

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Pittet et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

Q._____, à Nyon, recourante, représentée par PROCAP Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 28 LAI; 6 et 8 LPGA

E n f a i t :

A. Q._____, née en 1973, célibataire et mère de deux enfants nés en 1994 et 2008, sans formation (ci-après : l'assurée ou la recourante), a occupé divers postes de travail jusqu'en 2007 (dame de compagnie, aide de cuisine, serveuse, femme de ménage, concierge). Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 13 septembre 2011, en faisant état de problèmes chroniques de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil et de la concentration résistant au traitement et existant depuis 2002. Elle a indiqué présenter une incapacité totale de travail depuis 2004 et être suivie depuis octobre 2008 par la Dresse R._____, psychiatre.

Le 29 septembre 2011, répondant au questionnaire destiné à déterminer son statut (part active/part ménagère), l'assurée a indiqué que, si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à un taux de 50 %.

Dans un rapport médical du 7 novembre 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), la Dresse R._____ a indiqué que l'assurée était en traitement chez elle depuis le mois d'octobre 2008 à raison de 2 à 3 consultations mensuelles, précisant que la patiente avait précédemment été suivie par son confrère psychiatre le Dr P._____. Elle a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une personnalité émotionnellement labile (F60.3) existant depuis le début de l'âge adulte ainsi qu'un trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique (F33.11) existant depuis environ 2004. L'anamnèse est exposée comme suit :

"Il s'agit d'une patiente d'origine Portugaise, en Suisse depuis 2002. Auparavant, divers séjours en Suisse, dès 1994. Elle est mère de deux enfants de deux pères différents, dont [...], âgé de 17 ans (né en 1994), et [...] âgé de 3 ans et demi (né en 2008). Elle vit seule, et maintient des rapports assez conflictuels avec le père de [...]. Son fils [...], qui souffre par ailleurs d'une thrombopathie, a eu des problèmes de type délinquance juvénile, qui ont nécessité parfois

son placement en maison de correction ou foyer éducatif. Il vit actuellement avec la patiente. Son fils [...] est en bonne santé. Concernant ses antécédents familiaux, je relève une enfance difficile, la patiente étant la 7^{ème} d'une fratrie de 8 enfants, composée de 3 garçons et 5 filles. Son père a abandonné sa mère lorsqu'elle était enfant, ce qu'elle ne lui a jamais pardonné. Elle aurait subi la violence physique d'un de ses frères aînés, et lorsqu'elle avait 10 ans sa mère l'a fait voir par un psychiatre, car elle était "nerveuse". A 16 ans elle connaît le père de son fils [...], qui est toxicomane, ce dont elle va beaucoup souffrir. Actuellement, trois de ses soeurs et un frère habitent en Suisse, et une autre en France.

Sur le plan professionnel, la patiente suit une scolarité jusqu'à l'âge de 16 ans, aurait fait une formation de garde-malade au Portugal, pendant 6 mois. En Suisse a travaillé pendant un an pour garder une personne âgée à domicile. A toujours travaillé sans contrat, depuis l'âge de 13-14 ans, au Portugal. Dès 19 ans a fait plusieurs séjours en Suisse pour des emplois non qualifiés, sans contrat. En 2002, elle a travaillé à [...] comme aide au service de l'hôtel, avec un contrat à 100 %, pendant 7 mois. Ensuite était dans un restaurant ([...]) aide à la cuisine, pendant moins d'une année. Ensuite a fait des ménages et conciergerie, pendant 5 ans. A travaillé jusqu'à début 2007, dans les nettoyages et la conciergerie.

Sur le plan somatique, la patiente a eu de multiples problèmes de santé que la patiente a du mal à décrire (polypes intestinaux, infections intestinales ?). Dr T. _____ a suivi la patiente comme médecin traitant. Les problèmes de santé de type dépressif débutent lorsqu'on découvre le problème de santé de son fils aîné, il y a environ 8 ans. Suite à cela, la patiente fait une dépression, pendant environ une année. En 2004, elle est suivie par Dr P. _____, psychiatre, qui lui prescrit du Remeron et du Lexotanil. Par la suite, après la naissance de son fils [...] en mai 2008, le père de celui-ci prend de la distance avec la patiente, la laissant tout assumer. Suite à ça Mme Q. _____ se sent de plus en plus fatiguée, énervée, perd l'appétit, et fait des cauchemars. Elle n'arrive pas à prendre soin d'elle, et depuis n'a jamais eu la force de reprendre un travail.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, la patiente a déjà consulté un psychiatre entre 2000 et 2002, car elle avait un sentiment d'échec de sa vie, était nerveuse. Aurait reçu à l'époque des calmants.

