

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 avril 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Gasser et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1955, originaire de Bosnie-Herzégovine, sans formation professionnelle, a travaillé depuis le 15 avril 2001 en qualité d'aide-fleuriste à 65% auprès de l'entreprise M. _____ SA. En raison de la fermeture de cet établissement, les rapports de travail ont été résiliés au 30 juin 2007.

Le 6 juillet 2010, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande tendant à la prise en charge par l'OAI, en tant que moyens auxiliaires, de supports plantaires. Cette demande a été rejetée par décision de l'OAI du 30 septembre 2010.

Le 25 mars 2011, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations d'invalidité, en faisant état d'une incapacité de travail à 100% depuis 2004. Elle a indiqué souffrir notamment d'atteintes somatiques, de lombalgies, de douleurs dorsales et de dépression.

Sur requête de l'OAI, dans un formulaire du 11 avril 2011, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait comme ouvrière à 100% si elle était en bonne santé.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr F. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée. Dans son rapport du 14 mai 2011, ce praticien a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif récurrent, et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, de surcharge pondérale, de dyslipidémie et de hernie hiatale par glissement. Il a mentionné un traitement débuté le 19 janvier 2004, retenu une incapacité de travail à 100% du 1^{er} juillet 2009 à fin février 2010, relevé qu'il n'y avait plus de capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et fait état d'un pronostic défavorable.

L'OAI s'est également adressé au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapeute traitant de l'assurée. Dans un rapport du 17 mai 2011, ce spécialiste a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen depuis début 2010, et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités, de difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation, de difficultés liées à une enfance malheureuse ainsi que de disparition et décès d'un membre de la famille. Il a indiqué une incapacité de travail à 50% et retenu comme limitations fonctionnelles un rendement réduit, un probable isolement, un retrait et un risque de mise en échec. Il a noté en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Du point de vue médical et notamment psychiatrique, Madame avait été suivie à [...] peu de temps après son arrivée en Suisse. Ce suivi s'est estompé puis arrêté dès que Madame a commencé à travailler. Actuellement et depuis plus d'un an et demi elle est à nouveau suivie en raison des difficultés qu'elle rencontre sur le plan psychologique.

Sur le plan somatique, la patiente se plaint de ponctuels maux de tête et de sensations d'étouffement. Elle éprouve quelques difficultés sur le plan du sommeil, avec des difficultés à l'endormissement et la présence des mauvais rêves voire cauchemars en lien avec son vécu de guerre et la disparition de son fils. Sa thymie est plutôt triste notamment lorsqu'elle évoque son enfance, sa vie maritale ou encore la mort de son enfant. Elle pleure fréquemment mais tente de se donner du courage en disant qu'on ne peut pas changer le passé. Elle passe le plus clair de son temps isolée chez elle, n'a que peu de contacts avec le monde extérieur et quasi uniquement lorsqu'il s'agit des tâches administratives. Elle a cependant beaucoup de peine à les effectuer elle-même et demande souvent de l'aide à une nièce qui vit très loin et qu'elle n'ose importuner autrement. Elle se sent en effet comme un poids tant pour les rares personnes qui l'entourent que pour la société. Ponctuellement elle traverse des phases de tristesse excessive notamment en période d'anniversaire de la mort de son fils, ou lorsqu'elle pense à sa solitude ou à sa vie en général. Elle aimerait cependant pouvoir retrouver une vie active qui selon elle l'aiderait et lui servirait de thérapie mais malgré ses efforts, toutes ses démarches se soldent par des échecs.

Constat médical

Nous sommes face à une patiente de 55 ans faisant légèrement plus que son âge. Sa tenue vestimentaire paraît négligée. Elle est de petite taille et présente un certain surpoids.

Sur le plan de l'humeur nous constatons une humeur variable mais avec un fond triste et dépressif, la patiente pouvant fréquemment ruminer son passé et pleurer en séance. On note une baisse de motivation, une perte d'énergie et d'élan vital. La patiente dira vivre parce qu'il le faut.

Nous ne constatons pas de symptômes de lignée psychotique.

