Ces conduites d'évitement ont posé des problèmes à l'école. Ce que rapporte l'intéressée à ce sujet est crédible et correspond à ce qu'on sait d'une telle pathologie anxieuse.

Les troubles anxieux de l'intéressée se sont apparemment aggravés depuis la fin des années 2000 dans le contexte de changements au travail. L'intéressée rapporte des attaques de panique typiques. Elles ont été décrites plus haut dans le texte de ce rapport médical. Ces attaques sont le plus souvent pauci symptomatiques. Elles surviennent à une fréquence de trois fois par semaine environ. Elles surviennent aussi sans cause déclenchante ou quand l'assurée est "énervée".

Dans le contexte de ses problèmes au travail depuis 2008, l'intéressée confirme des conduites d'évitement qui semblent s'être aggravées. Le fait qu'elle tende à rester confinée chez elle est d'ailleurs un facteur de renforcement d'un tel trouble. L'intéressée ne s'expose plus aux situations phobogènes, ce qui aggrave le comportement d'évitement.

Actuellement, Mme V. _____ dit qu'elle a perdu une grande partie de son autonomie. Elle ne sortirait que peu ou pas si elle n'est pas accompagnée. Elle doit aussi savoir qu'il y a quelqu'un de sûr qu'elle peut rapidement rejoindre, si elle est un moment seule en ville. Elle dit éviter les situations sociales, de foule et de confinement. Elle dit avoir renoncé à conduire.

Ce tableau clinique correspond à ce que désigne le *trouble phobie sociale et le trouble panique avec agoraphobie* dans la définition qui en est donnée dans les ouvrages diagnostiques de références.

- *Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen)*
[...]

Dans le cas présent, on retrouve les trois symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales et la perte d'intérêts et du plaisir, même s'ils ne sont pas extrêmement marqués.

Par ailleurs, l'intéressée rapporte des idées de mort récurrentes. Les autres items d'épisode dépressif ne peuvent pas être retenus.

Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'assurée. Mme V. _____ peut être authentiquement triste. Elle n'est pourtant pas ralentie. L'activité psychomotrice reste normale. La présentation générale est

celle d'une personne déprimée mais pas celle d'une personne sévèrement déprimée.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir un épisode dépressif. On doit le qualifier de *léger*, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 23.01.2014.

Même si le tableau dépressif de Mme V. _____ relève d'une composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée, du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être réfuté.

Sachant que la symptomatologie dépressive semble s'être imposée depuis cinq ans et qu'elle est vraisemblablement passée par de courtes phases de rémission, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir la *réurrence* et de la noter dans le libellé diagnostique.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuelles *caractéristiques psychotiques* associées à la symptomatologie dépressive, sachant ce qu'elles impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvées dans ce cas.

Pour l'expert, les croyances bizarres de l'intéressée sont relativement répandues et ne devraient pas être considérées comme des symptômes psychotiques florides. Elles peuvent être associées à des traits de personnalité schizotypiques, sans plus.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic de *trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger)* selon la terminologie de la CIM-10 ou de *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel léger)*, selon la terminologie du DSM-IV-TR.

- *Trouble somatoforme indifférencié*
[...]

Dans le cas présent, l'intéressée se plaint de douleurs, de symptômes gastro-intestinaux, d'un symptôme sexuel (libido diminuée) et de multiples symptômes psycho neurologiques qui n'ont pas de bases organiques qui permettraient de les expliquer entièrement. Tous ces symptômes somatoformes ont été cités dans le chapitre des plaintes de ce rapport médical.

L'intéressée ne se plaint par conséquent pas seulement de douleurs *somatoformes*. S'il y a trouble somatoforme, il ne s'agit pas du seul syndrome douloureux somatoforme persistant. Il y a ici d'autres symptômes sans base organique probante qui touchent plusieurs systèmes. Ils ne sont pourtant pas assez nombreux ni apparus avant l'âge de 30 ans, comme le requiert le diagnostic de trouble somatisation.