En avril 2011, une consultation dans un centre de médecine du sommeil est réalisée (Dr [...]), qui conclut à une cause anxio-dépressive de son insomnie, avec scores d'anxiété et de dépression élevés."

La psychiatre a décrit l'assurée comme présentant une importante asthénie, une thymie triste sans idées de mort, des difficultés de concentration et de mémoire, une perte d'appétit et de poids, une anxiété diffuse avec un cortège somatique associé. Selon la Dresse R. _____, la patiente souffre d'insomnie (réveils fréquents). Il n'y avait pas d'éléments de la lignée psychotique mais l'assurée se plaignait de maux de tête, de bruits dans la tête, de douleurs diffuses (dos, jambes) et de vertiges. La

psychiatre disait avoir introduit du Librax et du Floxyfral mais expliquait qu'il était difficile de trouver un traitement. Elle indiquait que sa patiente était en incapacité totale de travail depuis le 21 octobre 2008 et que l'activité professionnelle exercée jusqu'alors n'était plus exigible en raison de l'asthénie, de l'irritabilité et des difficultés de concentration qu'elle présentait. Dans l'annexe psychiatrique au rapport AI, elle a relevé que l'assurée rencontrait des difficultés relationnelles ("parfois irritable"), dans la gestion des émotions ("thymie dépressive"), liées aux tâches administratives ("concentration, mémoire"), une hypersensibilité au stress ("niveau élevé d'anxiété") et l'apparition périodique de phases de décompensation ("actuellement dépression chronique"). La patiente confondait parfois les jours de la semaine, disposait de capacités limitées de concentration, mnésiques (en rapport avec son état dépressif) et d'adaptation au changement (anxiété de fond). A la question de savoir, en fonction de l'état de santé et de ses variations, quelle activité serait encore possible pour l'assurée, la Dresse R. _____ a répondu que cette évaluation était difficile à faire dès lors que sa patiente n'avait plus travaillé depuis 3 ans.

Dans un avis médical du 22 novembre 2011, le Dr H. _____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a relevé que les informations dont il disposait ne lui permettaient pas de corroborer les conclusions de la Dresse R. _____ et proposait que l'assurée soit examinée par un médecin psychiatre du SMR.

L'assurée a été examinée par la Dresse B.U. _____, psychiatre au SMR, le 19 janvier 2012. Dans son rapport d'examen psychiatrique du 13 février 2012, cette spécialiste a notamment relevé ce qui suit :

"ANAMNÈSE

Antécédents familiaux

La mère, âgée de 80 ans, femme de ménage au Portugal, actuellement à la retraite, souffre d'allergies et de problèmes cardiovasculaires.

Le père géniteur, peintre en bâtiment, est décrit comme alcoolique. Dans un premier temps, l'assurée déclare que ses parents n'étaient pas mariés, mais ensuite elle change d'avis. En tout cas, les parents

n'habitaient pas ensemble et l'assurée n'a plus de contacts avec son père.

L'assurée est née en France, deuxième d'une fratrie de huit enfants, dont une soeur est décédée à l'âge de 14 ans dans un accident de vélo. L'assurée a un frère qui vit au Portugal, un autre en France et les autres vivent en Suisse.

Peu après la naissance de l'assurée, la famille est retournée vivre au Portugal. L'enfance est décrite comme malheureuse. L'assurée aurait subi de la maltraitance physique infligée par son frère aîné et son père alcoolique.

Elle aurait également été violée par un inconnu à l'âge de 14-15 ans. L'assurée n'a jamais été mariée. Au Portugal, elle a eu une relation sentimentale pendant 17 ans avec un compatriote de 1 an son cadet, décrit comme toxicomane et violent. Le couple n'habitait pas ensemble.

De cette union, un enfant est né en 1994, il souffre d'une thrombopathie et troubles du comportement, n'a aucune formation ni activité professionnelle et vit actuellement chez l'assurée. Le compagnon de l'assurée aurait essayé de la tuer et le couple se sépare en 2002.

Désespérée, l'assurée s'enfuit en Suisse en 2002.