Elle s'exprime dans sa langue maternelle, avec un vocabulaire pauvre et un discours non élaboré. Ses capacités d'introspection paraissent limitées. La patiente donne l'impression de s'être résignée à sa situation exécutant ce qu'on lui demande de faire, sans grande prise d'initiative de sa part ni projection dans l'avenir. Elle souhaite cependant retrouver un travail mais est consciente qu'avec son âge et son degré de formation cela ne va pas être facile du tout. Elle souligne tout au long sa bonne foi et sa volonté de ne pas être dépendante, disant ne jamais avoir été en arrêt maladie durant la période où elle exerçait une activité".

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a relevé, dans un avis médical du 18 août 2011 des Drs J._____ et C._____, qu'il n'y avait pas d'élément indiquant une atteinte psychique incapacitante. Ces médecins ont relevé la nécessité de mettre en œuvre une évaluation psychiatrique pour déterminer les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. L'assurée a ainsi été examinée le 8 novembre 2011 par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en présence d'un interprète de langue bosniaque. Dans son expertise du 9 novembre 2011, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie. Il a retenu, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a relevé ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Assurée de 56 ans, originaire de Bosnie, en Suisse depuis 1996, sans antécédents médicaux significatifs, ayant travaillé comme aide fleuriste jusqu'en juillet 2007, licenciement économique, n'a plus travaillé depuis, au bénéfice des subsides du chômage de juillet 2007 à juillet 2009, de l'aide sociale depuis juillet 2009. Elle dépose une demande de prestations AI, dans le sens d'une rente, en date du 25 mars 2011.

L'examen psychiatrique du 8 novembre 2011 met en évidence:

- Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement [un] diagnostic de trouble dépressif récurrent léger avec moral bon, sans irritabilité ni tristesse, avec ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ni de mémoire, anhédonie partielle, sans repli social, sans qu'il soit possible d'apprécier l'estime d'elle-même, sommeil perturbé par des maux de tête qui retardent l'endormissement, appétit fluctuant. Le tableau est particulier de par sa fluctuation avec à raison de 75% du temps, des moments où elle se sent moins bien et s'isole, à raison de 25% du temps, des moments où elle se sent mieux et s'occupe de sa maison, part en promenade, va dans les magasins. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent [le] diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais, la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.
- Une absence de symptomatologie dépressive incapacitante.
- Une absence de symptomatologie anxieuse incapacitante.
- Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité.
- La présence d'une symptomatologie allergique sans grande intensité ni détresse, sans [comorbidité] psychiatrique ni repli social.

Nous avons pris bonne note du rapport médical du médecin traitant qui évoque comme diagnostic incapacitant: état dépressif récurrent. Nous ne retiendrons pas ce diagnostic en l'absence d'antécédents médicaux antérieurement à 2009 et de critère symptôme CIM-10.

Nous avons pris bonne note aussi du rapport médical du psychiatre traitant qui évoque un diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen que nous [ne] retiendrons pas non plus dans la mesure où nous [ne] retrouvons pas, d'un point de vue anamnétique ou clinique, les critères symptômes CIM-10 d'un tel diagnostic. Il est à noter que l'assurée déclare une évolution stationnaire du tableau initial qui ressemble donc à celui que nous constatons lors de notre examen clinique.

Le tableau pourrait faire évoquer un syndrome de stress post traumatique apparaissant à distance, mais l'absence d'"anesthésie psychique", d'émoussement affectif et de reviviscence, ne permet de retenir ce diagnostic.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation d'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 8 novembre 2011 [ne] met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée".

Dans un rapport du SMR du 1^{er} décembre 2011, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr T._____, la Dresse J._____ a retenu qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé et que la capacité de travail exigible était de 100% dans l'activité habituelle.

Dans un projet de décision du 8 décembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité, soit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu, au vu des observations médicales, que l'atteinte à la santé n'avait pas de caractère invalidant au sens de l'AI, l'assurée conservant une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative.

