

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Thalmann et M. Neu
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

M. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Gilles Davoine, avocat
à Nyon,

et

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

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

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1984, dispose d'un CFC d'employée de bureau acquis en 2003 et d'un diplôme d'esthéticienne obtenu en 2006. Elle a travaillé comme esthéticienne - styliste onguulaire - en qualité d'indépendante.

Le 25 mars 2011, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle et d'une rente. Elle se prévalait de douleurs intestinales et de nausées, depuis 2009.

Dans un formulaire rempli le 3 avril 2011, l'assurée a déclaré que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% en tant qu'esthéticienne depuis 2008, par intérêt personnel.

Dans un rapport du 4 septembre 2009, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne et en gastroentérologie-hépatologie, a retenu la présence d'une béance cardiale et d'un estomac relativement incontinent à l'insufflation. Au toucher rectal, ce spécialiste a constaté une toute petite fissure au niveau de la partie distale du canal anal, non saignante et peu profonde, et l'absence d'hémorroïdes. Une coloscopie, effectuée le 6 novembre 2009, n'a pas mis en évidence de lésion. Un examen histologique a relevé une muqueuse iléale dans les limites histologiques normales, notamment sans inflammation.

Par courrier du 15 avril 2011 adressé à l'OAI, U. _____, assureur-maladie de l'assurée, a retenu les périodes d'incapacité de travail suivantes: 50% du 1^{er} août au 31 octobre 2009 et 100% depuis le 1^{er} novembre 2009.

Sur le plan économique, un extrait du compte individuel de l'assurée a été versé au dossier, mettant en évidence des revenus de

16'550 fr. en 2007, 18'390 fr. en 2008, 13'265 fr. en 2009 et 4'554 fr. en 2010.

L'OAI a demandé l'avis du Dr Y._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 25 avril 2011, ce praticien a posé les diagnostics de diarrhées et douleurs abdominales d'origine indéterminée, d'intolérance au lactose et de ferritine traitée sans anémie. Il a évoqué un diagnostic psychiatrique, à investiguer auprès du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} octobre 2010. Comme restrictions physiques, il a relevé que sa patiente faisait des crises imprévisibles de douleurs abdominales, de diarrhées et de ballonnements, puis a évoqué la possibilité de travailler à temps partiel dans une activité adaptée. Le Dr Y._____ a joint des rapports de spécialistes, mettant en évidence une IRM et ARM cérébrale sans particularité, une échographie abdominale sans particularité, un bilan vestibulaire classique, et une oesogastroduodénoscopie normale.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Par avis médical du SMR du 16 mai 2011, les Drs Q._____ et [...] ont requis un complément d'instruction auprès du Dr Y._____, du Dr S._____ et auprès de la policlinique médicale universitaire de Lausanne.

Dans un rapport du 22 août 2011, le Dr S._____ a posé les diagnostics de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (diarrhée, dyspepsie, côlon irritable), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et d'intolérance au lactose, depuis fin 2008. Il a retenu une incapacité de travail de 100% à compter de 2009 en tant qu'esthéticienne. Sur le plan de l'humeur, l'assurée présentait un épisode dépressif léger fluctuant, associant tristesse, perte d'espoir, aboulie et irritabilité. Sur le plan des somatisations, elle présentait une dyspepsie, des douleurs et des crampes abdominales basses et des diarrhées. Après une année de psychothérapie, il n'y avait pas de résultat sur les symptômes digestifs. Lors de crises de diarrhée ou de dyspepsie, l'assurée était incapable de fournir un quelconque travail.