Il n'y a par ailleurs pas d'entité diagnostique qui exclurait le trouble somatoforme de Mme V._____, tel que le prévoit la lettre E du tableau 1 ci-dessus. Le trouble dépressif n'est pas assez typique et sévère pour exclure le trouble somatoforme.

Au terme de ce raisonnement diagnostique, on doit par conséquent retenir un *trouble somatoforme indifférencié*.

Le soussigné s'étonne que cette appréciation diagnostique n'ait pas d'ores et déjà été retenue au dossier, sachant que la présentation de Mme V._____ est plutôt typique.

Une explication à cette situation pourrait relever du fait que l'intéressée n'a jusqu'ici jamais été suivie par un médecin psychiatre et que l'expertise K._____ ne s'est probablement pas effectuée dans de bonnes conditions sachant que l'assurée dit qu'elle n'a pas voulu communiquer avec l'expert.

Il est aussi vrai que les entités diagnostiques du registre somatoforme ne pourraient être avancées qu'avec beaucoup de retenue, sachant le sort qui leur est dévolu en termes d'exigibilité de reprise de travail en regard des règles d'application actuelle de la LAI.

- *Autres pathologies psychiatriques*

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

Dans le cas présent, on peut retenir des traits de personnalité pathologiques. Ils relèvent de la dépendance. Il y a aussi des croyances ésotériques qui s'observent dans la personnalité schizotypique sans qu'on soit en droit, pour le soussigné, de poser un diagnostic de trouble de personnalité de ce registre.

L'assurée a assez bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là, en dehors du trouble phobie sociale et panique avec agoraphobie. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de la personnalité grave et incapacitant en soi.

Appréciation sur le plan de la médecine des assurances

[...]

- *Préambule*

En préambule, le soussigné peut d'ores et déjà faire remarquer que la pathologie dépressive de l'intéressée ne devrait pas être associée à des limitations psychiatriques et à une quelconque incapacité de travail.

Cette pathologie paraît être le plus souvent légère, même si des périodes où l'épisode dépressif a pu être moyen ne sont pas exclues. Elle n'est pas assez grave ni assez typique pour qu'elle doive être prise en compte per se et de façon séparée de ce que désigne déjà le trouble somatoforme indifférencié.

[...]

Quoi qu'il en soit, la dépendance alcoolique de l'intéressée se situe dans le contexte de troubles anxieux graves. Ces derniers étaient installés dès l'enfance et la phobie sociale avait déjà des caractéristiques de sévérité qui ont perturbé la scolarité.

Le trouble panique et la phobie sociale peuvent être considérés comme l'une des causes principales de l'alcoolisme de l'intéressée. Le soussigné leur confère par ailleurs des limitations psychiatriques et une incapacité de travail significative.

Contrairement à ce qui a été retenu au dossier jusqu'ici, l'expert soussigné considère que l'éthylisme de Mme V._____ doit dès lors être considéré comme *secondaire*, dans le sens qu'à ce qualificatif dans les règles actuelles d'application de la LAI.

[...]

- *Appréciation clinique globale*

[...]

Le trouble phobie sociale et le trouble panique avec agoraphobie sont aujourd'hui graves et sur les devants de la scène. Ils sont le *primum movens* des limitations et des incapacités de l'intéressée. Ils doivent être considérés à part de ce que désigne déjà le trouble somatoforme indifférencié en tant que possibles limitations psychiatriques.

- *Points nécessitant un examen particulier*

Dans un contexte de troubles somatoformes ou de troubles apparentés, le mandat d'expertise impose d'examiner un certain nombre de points particuliers.

[...]

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique à prendre en compte est celle du trouble phobie sociale et du trouble panique avec agoraphobie. Elle est suffisamment grave et chronique pour qu'elle doive être considérée à part et justifier une diminution de la capacité de travail en conséquence.

[...]