Le 25 janvier 2012, l'assurée a fait valoir ses observations, concluant à l'octroi de prestations d'invalidité. Elle a contesté les conclusions de l'expertise du Dr T._____, dès lors que ce médecin n'avait selon elle pas appréhendé toute sa problématique psychique.

Par décision du 15 février 2012, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente et à des mesures professionnelles, en reprenant les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision du 8 décembre 2011.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a expliqué qu'au vu de l'expertise du Dr T._____, qui remplissait les critères en matière de valeur probante, l'assurée ne présentait pas d'affections corporelles chroniques, ni de perte d'intégrations sociales dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé et qu'il n'y avait pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art.

B. Par acte de son mandataire du 21 mars 2012, D._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi de

prestations d'invalidité, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle fait valoir que l'OAI s'est focalisé dans son instruction sur l'aspect psychiatrique, l'expertise du Dr T. _____ étant au demeurant selon elle trop sommairement motivée, et que ses autres atteintes (douleurs aux jambes, fatigabilité, apnées du sommeil, cervicalgies) n'ont pas été investiguées, une expertise pluridisciplinaire étant nécessaire. En outre, l'assurée sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite. A l'appui de son recours, elle a déposé les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 24 janvier 2012 des Drs B. _____ et E. _____, respectivement pneumologue et médecin assistant au centre d'investigation et de recherche sur le sommeil de Lausanne, posant les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré modéré, d'hypertension artérielle traitée et d'obésité. Ces médecins ont relevé qu'après des difficultés initiales, l'assurée avait une bonne tolérance au traitement malgré des fuites du masque facial qui la réveillaient pendant la nuit; l'efficacité subjective et objective était bonne avec une suppression du trouble respiratoire du sommeil.

- Un rapport du 20 mars 2012 du Dr F. _____, retenant que l'assurée présentait un SAS (syndrome d'apnée du sommeil) et qu'elle était actuellement en traitement au CHUV en vue d'un CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) auto-piloté. L'assurée se plaignait de douleurs cervico-brachiales droites accompagnées de paresthésies dans le bras droit; une radiographie de la colonne cervicale du 12 septembre 2011 montrait une légère discopathie C5-C6. Une expertise psychiatrique pouvait être contributive.

Par décision du 16 avril 2012 du juge instructeur, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite avec effet au 21 mars 2012 et Me Olivier Carré a été désigné en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 21 mai 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a déposé un avis médical du SMR du 26 avril 2012 des Drs Q._____ et C._____, qui ont relevé en particulier ce qui suit:

"En ce qui concerne l'expertise du Dr T._____, nous disons qu'elle remplit les critères jurisprudentiels lui conférant un caractère probant. Les raisons pour lesquelles l'expert s'est écarté de l'avis du psychiatre traitant sont exposées (p. 5). En bref, l'absence d'épisode dépressif antérieur ne permet pas de retenir un trouble dépressif récurrent; les critères d'un épisode dépressif moyen requis par la CIM-10 ne sont pas réunis. C'est logiquement que l'expert a retenu une dysthymie dans ce cas. Il convient ici de souligner que l'avis du médecin traitant est naturellement plus empathique que celui d'un expert neutre, du fait même de la relation thérapeutique.

A ces objections, on peut opposer que, dans son rapport du 14.5.2011, le Dr F._____ mentionne une HTA, une surcharge pondérale, une dyslipidémie et une hernie hiatale par glissement, sous la rubrique des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Il n'y a aucune mention d'un SAS, de problèmes orthopédiques ni de cervicalgies. De même, le Dr H._____ dresse une liste de diagnostics psychiatriques, à l'exclusion de toute atteinte somatique. Dès lors, il paraît difficile de nous reprocher de n'avoir pas tenu compte de diagnostics dont nous ne pouvions pas avoir connaissance, puisque les médecins traitants eux-mêmes ne les ont mentionnés qu'après le recours!