L'OAI a demandé l'avis de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après: la PMU). Dans un rapport du 15 août 2011, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en gastroentérologie à la PMU, a posé les diagnostics de nausées chroniques depuis 2008, de dyspepsie fonctionnelle, de syndrome de l'intestin irritable, de légère "outlet obstruction" et d'intolérance au lactose. Il a retenu que l'assurée souffrait de troubles du système digestif à différents endroits, et n'a pas mis en évidence de cause pour les nausées chroniques ainsi que pour les épisodes de vomissements intermittents présents depuis 2009. La multitude des symptômes avec une évolution prolongée et l'absence de signes d'alarme laissaient conclure à un pronostic bénin. Il n'y avait pas de cause organique pour les crampes, les douleurs, le météorisme et les nausées persistantes. Ces symptômes étaient compatibles avec une dyspepsie fonctionnelle et un syndrome de l'intestin irritable, en l'absence formelle de diarrhées. Le seul problème organique était une légère "outlet obstruction", à cause d'une certaine dysfonction abdomino-pelvienne. Ce médecin a ensuite émis des propositions thérapeutiques, avec notamment un traitement antidépresseur. Il a également retenu que l'activité exercée était exigible de 50 à 80%, en raison d'une diminution de la résistance au stress. Le Dr I._____ a en outre remis les documents suivants:

- Un rapport anatomo-pathologique du 7 avril 2011 du service de pathologie clinique du CHUV, mettant en évidence une muqueuse iléale avec hyperplasie lymphoïde non spécifique de l'iléon terminal, une muqueuse colique sans lésion du côlon droit, et des muqueuses de l'estomac et du duodénum sans atteinte à la santé, hormis de rares amas lymphoïdes sans signe d'activité dans les muqueuses antrales et fundiques.

- Une IRM de défécographie du 8 juin 2011 du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, retenant des signes en faveur d'un élargissement du hiatus urogénital de grade I et une descente pelvienne de grade II.

- Une entéro-IRM du 12 juillet 2011 du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, retenant l'absence de signe en faveur d'une maladie de Crohn.

- Un rapport d'examen du 21 juillet 2011 de la PMU, relevant l'absence de pullulation bactérienne de l'intestin grêle.

Le cas a nouvellement été soumis au SMR, qui a relevé dans un avis médical du 8 septembre 2011 des Drs Q. _____ et Z. _____ qu'il n'y avait pas de diagnostic précis sur le plan gastro-entérologique, hormis une intolérance au lactose. En présence d'un trouble somatoforme avec manifestations digestives, il a proposé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique.

Le 5 octobre 2011, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique par le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie. Dans son rapport du 28 novembre 2011, ce spécialiste n'a posé aucun diagnostic et a retenu une pleine capacité de travail exigible dans toute activité depuis toujours. Il a relevé ce qui suit dans son appréciation du cas:

"L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail. En ce qui concerne les troubles dépressifs signalés par le Dr S. _____, à part des troubles du sommeil, Madame M. _____ ne décrit pas une symptomatologie dépressive à un moment quelconque depuis 2009. Pour ce motif, je m'éloigne du diagnostic retenu par le Dr S. _____.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Des troubles cognitifs ne sont pas constatés. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas observés.

Concernant la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme, une comorbidité psychiatrique manifeste dans sa durée et dans son intensité n'est pas constatée. D'après la description donnée par Madame M. _____ elle-même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas réunis".

Le 17 janvier 2012, répondant à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr I. _____ a indiqué qu'il ne voyait pas de limitation pour le travail comme esthéticienne concernant les troubles gastro-intestinaux, une activité à 100% étant possible. Dans une activité adaptée (par exemple dans un bureau), il ne voyait pas non plus de limitation de la capacité de travail, qui était donc de 100%. Sur le plan gastroentérologique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle pour des travaux d'activité légère (comme dans un bureau ou comme esthéticienne). L'assurée devait pouvoir aller aux toilettes à sa guise compte tenu de ses troubles gastro-intestinaux, et devait suivre une alimentation spécifique (éviter les sucres artificiels et les produits laitiers).

Dans un rapport du SMR du 2 février 2012, le Dr Q. _____ n'a retenu aucune atteinte à la santé et une capacité de travail de 100% dans toute activité. Comme limitation fonctionnelle, il s'est référé à la nécessité d'avoir un travail permettant d'aller aux toilettes avec une certaine flexibilité. Il a relevé qu'il n'y avait pas de diagnostic précis sur le plan gastro-entérologique, hormis une intolérance au lactose. En conclusion, au vu des rapports versés au dossier, il s'agissait d'un trouble somatoforme, avec manifestations digestives, non incapacitantes dès lors que l'examen clinique psychiatrique était normal.