En accord avec les critères d'évaluation de la mini CIF-TAPP qui tendent à s'imposer comme une référence en la matière, on peut affirmer que l'intéressée aurait aujourd'hui de grandes difficultés d'adaptation au travail, qu'elle peinerait à s'affirmer adéquatement, qu'elle pourrait avoir des difficultés de contact avec ses collègues et avec la clientèle dans les situations nouvelles et imprévues et que ses déplacements seraient très problématiques.

Mme V. _____ serait par contre moins limitée pour organiser son travail, planifier ses tâches, prendre des décisions et mobiliser ses compétences professionnelles.

En cas de troubles somatoformes, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause).

[...]

Dans le cas présent, l'intéressée conserve un réseau social minimal. Elle dit qu'elle ne se sent pas isolée, même si son réseau social est quelque peu étriqué. Elle est capable de communiquer. Elle a de bons liens dans sa famille. On ne peut certainement pas considérer qu'elle ait perdu son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme ou de troubles apparentés, on constate que l'assurée ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier.

On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'intéressée durent maintenant depuis plus de cinq ans. On peut admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art d'une personne bénéficiant aujourd'hui des soins adéquats et qui se montre observante de son traitement, d'après les informations à disposition.

[...] on peut admettre que l'état de santé de l'intéressée va dans le sens d'une cristallisation et que le tableau clinique paraît tout de même irrémédiablement fixé sur le plan des plaintes somatoformes. Rien ne s'est modifié sur toutes ces dernières années.

Conclusion

[...]

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné est convaincu que l'intéressée n'est pas à même de faire l'effort de surmonter ses symptômes somatoformes et de réintégrer le monde ordinaire du travail à plein temps.

[...]

Au vu des informations à disposition, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique avant le 02.05.2011. Il admet une incapacité de travail psychiatrique moyenne de 50 % depuis le 02.05.2011. Ce 50 % pourrait être fixé pour une longue durée.

Le soussigné n'a pas de proposition d'activité adaptée aux troubles psychiques de Mme V. _____ telle qu'elle puisse permettre à l'intéressée de travailler au-delà de 50 %.

Dans une appréciation globale rhumatologique et psychiatrique, les deux experts retiennent :

- Une capacité de travail exigible de 50 % avec une diminution de rendement de 50 % (soit 25 % résiduelle) depuis le 02.05.2011 dans l'activité de vendeuse et de démonstratrice. Ces taux sont fixés pour une longue durée. L'assurée ne peut pas travailler à plus de 25 % en tant que vendeuse et démonstratrice.
- En tenant compte de l'incapacité de travail et de la diminution de rendement liée à la pathologie rhumatologique et en tenant compte de l'incapacité de travail psychiatrique, les deux experts considèrent que la capacité de travail globale exigible *dans une activité adaptée aux limitations physiques* est de 50 % depuis le 02.05.2011. Ce taux est resté globalement constant depuis lors et est également fixé pour une longue durée. L'assurée ne peut pas travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée.

En ce moment, le traitement psychiatrique est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer dans ce cas.

Sur le plan psychiatrique, des mesures professionnelles n'ont guère de sens, en l'état, puisque le soussigné n'a pas de proposition de profession adaptée à formuler sur le plan de sa spécialité. Une aide au placement serait envisageable si l'intéressée en formulait la demande et voulait collaborer de façon motivée à une telle mesure.

Le pronostic psychiatrique à long terme est réservé. Il est peu probable que Mme V. _____ aille vers une évolution favorable de ses troubles psychiques, au vu de leur durée et du contexte existentiel actuel (polymorbidité psychiatrique, longue période d'arrêt de travail, époux au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle, conviction que l'atteinte à sa santé est irrémédiable et définitive). »

b) La recourante s'est déterminée sur l'expertise précitée par écriture du 28 avril 2014, considérant qu'elle devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle a en revanche estimé que l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée devait, en référence aux possibilités existant sur le marché du travail, être totalement niée. Sa capacité de gain pouvait être arrêtée à 25 % dans une activité adaptée, ce qui justifiait un taux d'invalidité de 75 % et l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Les critères de Foerster devaient être considérés comme remplis, de sorte que la condition de l'exigibilité d'une reconversion professionnelle n'était pas remplie. Elle a finalement précisé ses

conclusions en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2012.