Depuis 5 ans environ, elle a une relation sentimentale avec un homme suisse âgé de 39 ans, jardinier, décrit comme alcoolique. Le couple ne vivait pas ensemble. La relation se péjore progressivement et aboutit à une séparation, très mal vécue par l'assurée.

De cette union, un fils est né en 2008, décrit en bonne santé.

Suite à un conflit conjugal, le couple se sépare il y a 6 mois, et depuis, l'assurée vit seule. Actuellement, elle habite à Nyon et sur le plan financier, elle est prise en charge par le Service social.

Anamnèse professionnelle

L'assurée suit une scolarité obligatoire jusqu'en 7^{ème} et elle arrête ses études. Ensuite, elle entreprend une formation de garde-malade au Portugal pendant 6 mois.

Depuis son arrivée en Suisse en 2002, elle a travaillé à l'Hôtel [...] à Prangins comme aide serveuse durant 7 mois à un pourcentage de 100 %. Après son licenciement, elle a recommencé à travailler au Restaurant [...] à Nyon en qualité de femme de ménage. En même temps, elle déclare avoir travaillé dans une discothèque. Puis, l'assurée a fait des ménages et conciergeries pendant 5 ans. Elle a travaillé jusqu'à fin 2007 en qualité de femme de ménage et dans la conciergerie. Après son licenciement, l'assurée est prise en charge par l'Assurance chômage de juillet 2007 à février 2008. Elle est en incapacité de travail à 100 % depuis le 21.10.2008. Après la naissance de son fils cadet, le 02.05.2008, l'assurée s'occupe de son éducation et depuis le 21.10.2008, elle est en incapacité de travail à 100 % sur la base du certificat médical de son psychiatre traitant.

Anamnèses psychosociale et psychiatrique actuelles

En 2004, suite à la maladie et les difficultés avec son fils, elle aurait développé une symptomatologie anxio-dépressive. Aucun document n'est en notre possession.

Elle aurait bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr P._____, psychiatre à Rolle pendant environ une année.

En 2008, après la naissance de son fils au mois de mai, elle se décrit à nouveau fatiguée et déprimée et en octobre 2008, elle débute une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse

R. _____ avec laquelle elle a actuellement rendez-vous à une fréquence d'environ 2 fois par mois. Elle déclare parler beaucoup avec son médecin au téléphone.

Sur le plan médicamenteux, anamnestiquement, plusieurs médicaments antidépresseurs ont été introduits et rapidement arrêtés par l'assurée en raison des effets secondaires. L'assurée déclare qu'elle a arrêté les médicaments à cause de son fils cadet.

Nous pensons qu'il s'agit également d'une mauvaise compliance médicamenteuse.

Actuellement, l'assurée bénéficie d'un traitement antidépresseur Trittico® 150 mg 1cp/soir introduit depuis hier, un anxiolytique Librax® 2cps/jour et du Lexotanil® 6 mg 1cp/soir et 1/2cp en réserve.

L'assurée fume environ un paquet de cigarettes par 1 1/2 jour, elle ne boit pas d'alcool et ne consomme pas de drogues.

Plaintes actuelles

L'assurée se plaint de troubles du sommeil, car elle est réveillée la nuit par son fils cadet très souvent malade. Elle se plaint également de fatigue, de douleurs au bras G depuis 2 ½ ans et de douleurs au dos.

Vie quotidienne

L'assurée se lève à 07h00-07h30, parfois 08h00, elle s'occupe de son fils cadet et après elle boit un verre de lait. Pendant la matinée, elle fait des bricolages et joue avec son fils et ensuite elle sort faire une promenade.

A midi, elle prépare le repas qu'elle partage avec son petit. Trois après-midi par semaine, elle accompagne son fils à la crèche où il reste jusqu'à 18h00. De retour à la maison, elle s'occupe du ménage et fait la lessive 1 fois par jour, le repassage rarement, passe l'aspirateur 1 fois par jour et fait les courses à la [...].

Le soir, elle fait la cuisine et mange avec ses enfants. Elle se couche vers 22h00-22h30, en fonction de son fils cadet.

Sa vie sociale est inchangée depuis son arrivée en Suisse. Elle voit régulièrement ses frères et soeurs et également une amie. Elle déclare ne pas avoir envie de sortir, surtout le soir. Elle aime bien faire des promenades seule. L'assurée n'a pas de permis de conduire.