Dans un projet de décision du 8 février 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Au vu des rapports médicaux figurant au dossier, l'OAI a retenu que malgré les problèmes de santé de l'assurée, l'exercice de son activité habituelle d'esthéticienne - styliste onguulaire - n'était pas contre-indiqué.

Les 23 février et 5 mars 2012, l'assurée a contesté ce projet de décision, en expliquant que son état de santé ne lui permettait pas de travailler.

Par décision du 19 mars 2012, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations d'invalidité, pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision précité.

B. Par acte du 17 avril 2012, M._____ a recouru contre cette décision et a conclu implicitement à l'octroi de prestations d'invalidité. Elle fait valoir que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité professionnelle et que ses symptômes - troubles intestinaux avec de très fortes douleurs, nausées et vomissements notamment - sont très pénibles et empêchent toute activité. Elle ajoute qu'elle a dû fermer son entreprise il y a plus de deux ans.

Dans sa réponse du 8 mai 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se référant à l'avis du SMR et au rapport d'examen clinique psychiatrique du 28 novembre 2011, il relève que l'assurée présente une pleine capacité de travail.

Dans un complément du 16 mai 2012 de son mandataire, la recourante a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvel examen de la cause et nouvelle décision au sens des considérants, et plus subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Elle soutient que le rapport du SMR du 5 octobre 2011 est dénué de valeur probante, car il ne tient pas compte de ses symptômes principaux, soit les douleurs abdominales, les nausées, les vomissements, les troubles digestifs, les diarrhées et les crampes abdominales. Sur le plan psychiatrique, contrairement à l'avis du SMR, elle explique qu'elle souffre d'épisodes dépressifs profonds, parfois même anxieux, qui associés à l'épuisement ne lui donnent aucune chance de recouvrer une capacité de travail entière.

Le 18 juin 2012, l'intimé a confirmé sa position, en se référant à un avis médical du SMR du 4 juin 2012 des Drs V._____ et Q._____, qui comporte notamment les passages suivants:

"[...]

Le rapport du Dr S._____, psychiatre, d'août 2011, porte le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, intolérance au lactose, dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (diarrhées, dyspepsie, côlon irritable). Le Dr S._____, sur le plan psychiatrique, retient une incapacité de travail de 100% depuis 2009, alors que le Dr B._____, dans son expertise, retient une capacité de travail entière.

Nous avons trouvé l'examen clinique SMR du Dr B._____ convaincant et fouillé et nous favorisons, pour l'estimation de la capacité de travail, l'avis du Dr B._____ car les médecins traitants ont toujours plus tendance à l'empathie.

[...]

La lettre du Dr I._____, médecin gastro-entérologue du CHUV de Lausanne du 15.08.2011, est vraiment très complète.

[...]

Le Dr I._____ signale qu'il n'y a pas de signe d'alarme comme une perte de poids ou une anémie, ce qui laisse conclure à un pronostic bénin. Il conclut donc à une dyspepsie fonctionnelle, une constipation (outlet obstruction), un syndrome de l'intestin irritable, puisque toute lésion organique a été éliminée et d'ailleurs formellement la patiente ne souffre pas de diarrhées chroniques, puisque le poids quotidien des selles est seulement de 55 g par jour.

Le Dr I._____, dans une lettre du 17.01.2012, écrit que la capacité de travail est de 100% comme esthéticienne et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont: nécessité d'avoir une activité physique légère comme emploi de bureau ou d'esthéticienne. Il faut un emploi permettant d'aller aux toilettes avec une certaine flexibilité. Par ailleurs, il rappelle l'éviction des produits laitiers.

Il y a donc pu y avoir des incapacités de travail transitoires, non durables, mais la capacité de travail est estimée à 100%.

[...]".

En date du 12 juillet 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle soutient que le rapport d'examen psychiatrique du SMR est lacunaire et qu'il est contredit notamment par le rapport du Dr S._____. Au regard de la persistance de la symptomatologie somatique et psychologique sur plusieurs années sans rémission, d'un pronostic peu favorable, de la chronicité des crises et de la douleur qui en résulte, elle

soutient qu'une réintégration dans un processus de travail n'est pas exigible. La recourante a en outre déposé les documents suivants:

- Un certificat médical du 12 juin 2012 du Dr S._____, indiquant une incapacité de travail de 100% du 12 juin au 12 juillet 2012.