- SAS: la première mention de ce diagnostic se trouve dans le courrier du Dr F._____ à Me Carré du 20.3.2012, soit plus d'un mois après la décision contestée. Le Dr B._____, pneumologue, mentionne une bonne tolérance au traitement par CPAP, avec une efficacité subjective et objective bonnes, et une suppression du trouble respiratoire du sommeil. Dans ces circonstances, le SAS traité ne saurait être considéré comme une maladie incapacitante.

- Les cervico-brachialgies droites sont également mentionnées pour la première fois par le Dr F._____ dans le courrier sus-mentionné. Elles ont fait l'objet, comme seule investigation, d'une radiographie de la colonne cervicale le 12.9.2011 montrant une légère discopathie C5-C6. Le status clinique et les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites.

- Enfin, nous ne trouvons nulle part de prescription médicale de supports plantaires.

Au vu de ce qui précède, j'observe qu'aucune de ces nouvelles pathologies n'est mentionnée avant le dépôt du recours. Il faut admettre qu'elle étaient soit inexistantes, soit sans répercussion sur la capacité de travail lors de la décision contestée. Nous pensons que les documents avancés ne remettent pas en cause notre position. Une instruction complémentaire ne nous paraît pas nécessaire".

Dans sa réplique du 20 septembre 2012, la recourante a déposé un courrier du 21 août 2012 du Dr F. _____ adressé à son mandataire, par lequel ce médecin a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 1^{er} novembre 2012, la recourante a confirmé ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle se prévaut d'une aggravation des troubles post-traumatiques et du syndrome d'apnées du sommeil, ainsi que de l'apparition de troubles neurologiques. Elle a déposé un courrier du 30 octobre 2012 du Dr F. _____ et de K. _____, psychologue, adressé à Me Carré, qui ont relevé notamment ce qui suit:

"Mme D. _____ souffre en premier lieu d'un retour d'insomnies et d'une recrudescence de cauchemars, et ce depuis les cérémonies de commémoration de Srebrenica ayant eu lieu en juillet, moment particulièrement pénible à vivre pour elle puisqu'il réactive le trauma de la perte d'un fils durant la guerre ainsi que de la fuite.

Ces cauchemars provoquent chez elle un sentiment d'effroi qu'elle peine à exprimer avec des mots, et qui la paralysent littéralement dans sa vie diurne. Elle se plaint d'une forte labilité émotionnelle, pleure fréquemment en évoquant son quotidien ou les souvenirs traumatiques, et nous semble dans un état de détresse quasi-permanent. Elle passe ses journées absorbée dans la réminiscence de vécus traumatiques liés à la guerre en Bosnie, ainsi que dans des pensées liées principalement à la mort de ses proches.

Elle fait état d'un mauvais moral, et d'une tristesse insoluble entravant fortement sa capacité à fonctionner au quotidien, voire parfois même tout simplement à se lever d'une chaise pour vaquer à ses occupations. Quant au contact avec ses proches, bien que parler puisse lui offrir un soulagement momentané, la dépression finit toujours par reprendre le dessus. Elle nous a par ailleurs dit dernièrement "Ma douleur et mon chagrin sont comme une nourriture impossible à digérer".

En sus de cela, Mme D. _____ se plaint de douleurs somatiques chroniques envahissantes, se réveille le matin avec une insensibilité presque totale des deux mains qui passe de plus en plus difficilement au cours de la journée. Elle a dû en outre reprendre rendez-vous avec un spécialiste afin de revoir son appareillage de nuit pour ses apnées du sommeil, ce dernier l'empêchant jusqu'alors de s'endormir plus de deux heures par nuit. Cela accroît chez elle une fatigabilité déjà présente à cause de la symptomatologie dépressive évoquée plus haut.

Nous peinons à comprendre dans ces conditions sur quels éléments le Dr T._____ a pu se baser pour considérer Mme D._____ comme apte à travailler.

Nous appuyons donc toujours une demande de rente AI pour Mme D._____, au vu de ces éléments, et tant l'ampleur de ses traumatismes et l'impact qu'ils ont eu sur sa vie quotidienne nous semblent profonds et invalidants. Du reste, il nous semble nécessaire de demander une contre-expertise pluridisciplinaire dans la mesure où Mme D._____ fait état de plaintes somatiques multiples, qui doivent être prises en compte en sus du diagnostic psychiatrique".