En juillet 2011, elle a passé ses vacances en France, avec son ami et ses enfants.

Sur le plan professionnel, l'assurée est démotivée, elle ne fait aucun projet.

STATUS PSYCHIATRIQUE

L'assurée se présente ponctuellement au rendez-vous, en voiture, accompagnée d'un fils adopté par sa mère.

Elle est correctement habillée, paraissant plus jeune que son âge, peu soignée de sa personne, tendue, peu collaborante et orientée aux 3 modes.

Nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. L'assurée présente une légère agitation psychomotrice. L'humeur est euthymique. L'assurée ne présente pas de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Elle ne verbalise pas d'idées suicidaires.

Les quelques traits dépressifs, présents lorsque l'assurée exprime la colère et son désarroi au sujet du départ de son ami, sont discrets et ne nous permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

Sur le plan anxieux, l'assurée ne présente pas d'anxiété persistante ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Elle présente des traits anxieux lorsqu'elle raconte ses difficultés actuelles.

Elle ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale ni de claustrophobie.

Son discours est cohérent, plaintif, plutôt agressif, elle partage bien le focus d'attention. Nous n'avons pas mis en évidence de symptômes de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique.

Dans le contact, l'assurée est peu collaborante et facilement irritable. Elle présente une agressivité à fleur de peau. L'assurée déclare se culpabiliser d'avoir un deuxième enfant, car elle se sent dépassée par ses responsabilités.

Ses capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites inférieures de la norme.

Anamnesticquement, l'assurée décrit des troubles du sommeil et de la fatigue en raison de son fils cadet qui pleure et la réveille. Les plaintes de l'assurée sont psychosociales.

Tout au long de l'entretien, l'assurée ne présente pas de comportement algique ni de sentiment de détresse. Cependant, 2 min avant la fin de l'entretien, elle se lève en disant avoir mal au dos.

Nous n'avons pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

L'assurée est une femme instable, labile, impulsive, abandonnique, autoritaire, avec des capacités d'anticipation diminuées et sans moyens d'introspection. Elle présente une personnalité borderline, non décompensée.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

• TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ÉPISODE MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION PARTIELLE. **F 33.4**

- sans répercussion sur la capacité de travail

• PERSONNALITE BORDERLINE NON DÉCOMPENSÉE. **F 60.31**

• DIFFICULTÉS LIÉES À DE POSSIBLES SÉVICES SEXUELS INFLIGÉS PAR UNE PERSONNE ÉTRANGÈRE À SON ENTOURAGE IMMÉDIAT, DIAGNOSTIC ANAMNESTIQUE. **Z 61.5**

APPRÉCIATION DU CAS

La vie de l'assurée est marquée par une importante carence affective, de la maltraitance physique infligée par son frère et son père alcoolique et un parcours instable.

Jamais mariée, elle est mère de deux enfants avec des pères différents avec lesquels elle n'a jamais vécu maritalement. Elle s'installe en Suisse en 2002 pour fuir son compagnon portugais qui aurait essayé de la tuer.

Il s'agit d'une femme immature, instable, assez autoritaire, abandonnique, sans moyen d'introspection et incapable de se remettre en question. Elle souffre d'un trouble de la personnalité borderline, non décompensé, qui ne justifie pas une diminution de la capacité de travail. Relevons que le terme "décompensation" est tiré du vocabulaire de la médecine organique pour désigner des maladies ou troubles qui peuvent être pendant un certain temps compensés : c'est-à-dire qu'ils existent potentiellement, mais que leurs conséquences néfastes n'apparaissent pas du fait de défenses,

de ressources qui les équilibrent. Quand cet équilibre est rompu, le trouble va se manifester, il ne sera plus "compensé" par autre chose, la maladie sera dite décompensée. Chez notre assurée, il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité grave et ayant valeur incapacitante qui suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la 2^{ème} dizaine d'années de vie, si on se tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence.

Dans le rapport médical du 07.11.2011, la Dresse R. _____ retient les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et elle atteste une incapacité de travail à 100 % depuis le 21.10.2008. Cependant, l'état de l'assurée n'a jamais nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique, le traitement psychotrope a été systématiquement arrêté et selon les dires de l'assurée, elle va moins bien, surtout depuis 6 mois avec une stabilisation de son état il y a 2-3 mois. Quoiqu'il en soit, à l'examen clinique de ce jour, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, est en rémission complète et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail. L'assurée ne présente pas de thymie triste, ni de difficultés de concentration et de mémoire. Le poids, anamnesticquement, est stable, elle ne présente pas d'anxiété. Les troubles du sommeil sont facilement expliqués par son fils cadet qui est souvent malade et qui la réveille, donc il ne s'agit pas de troubles du sommeil dans le cadre d'un état dépressif.