- Un rapport du 12 juin 2012 du Dr W._____, psychiatre et chef de clinique au département de psychiatrie pour adultes du CHUV, qui relève notamment ce qui suit:

"La patiente raconte qu'il y a trois ans, elle a subi des problèmes gastro-entérologiques graves qui l'empêchent de fonctionner normalement. Les symptômes existent, des attaques de nausées qui font en sorte que la patiente est en incapacité complète, qu'elle commence à vomir et elle doit se coucher impérativement dans l'attente de faire baisser les symptômes. Elle subit des crampes massives, si fortes que parfois la patiente se met à pleurer. Ces symptômes peuvent être accompagnés par une constipation importante ou une diarrhée. Dans cette phase, tout fait mal, une attaque pareille peut durer 24 heures. Après une telle attaque la patiente présente en général un intervalle de quelques jours sans symptômes. Le problème pour la patiente est que les attaques sont complètement imprévisibles, ce qui veut dire qu'une activité professionnelle régulière n'est pas exigible, raison pour laquelle elle a arrêté de travailler en 2009. De la même façon, la planification de sa vie privée pose les mêmes problèmes, où elle se voit obligée, régulièrement, d'annuler les activités avec son copain ou ses amis, à la dernière minute. Entre les épisodes symptomatiques, elle arrive à vivre normalement.

Au début la patiente était suivie par son médecin généraliste le Dr Y._____ qui lui a prescrit du Xanax. Après les examens gastro-entérologiques qui n'ont rien montré, le Dr Y._____ avait proposé un suivi chez le psychiatre, le Dr S._____ qu'elle consulte depuis 2010. Son hypothèse était que, sous-jacent, il s'agissait d'un syndrome de dépression avec anxiété et pendant les deux dernières années elle a été traitée avec plusieurs anxiolytiques et antidépresseurs, sans aucune amélioration. Elle explique avoir exploré les domaines importants de sa vie pour trouver un lien entre ses symptômes physiques et des facteurs psychologiques voire psychiatriques. Selon la patiente aucun lien n'a pu être établi. Selon elle, elle ne souffre pas d'une maladie psychiatrique. Vu les limitations professionnelles existantes, le Dr S._____ a proposé de faire une demande AI. Elle a agréé sous la condition d'avoir une deuxième opinion au CHUV, qui a eu lieu en août 2011 et qui n'a rien montré de plus que les faits connus.

[...]

Le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec diarrhée, dyspepsie et côlon irritable peut être confirmé. Bien que la patiente

ne présente actuellement pas de symptôme dépressif, il est probable que le trouble dépressif récurrent lié au problème gastro-entérologique existe. Il n'est pas possible de relever d'autre diagnostic psychiatrique.

Limitation fonctionnelle

La symptomatologie présente une limitation importante chronique sur le plan professionnel et sur la sphère privée.

Psychodynamique

La patiente présente un clivage important entre son vécu émotionnel et physique où la présentation des symptômes physique est beaucoup plus élaborée que celle du plan émotionnel. Il est possible qu'il s'agisse de mode opératoire créé pendant sa jeunesse en fonction de survie émotionnelle qui s'avère maintenant dysfonctionnel et qui se présente actuellement plutôt en présentation physique qu'émotionnelle.

Systémique

De l'anamnèse biographique, il est évident que la maladie et la reconnaissance de la maladie jouent un rôle important dans la famille d'origine et plus particulièrement dans la relation avec sa mère et sa soeur, facteurs qui, hypothétiquement, peuvent jouer un rôle inconscient important dans la situation stagnée actuelle.

Psychothérapeutique

Bien qu'il existe des hypothèses psychothérapeutiques à explorer, un suivi psychothérapeutique intense s'est avéré infructueux, ce qui rend le pronostic d'un point de vue psychiatrique/psychothérapeutique peu favorable.