Par duplique du 21 novembre 2012, l'OAI a confirmé sa position, expliquant qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante n'a pu avoir lieu que postérieurement à la date de la décision attaquée. L'OAI a déposé un avis médical du SMR du 14 novembre 2012 du Dr Q._____, qui a retenu ce qui suit:

"Au plan psychiatrique, [le Dr F._____ et K._____] font état d'une aggravation de l'état de santé en juillet (2012 probablement) sous forme d'insomnies et d'une réapparition des cauchemars. Cette réactivation d'un PTSD serait due à la cérémonie de commémoration des événements de Srebrenica retransmise à la télévision.

A cet égard, il est intéressant de relever que le Dr T._____ a expressément récusé le diagnostic de PTSD dans son expertise du 9.11.2011. Il est aussi intéressant de noter que le diagnostic de PTSD n'a pas été retenu par le Dr H._____ lui-même dans son rapport du 17.5.2011. L'expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5 dans la CIM-10) n'est pas une maladie; elle est classée dans la CIM-10 sous les "Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé". Dans ce sens, il ne s'agit pas d'un équivalent de l'état de stress post-traumatique (F43.1), classé dans le chapitre des "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes".

En tout état de cause, même si l'on devait admettre une aggravation de l'état de santé, sa survenue en juillet 2012 serait postérieure à la décision querellée, et ne saurait donc la remettre en cause.

Dans un deuxième volet somatique de son courrier, le Dr H._____ mentionne des douleurs chroniques envahissantes, une insensibilité matinale des mains et une mauvaise adaptation à la ventilation assistée nocturne en traitement des apnées du sommeil.

En ce qui concerne les douleurs envahissantes, j'observe qu'elles ne sont pas mentionnées par le Dr F._____ (rapport du 14.5.2011), ni par le Dr H._____ (rapport du 17.5.2011). La même remarque vaut pour l'insensibilité des mains.

Il convient également de remarquer qu'en janvier 2012, le Dr B._____ mentionnait une bonne tolérance au traitement par CPAP

des apnées du sommeil, avec une bonne efficacité objective et subjective. La péjoration mentionnée par Me Carré n'est pas confirmée par un document médical. Le cas échéant, elle serait postérieure à la décision querellée.

Au vu de ce qui précède, j'estime qu'une expertise pluridisciplinaire n'est pas nécessaire dans le cadre du recours. Elle pourrait l'être pour instruire une éventuelle aggravation postérieure à la décision querellée".

Dans son écriture du 17 décembre 2012, la recourante a confirmé sa position et a contesté les conclusions des médecins du SMR. Elle a en particulier relevé que l'avis médical du SMR comportait une erreur factuelle importante en tant qu'il y était relevé qu'elle avait assisté à la commémoration des événements de Srebrenica à la télévision, alors qu'elle s'était en réalité rendue sur les lieux.

Le 15 janvier 2013, la recourante a déposé un courrier du 28 décembre 2012 du Dr F. _____ adressé à son mandataire, par lequel ce médecin a relevé que seule une expertise pluridisciplinaire pouvait infléchir l'avis du SMR, signalé la discordance entre la dysthymie et l'état dépressif, puis évoqué le dépôt d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

Dans ses déterminations du 28 janvier 2013, l'OAI a maintenu sa position, expliquant que le Dr F. _____, dans son rapport du 28 décembre 2012, n'apportait aucun élément médical nouveau et qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé sur le plan psychique serait survenue après la date de la décision attaquée.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours

doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b; 117 V 287 consid. 4; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante de la décision attaquée, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, prestations litigieuses, doit dès lors être examiné pour la période courant jusqu'au 15 février 2012, date de la décision attaquée.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions 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) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de 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'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut,

malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V

133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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. 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, 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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) a une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I