Après consultation du SMR, l'intimé a, par écriture du 29 avril 2014, déclaré qu'il tenait l'expertise pour probante et que ses conclusions pouvaient être suivies.

F. Par décision du 2 mai 2013, le juge instructeur a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 mai 2013, dans le sens d'une exonération d'avances de frais et de l'assistance d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, mandat qui a été transféré à Me Sandrine Chiavazza par décision du 26 janvier 2016. La recourante a par ailleurs été astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} juin 2013.

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 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente, au regard des atteintes à la santé dont elle souffre.

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

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois quarts d'une

rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). 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.

b) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'Al, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon cette jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le

caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster » ; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 139 V 547 consid. 9). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

Par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. La présomption selon laquelle ces syndromes pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible a été abandonnée. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, réputé directement applicable ; commenté par Thomas Gächter/Michael E. Meier, *Schmerzrechtsprechung 2.0*, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre circulaire du 7 juillet 2015 AI n° 334 de l'Office fédéral des assurances sociales).

b) Le Tribunal fédéral rappelle qu'en l'absence de preuve d'une incapacité de travail causée par une atteinte à la santé, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne peut être reconnu.

La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 cité consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. art. ATF 141 V 281 cité consid. 4.3 et les références).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 cité consid. 4.4 et les références).

5. a) En l'espèce, l'existence d'atteintes à la santé réduisant la capacité de travail de la recourante tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée n'est plus litigieuse. Les parties adhérant aux conclusions de l'expertise, elles s'accordent dès lors également sur les conséquences de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante. Reste litigieuse la question de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée.

L'expertise des Drs B. _____ et Q. _____, qui rend compte d'une anamnèse complète, du résultat d'examens fouillés et qui motive de manière détaillée tant les diagnostics retenus que les diagnostics écartés, remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et leurs conclusions médicales peuvent être suivies.

Comme le relève la recourante, le renvoi à une activité à 50 % qui serait adaptée aux limitations fonctionnelles pose toutefois le problème de l'exigibilité de cette activité, ceci dans le contexte particulier de troubles somatoformes.

Sous l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral, l'exigibilité d'un renvoi à une activité adaptée n'était admissible qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique importante, respectivement si les critères de Foerster (cf. supra consid. 4) n'étaient pas remplis. Or en l'espèce, la comorbidité psychiatrique est clairement donnée, et importante à dire d'expert, ce qui suffirait à exclure le renvoi à la réadaptation, laquelle n'a du reste pas de sens selon l'expert, qui réserve son pronostic au regard de l'évolution défavorable au vu de la durée et du contexte de la maladie et précise ne pas avoir de proposition de profession adaptée à formuler sur le plan de sa spécialité.

Il conviendrait donc de ne retenir de capacité résiduelle de travail que dans l'activité habituelle, soit celle de 25 % comme le retiennent les experts, ouvrant le droit à une rente entière.

b) Il n'en va pas autrement sous l'empire de la nouvelle jurisprudence précitée applicable sur le plan du droit intertemporel, et dont les indicateurs déterminants doivent être examinés (ATF 141 V 281 consid. 8). En effet, s'agissant tout d'abord de l'état de santé, comme indiqué plus haut, il a été dûment examiné par des médecins, experts judiciaires de surcroît et les diagnostics ont été posés dans le respect des normes de classification.