Diagnostic - CIM-10

F45.32 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme des intestins

F33.0 Trouble dépressif récurrent épisode actuel léger

Discussion

Lors des consultations, on a pu confirmer un diagnostic psychiatrique et le manque de progrès sur le plan du progrès psychiatrique/psychothérapeutique et la chronification de la situation. Il est aussi clair que la problématique entraîne la limitation professionnelle, relationnelle et sociale importante, chose que la patiente, étant donné sa façon de présenter ses difficultés, n'a probablement pas pu souligner suffisamment pendant l'entretien de l'évaluation psychiatrique pour l'Al. Vu le progrès absent sur le plan thérapeutique, on peut assumer que cette limitation restera inchangée.

Un certificat établi à la demande de l'intéressée est remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit".

Le 16 août 2012, l'intimé a confirmé sa position, en se référant à un avis médical du SMR du 25 juillet 2012 des Drs Z._____ et K._____, qui comporte notamment les passages suivants:

"Le certificat du Dr S._____ daté du 12 juin 2012 retient une IT de 100% du 12 juin 2012 au 12 juillet 2012. Il concerne une période postérieure à la décision contestée du 19 mars 2012.

[...]

Les diagnostics retenus sont F45.32 dysfonctionnement (sic) neurovégétatif somatoforme des intestins et trouble dépressif récurrent épisode actuel léger F33.0. Le diagnostic F45.32 est connu depuis au moins le 22 août (RM du Dr S._____), il ne constitue pas un fait nouveau et a été pris en compte tant par le médecin psychiatre FMH qui a examiné l'assurée le 5 octobre 2011 que par le spécialiste en médecine interne qui a rédigé le rapport d'examen SMR sur lequel se base la décision contestée. Le diagnostic F33.0 est quant à lui évoqué depuis 2008 et serait de toute façon sans impact sur la CT exigible.

On remarquera que le status clinique retient une humeur euthymique (humeur euthymique ou normothymique, gamme normale de variations d'humeur, sans humeur dépressive ou exaltée). Une telle humeur n'est donc pas pathologique, bien au contraire. Quant à l'alexithymie, [qui] désigne les difficultés dans l'expression verbale des émotions communément observées parmi les patients présentant des symptômes psychosomatiques, elle ne constitue en rien un empêchement à l'insertion dans le monde de l'économie.

Ces 2 documents ne retiennent donc aucune aggravation de l'état de santé psychique depuis l'examen psychiatrique au SMR en octobre 2011 ni aggravation ou fait nouveau de la sphère somatique antérieur au 19 mars 2012, date de la décision contestée.

Nous maintenons notre position".

Le 20 septembre 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Se prévalant de l'avis du Dr W._____, elle conteste la pertinence de l'avis du SMR sur le plan psychiatrique, dès lors que ledit service ne s'est pas prononcé clairement au sujet du caractère invalidant du trouble somatoforme. Elle a ajouté que, souffrant d'alexithymie, elle n'a pas pu s'exprimer clairement auprès du Dr B._____, de sorte que l'évaluation psychiatrique s'avère incomplète.

Le 9 octobre 2012, l'intimé a confirmé sa position, en se référant à un avis médical du SMR du 3 octobre 2012 des Drs J. _____ et K. _____, qui comporte notamment les passages suivants:

"Je confirme que c'est bien à la lumière de la jurisprudence du TFA en cas de TSD/fibromyalgie que la capacité de travail de l'assurée a été appréciée par le SMR. Le psychiatre du SMR a même pris soin de préciser en page 3 de son rapport d'examen du 5 octobre 2011 "Concernant la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme, une comorbidité psychiatrique manifeste dans sa durée et dans son intensité n'est pas constatée. D'après la description donnée par Madame M. _____ elle-même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas réunis". Il n'y a pas d'éléments objectifs nouveaux nous permettant donc de nous écarter de son appréciation basée sur l'étude du dossier, une anamnèse fouillée et un examen clinique psychiatrique.

Concernant l'impact sur la vie privée, le Dr W. _____ écrit en page 1 de son rapport que "l'assurée a des activités avec son copain ou ses amis...". Même si nous ne discutons pas le fait que l'assurée doit parfois annuler ces activités à la dernière minute, des empêchements d'une ampleur telle que le laisse entendre Me Davoine, et existant depuis des années, ne permettraient même pas à l'assurée de continuer de planifier des activités avec "son copain ou ses amis" (point 178 des déterminations de Me Davoine).