573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. Dans le cas présent, dans son recours, la recourante fait essentiellement valoir que l'examen effectué par le Dr T._____ a été bref et que son avis est trop sommairement motivé. Elle ajoute présenter un ensemble de troubles qui n'a pas été valablement investigué et produit des pièces attestant d'atteintes à la santé sur les plans somatiques et psychiatriques. Il convient dès lors d'examiner ces deux aspects.

a) Sur le plan psychique, dans son expertise du 9 novembre 2011, requise par l'OAI, le Dr T._____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie. La capacité de travail exigible a été évaluée à 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Dans son appréciation du cas, l'expert a retenu la présence d'éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité était insuffisante pour justifier actuellement un trouble dépressif récurrent léger. Il a constaté un moral bon, sans irritabilité ni tristesse, avec ruminations existentielles sans idées noires, une fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ni de mémoire, une anhédonie partielle, sans repli social, un sommeil perturbé par des maux de tête qui retardaient l'endormissement, et un appétit fluctuant. Le tableau était fluctuant avec des périodes d'isolement le 75% du temps et des périodes où l'assurée vaquait à ses occupations le 25%

du temps, évoquant le diagnostic de dysthymie. L'assurée restait cependant capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. En outre, il n'y avait pas de symptomatologie dépressive ou anxieuse incapacitante, de signe floride de la série psychotique ni d'éléments selon la CIM-10 allant dans le sens d'un trouble de la personnalité. La symptomatologie était sans grande intensité ni détresse, sans comorbidité psychiatrique ni repli social. Le Dr T._____ n'a par ailleurs pas constaté de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation d'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Concernant les autres pièces médicales figurant au dossier, l'expert a écarté le diagnostic d'état dépressif récurrent retenu par le Dr F._____, en l'absence d'antécédents médicaux antérieurement à 2009 et de critères au sens de la CIM-10. A ce sujet, on ajoutera que ce médecin n'est pas psychiatre et qu'il se base, dans son rapport du 14 mai 2011, sur une argumentation limitée, de sorte qu'il ne saurait valablement infirmer les conclusions de l'expert. Le Dr T._____ a également écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le Dr H._____, étant donné que les critères selon la CIM-10, d'un point de vue anamnestique ou clinique, n'étaient pas remplis; en l'absence d'anesthésie psychique, d'émoussement affectif et de reviviscence, il ne pouvait y avoir de syndrome de stress post traumatique. On relèvera en outre que les avis au sujet de la capacité de travail des Drs F._____ et H._____, qui sont respectivement médecin traitant et psychothérapeute traitant de l'assurée, doivent être appréciés avec les réserves d'usage. Ces médecins n'ont du reste pas constaté d'élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert.

Quant au rapport du 30 octobre 2012 du Dr F._____ et de la psychologue K._____, ce document ne saurait être déterminant dans le cadre du présent litige en tant qu'il se rapporte à la situation de fait postérieure à la date déterminante de la décision attaquée, soit le 15

février 2012. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées en principe d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (consid. 2 ci-dessus et les arrêts cités). On ajoutera que le Dr F. _____ et la psychologue K. _____ ne se prononcent pas explicitement à l'aune des critères de la CIM-10, qu'ils sont peu affirmatifs au sujet de la capacité de travail de l'assurée, que leur appréciation du cas semble moins motivée que celle du Dr T. _____ et qu'ils se sont prononcés dans le cadre d'un mandat de soins et non d'expertise, de sorte qu'on ne voit pas en quoi leur avis suffirait à remettre en cause les conclusions retenues par l'expert. Au demeurant, l'erreur factuelle dont se prévaut la recourante dans son écriture du 17 décembre 2012 est sans incidence dans la présente cause, étant donné qu'elle porte sur une date (juillet 2012) postérieure à la date de la décision attaquée.