A l'examen, l'assurée ne se plaint pas de maux de tête ni de bruits dans la tête ni de vertiges ni de tristesse. Elle se plaint seulement de douleurs au bras G depuis 2 1/2 ans, de douleurs au dos et de difficultés à assumer son deuxième enfant. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité.

A noter que l'évolution a été favorable en l'absence d'un traitement médicamenteux psychotrope, car l'assurée a arrêté chaque antidépresseur introduit par le médecin traitant et ceci en raison des effets secondaires dont elle ne se souvient plus.

Le vrai problème actuel, sont les difficultés psychosociales et une importante démotivation de l'assurée qui ne représentent pas des limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur le plan purement psychiatrique, elle est tout à fait apte à participer au programme de réinsertion professionnelle à un pourcentage de 100 %.

Quant à l'amélioration sur le plan psychiatrique, si l'on tient compte des dires de l'assurée qui atteste une évolution stable depuis 2-3 mois, on peut situer l'amélioration à ce moment là. Cependant, aucun document n'est en notre possession.

D'autre part, par rapport aux plaintes somatiques, l'assurée ne se souvient pas si elle a été ou pas examinée par un médecin rhumatologue. Le médecin responsable du dossier devrait décider de la nécessité ou pas d'un tel examen au SMR.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée présente une capacité de travail exigible entière dans toute activité.

Limitations fonctionnelles

Actuellement, elle ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

La démotivation, l'absence de formation professionnelle et les problèmes financiers ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Incapacité de travail à 100 % depuis le 21.10.2008 selon le psychiatre traitant.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Incapacité de travail nulle en tout cas depuis l'automne 2011.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

depuis l'automne 2011."

Dans un avis médical SMR du 28 février 2012, le Dr H. _____ a fait siennes les conclusions de la Dresse B.U. _____ en relevant que le problème actuel était celui d'une importante démotivation et des difficultés psychosociales qui n'étaient pas invalidantes au sens de l'AI. Il a conclu à une incapacité totale de travail d'octobre 2008 à octobre 2011, puis à une pleine capacité de travail exigible dans toute activité dès cette date.

Par projet de décision du 14 mars 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

- Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 21 octobre 2008. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.
- A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 21 octobre 2009, votre capacité de travail était toujours restreinte et le droit à la rente était théoriquement ouvert.
- Néanmoins, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations (article 29 LAI). Vous avez déposé votre demande de prestations le 13 septembre 2011 la rente pourrait donc être octroyée au plus tôt dès le 1^{er} mars 2012.
- Cependant, selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que votre état de santé s'est amélioré et que dès le mois d'octobre 2011 une pleine capacité de travail peut à nouveau être exigible de vous dans toute activité professionnelle et ceci sans limitations fonctionnelles.
- Dès lors, des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires et le droit à la rente n'est pas ouvert."

Par écriture du 17 avril 2012, Procap, Centre de conseils en assurances sociales, a informé l'OAI qu'il était consulté par l'assurée qui l'avait mandaté pour former des objections au projet de décision du 14 mars précédent. Le 7 mai 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a indiqué à l'OAI qu'elle contestait le projet de décision qui lui avait été notifié, dès lors que le rapport SMR du 19 janvier 2012 s'écartait des conclusions de sa psychiatre du 7 novembre 2011 en retenant surtout les éléments qui minimisaient une atteinte à la santé, comme par exemple le fait qu'elle n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique, qu'elle avait arrêté chaque anti-dépresseur, ou que l'évolution de son état de santé psychique a été favorable sans traitement médicamenteux. Selon Procap, l'avis du SMR constituait une synthèse des documents médicaux recueillis, sans véritable portée autonome pour l'instruction de la cause, de telle sorte que l'on ne saurait lui accorder valeur probante. Se prévalant en outre de la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les facteurs psychosociaux et socioculturels et leur rôle dans l'invalidité et en particulier de l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 octobre 2001 (TF, I 724/99), le mandataire de l'assurée a fait valoir que le rapport du SMR était lacunaire sur de nombreux points et n'indiquait en particulier pas les raisons de l'amélioration théorique de l'état de santé de sa mandante. Il a requis que la demande de prestations AI de l'assurée soit réexaminée sur la base d'éléments déterminants et objectifs.