En l'absence de fait médical nouveau, nous maintenons donc notre position".

En date du 2 novembre 2012, la recourante a fait valoir que les arguments du SMR n'apportaient aucun élément nouveau et détournaient le sens des propos contenus dans le rapport du Dr W. _____. Elle a répété que le rapport d'examen psychiatrique établi par le Dr B. _____ était incomplet. La recourante a partant confirmé ses conclusions.

C. Par ordonnances du 23 avril et 2 mai 2012, le juge instructeur a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire, avec désignation d'un défenseur d'office en la personne de Me Gilles Davoine, avocat à Nyon.

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]). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 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 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. Dans le cas présent, est litigieux le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, soit à des mesures de réadaptation professionnelle et à une rente, qui lui sont refusées par l'intimé.

3. a) 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.

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) 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.

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).

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 (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).

d) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants 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 398 consid. 5.3 et 6; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132; 132 V 65 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1; Meyer-Blaser,

Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall 2003, p.77).

Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2).

4. a) Dans le cas présent, sur le plan somatique, l'assurée présente des problèmes gastro-intestinaux. Dans un rapport du 15 août 2011, le Dr I._____ a posé les diagnostics de nausées chroniques depuis 2008, de dyspepsie fonctionnelle, de syndrome de l'intestin irritable, de légère "outlet obstruction" et d'intolérance au lactose. Il n'a pas mis en évidence de lésion organique, hormis une légère "outlet obstruction", à cause d'une dysfonction abdomino-pelvienne. Le 17 janvier 2012, au vu des troubles gastro-intestinaux, ce médecin a retenu qu'il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail comme esthéticienne ou dans une activité adaptée. Les seules limitations fonctionnelles qu'il a retenue étaient que l'assurée devait pouvoir aller aux toilettes à sa guise et qu'elle devait suivre une alimentation spécifique (éviter les sucres artificiels et les produits laitiers).

Les rapports du Dr I._____, en tant que spécialiste en gastroentérologie, procèdent d'une analyse fouillée du cas et se fondent sur une appréciation dûment étayée. Ce médecin s'est du reste basé sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, soit notamment sur

les résultats des examens effectués par l'assurée. Il y a lieu de s'écarter de l'avis du Dr Y._____, dès lors qu'il n'est pas spécialiste en gastroentérologie et que son appréciation de la capacité de travail, en tant que médecin traitant de l'assurée, doit être appréciée avec les réserves d'usage. Ainsi, avec le SMR (cf. notamment rapport du 2 février 2012 du Dr Q._____), on retiendra que l'assurée présente une pleine capacité de travail sur le plan somatique dans une activité adaptée à son état de santé.

b) Sur le plan psychique, l'assurée a fait l'objet le 5 octobre 2011 d'un examen psychiatrique au SMR. Dans son rapport du 28 novembre 2011, le Dr B._____ n'a posé aucun diagnostic et a retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail exigible. Dans son appréciation du cas, il a constaté l'absence de symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse, de troubles cognitifs ou de trouble de la personnalité décompensée. Hormis des troubles du sommeil, l'assurée ne décrivait pas de symptomatologie dépressive depuis 2009, raison pour laquelle le Dr B._____ a précisé qu'il s'écarterait de l'avis de son confrère le Dr S._____.

Par ailleurs, on s'écartera des conclusions du Dr S._____ dans son rapport du 22 août 2011, car ce spécialiste est le psychiatre traitant de l'assurée et que son avis doit donc être apprécié avec les réserves d'usage. En outre, quand bien même il s'agit de somatisations, le Dr S._____ semble se fonder bien plus sur les troubles physiques - qui relèvent de la compétence, notamment, du Dr I._____ - que sur les troubles purement psychiques de sa patiente pour justifier l'incapacité de travail. Enfin, il n'a retenu qu'un épisode dépressif léger, et non de degré sévère ou même de degré moyen. Dès lors, avec les médecins du SMR (avis médical du 4 juin 2012 des Drs V._____ et Q._____), on retiendra que les conclusions du Dr B._____ sont déterminantes par rapport à celles du Dr S._____ pour apprécier l'état de santé psychique de l'intéressée.