Lorsque la recourante invoque la brièveté de l'examen pratiqué par l'expert, il convient de préciser qu'une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Au surplus, se fondant sur des examens complets, une appréciation du cas claire et des conclusions dûment motivées, l'expertise du Dr T. _____ satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il y a donc lieu de retenir que la recourante ne présente pas de limitation de sa capacité de travail en raison de ses troubles psychiques. Une éventuelle péjoration de son état de santé sur le plan psychique n'est intervenue que postérieurement à la date de la décision attaquée.

b) Sur le plan somatique, la recourante se prévaut de plusieurs atteintes, soit de douleurs aux jambes nécessitant le port de supports plantaires, de fatigabilité, d'apnées du sommeil, de cervicalgies et de troubles neurologiques. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans son rapport du 14 mai 2011, le Dr F. _____ a retenu, sur le plan somatique, uniquement les diagnostics, sans effet sur la capacité

de travail, d'hypertension artérielle, de surcharge pondérale, de dyslipidémie et de hernie hiatale par glissement. Il n'y a aucune mention d'un syndrome d'apnées du sommeil, de problèmes orthopédiques ni de cervicalgies, ainsi que l'ont relevé les Drs Q._____ et C._____ dans leur avis médical du SMR du 26 avril 2012.

Concernant plus particulièrement le syndrome d'apnée du sommeil, les Drs B._____ et E._____ ont relevé, dans leur rapport du 24 janvier 2012, que l'assurée avait, malgré des fuites du masque facial, une bonne tolérance au traitement d'apnées du sommeil. Le Dr F._____, dans son rapport du 20 mars 2012, a pour sa part fait état d'un traitement au CHUV en vue d'un CPAP auto-piloté. Il faut donc retenir, avec les médecins du SMR (avis médical précité), que les problèmes d'apnées du sommeil ne sauraient avoir, dans le cadre du présent litige, de répercussion sur la capacité de travail. Une éventuelle aggravation - évoquée par le Dr H._____ dans son rapport du 30 octobre 2012, en relation avec des difficultés pour l'assurée de dormir plus de deux heures par nuit - serait quoi qu'il en soit survenue après la date de la décision attaquée, le 15 février 2012.

Les cervico-brachialgies droites ont été mentionnées pour la première fois par le Dr F._____ dans ses lignes du 20 mars 2012, lequel n'a pas retenu de status clinique ni décrit de limitations fonctionnelles, ainsi que l'ont relevé les Drs Q._____ et C._____ dans leur avis médical du 26 avril 2012. Par ailleurs, le Dr F._____, ni aucun autre médecin, n'a précisé que cette affection entraînait à elle seule une diminution de la capacité de travail. S'agissant des douleurs aux jambes, les Drs Q._____ et C._____ ont relevé (avis médical précité) que l'assurée ne pouvait se prévaloir d'aucune prescription médicale relative à des supports plantaires. Du reste, une demande de l'assurée tendant à l'octroi de supports plantaires en tant que moyens auxiliaires a été rejetée par décision de l'OAI du 30 septembre 2010. La présence de douleurs chroniques envahissantes et d'une insensibilité matinale des mains ont été signalées pour la première fois par le Dr H._____ dans son rapport du 30 octobre 2012, de sorte que ces affections, au cas où elles auraient une

incidence sur la capacité de travail, sont survenues après le 15 février 2012, date de la décision attaquée. Enfin, aucun document médical ne fait état de troubles neurologiques ayant une incidence sur la capacité de travail.

c) Il en résulte que jusqu'au moment de la décision attaquée, soit le 15 février 2012, les troubles tant somatiques que psychiques affectant l'assurée n'ont pas d'incidence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée comme dans son activité habituelle. Dès lors, en l'absence d'incapacité de gain, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI) ni à des mesures d'ordre professionnel (TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Partant, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Cela étant, les atteintes à la santé dont se prévaut la recourante et qui sont survenues après le 15 février 2012 peuvent être considérées comme une nouvelle demande (cf. art. 87 RAI), si bien qu'il appartiendra à l'intimé de reprendre l'examen du droit pour la période postérieure à la décision attaquée.

5. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V

90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

6. a) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Olivier Carré a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 1'691 fr. 70 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (6.98 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., frais et débours par 310 fr. et TVA à 8%).

b) La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 15 février 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'691 fr. 70 (mille six cent nonante-et-un francs et septante centimes), TVA comprise.
- V. 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour D. _____)
- 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).

Le greffier :