S'agissant des critères de gravité fonctionnelle, l'on constate premièrement que les diagnostics sont en rapport avec les constatations et les symptômes et les expliquent, sur la base d'une anamnèse fouillée : sur le plan somatique, on est en présence de lésions du rachis avancées et les plaintes sont en concordance avec l'imagerie versée au dossier ; sur le plan psychiatrique, les pathologies phobiques sont documentées et leur incidence lourde rendue convaincante. Il en va de même de l'alcoolisme, ainsi que des limitations fonctionnelles. Par ailleurs, la recourante est en traitement, réputé adéquat, et elle est observante, sans être démonstrative, ceci au sens des aspects qui, sous l'ancienne jurisprudence, parlaient en défaveur d'une atteinte invalidante. Deuxièmement, les traitements ne sont pas suivis de succès, et le pronostic négatif tel que posé se rapporte à des traitements effectués dans les règles de l'art. Troisièmement, la comorbidité psychiatrique est lourde et les atteintes somatiques objectivées, permettant de conclure avec l'expert B. _____ que la recourante n'est pas à même de faire l'effort de surmonter les symptômes somatiques et de réintégrer le marché du travail en plein. Quatrièmement, la structure de personnalité est clairement posée par le médecin expert, qui en décrit les conséquences comportementales. A quoi il convient d'ajouter le critère de l'âge de la recourante, de son unique formation comme de son expérience professionnelle limitée. On retiendra encore avec l'expert que le trouble anxieux de fond a des symptômes collatéraux de fatigue, d'irritabilité, de

troubles attentionnels et d'une sensibilité élevée au stress, avec pour conséquence de diminuer sensiblement l'efficacité socioprofessionnelle. L'intéressée pourrait commettre des erreurs au travail ; elle aurait aujourd'hui de grandes difficultés d'adaptation au travail, peinerait à s'affirmer adéquatement, pourrait avoir des difficultés de contact avec collègues et clientèle et ses déplacements seraient très problématiques. Finalement, l'expert expose également de manière motivée les effets peu propices à la guérison du contexte social et familial.

S'agissant des critères de cohérence, d'une part, les limitations (respectivement les impacts des pathologies retenues) sont constatées dans tous les domaines (professionnel, relationnel, social) et épuisent l'intéressée de ses ressources, opérant un retrait social (c'est le propre notamment de l'agoraphobie et de la phobie sociale tels que diagnostiqués) dès lors qu'elle ne conserve qu'un réseau social minimal, dans un cercle familial restreint. D'autre part, les options thérapeutiques proposées ont été suivies, sans qu'aucune n'ait été abandonnée par une assurée compliant.

c) En conclusion, il s'agit, au regard de cette nouvelle jurisprudence, comme de l'ancienne - laquelle était du reste plus rigoureuse -, de retenir le caractère invalidant de la symptomatologie douloureuse, ce qui a pour effet que l'exigibilité d'un renvoi à une activité réputée adaptée ne peut être retenue.

Il en résulte que la capacité de travail résiduelle déterminante est celle estimée dans l'activité habituelle, soit de 25 % dès le 2 mai 2011 (date du malaise de la recourante sur son lieu de travail), ce qui justifie l'admission du recours et la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} mai 2012, soit à l'issue du délai d'attente d'un an, le délai de 6 mois dès le dépôt de la demande le 12 octobre 2011 étant par ailleurs respecté (cf. supra consid. 3a).

6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative, RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont jusqu'au 20 janvier 2016, date à laquelle Me Dupont a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre

globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 15 heures et 75 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours, non chiffrés, arrêtés au forfait de 100 fr., ainsi la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 3199 fr. 60 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 699 fr. 60 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 *in fine* CPC, également applicable par renvoi).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 699 fr. 60 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 4 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2012.

- III.** Les frais judiciaires, fixés 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 la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, conseil de la recourante, est arrêtée à 3199 fr. 60 (trois mille cent nonante-neuf francs et soixante centimes), TVA comprise.
- VI.** Le montant de 699 fr. 60 (six cent nonante-neuf francs et soixante centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Sandrine Chiavazza, avocate (pour V. _____),
- 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 :