La recourante se prévaut de l'avis du Dr W._____, dont elle a déposé un rapport, daté du 12 juin 2012, après le dépôt de son recours. Or ce médecin, s'il pose les diagnostics de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme des intestins et de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, ne retient pas formellement d'incapacité de travail, et précise qu'actuellement sa patiente ne présente pas de symptôme dépressif. Certes, le Dr W._____ relève que la "symptomatologie présente une limitation importante chronique sur le plan professionnel", mais une telle assertion manque singulièrement de clarté et de précision. Au vu de la motivation de ce médecin dans la partie "discussion" de son rapport, on peine à discerner les raisons objectives qui pourraient justifier le cas échéant une diminution de la capacité de travail. Pour sa part, dans son certificat du 12 juin 2012, le Dr S._____ retient une incapacité de travail de 100%, mais pour une période postérieure à la date de la décision attaquée et en l'absence de toute motivation.

La recourante fait en outre valoir qu'elle souffre d'alexithymie, faisant valoir qu'elle n'a pas pu s'exprimer clairement auprès du Dr B._____ et que l'évaluation psychiatrique s'avère incomplète. A ce sujet, les médecins du SMR (avis médical du 25 juillet 2012 des Drs V._____ et K._____) ont retenu que cette atteinte, qui désigne les difficultés dans l'expression verbale des émotions, ne constitue en rien un empêchement à l'insertion professionnelle. Pour le surplus, au vu des motivations détaillées de ces médecins du SMR, il y a lieu de se fonder sur les conclusions du Dr B._____ - qui a procédé à un examen complet et se fonde sur des conclusions motivées - et de retenir que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

c) Sous l'angle du trouble somatoforme douloureux, la recourante soutient qu'une réintégration professionnelle n'est pas exigible de sa part. Elle se fonde à ce sujet sur la persistance de la symptomatologie somatique et psychologique sur plusieurs années sans rémission, sur un pronostic peu favorable, sur la chronicité des crises et sur la douleur qui en résulte.

Dans son rapport d'examen du 28 novembre 2011, le Dr B. _____ a écarté la présence d'une comorbidité psychiatrique manifeste dans sa durée et dans son intensité. Le fait qu'aucun psychiatre n'atteste de l'existence d'un état dépressif majeur (soit grave ou même de degré moyen) ne peut que corroborer cette appréciation. Au vu de la description donnée par l'assurée, le Dr B. _____ a ajouté qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Le Dr W. _____ a en outre relevé que l'assurée a des activités sociales, qu'elle doit toutefois parfois interrompre en raison des crises liées à son état de santé. Enfin, les médecins du SMR (avis médical du 3 octobre 2012 des Drs J. _____ et K. _____) ont confirmé ces appréciations, en retenant qu'il n'y avait pas d'invalidité en raison du trouble somatoforme douloureux. Aucun document médical ne permet de remettre en cause cette conclusion. Il y a donc lieu de retenir que le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme des intestins présenté par la recourante n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail.

5. a) Il s'ensuit que la capacité de travail de la recourante est entière, de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures de réadaptation professionnelle. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

b) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. En effet, de par 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).

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).

Le conseil de la recourante a déposé le 26 août 2013 sa liste des opérations en retenant un total de 29h45. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît toutefois trop important eu égard à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de cette liste que le temps consacré aux opérations effectuées les 26 avril, 1^{er} mai, 10 juillet, 20 septembre et 2 novembre 2012 est excessif par rapport à ce qu'aurait fait un mandataire diligent. Les nombreux appels de l'avocat au tribunal et à la cliente – soit les 26 et 28 avril, 1^{er} et 16 mai 2012 et 20 mars 2013 en particulier – ne semblent par ailleurs de loin pas tous nécessaires. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit être réduit à 20 heures. C'est ainsi un montant de 3'996 fr. (20 heures au tarif horaire de 180 fr., avec 100 fr. de débours et la TVA à 8%) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées.

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]).

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
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 19 mars 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 Gilles Davoine, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'996 fr. (trois mille neuf cent nonante-six francs), 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles Davoine, avocat à Nyon (pour M. _____)
- 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 :