Dans un avis SMR du 5 juin 2012, le Dr H._____ a notamment indiqué ce qui suit :

"Lors de l'examen au SMR par la Dresse B.U._____, psychiatre FMH, il n'avait pas été retenu de syndrome dépressif franc. Il était par ailleurs noté qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisations en milieu psychiatrique, et pas de traitement médicamenteux suivi (certes en raison d'une intolérance alléguée à ces différents traitements). Il est retrouvé plutôt actuellement une problématique psychosociale. Quoiqu'il en soit, le diagnostic retenu (Trouble dépressif récurrent) est identique chez la psychiatre-examinatrice et la psychiatre-traitante Dresse R._____. Seulement, lors de l'examen, l'épisode est en rémission complète depuis au moins l'automne 2011, anamnestiquement, et de ce fait, la CT est à nouveau entière depuis cette date.

Il n'y a donc a priori pas de contradiction : la demande de cette assurée a été tardive, ce qui explique entre autre le refus du droit à une rente, même partielle, mais l'appréciation différente entre les

deux psychiatres s'explique par le fait que l'épisode dépressif est en rémission.
Nous maintenons donc nos conclusions en l'état."

Par décision du 4 juillet 2012, l'OAI a maintenu son projet de décision du 14 mars précédent rejetant la demande de prestations AI de l'assurée. Dans le courrier accompagnant la décision, l'OAI a relevé que, de l'avis du SMR qui les avaient examinés, les éléments de contestation avancés n'attestaient aucun fait nouveau et constituaient une appréciation différente d'une situation similaire.

B. Par acte du 4 septembre 2012, Me Marc Zürcher, avocat auprès de Procap, agissant au nom de Q._____, a recouru contre la décision de l'OAI du 4 juillet précédent, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation (1), principalement à ce qu'il soit constaté que la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité (2), subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens qui précède et nouvelle décision (3) et a requis que le bénéfice de l'assistance judiciaire en ce qui concerne les frais de justice (4). En substance, la recourante fait valoir que l'appréciation médicale de sa psychiatre, la Dresse R._____, a un caractère probant, si bien que l'incapacité totale de travail qu'elle constate ne peut être écartée, ce d'autant que l'appréciation de cette médecin remet en question celle du SMR, dont elle déplore en outre qu'elle émane d'un médecin interne à l'assureur social. Elle en déduit que la mise en œuvre d'une expertise, confiée à un psychiatre indépendant, est justifiée, d'autant plus que le SMR semble confondre rémission et guérison totale. En annexe à son recours, elle produit l'avis médical établi le 31 août 2012 par le Dr T._____, interniste et médecin traitant, qui a la teneur suivante :

"Maître,
J'ai bien reçu votre courrier du 27 courant. J'ai l'avantage de répondre ci-dessous à vos questions :
— **Diagnostic :**
Je n'ai pas de diagnostic à fournir actuellement. Mme Q._____, que je connais depuis 2002, n'a pas à proprement parler de maladie somatique chronique ou aigue. Elle a une vie très difficile dont elle vous a certainement parlé, ce qui a des répercussions

psychosomatiques intermittentes (mal de dos, fatigue, asthénie, etc.) pour lesquelles elle me consulte. Ces troubles de l'humeur se sont exacerbés à plusieurs reprises au cours des années passées, ce qui m'a motivé à la référer à des collègues psychiatres. Ne l'ayant pas vue en consultation depuis mai 2012, alors qu'elle sortait d'une opération ORL, je ne peux me prononcer intelligemment sur l'état actuel de son humeur.

— **Répercussions des problèmes de santé sur sa capacité de travail et estimation du pourcentage de travail encore réalisable dans l'activité habituelle**

Comme mentionné ci-dessus, Mme Q._____ n'a pas de maladie chronique. Ses problèmes de "santé" consistent en des répercussions psychosomatiques des très réelles difficultés de sa vie quotidienne. Pour sûr, elle exerce un travail pénible, physique, tout en s'occupant de ses enfants, dans un contexte relationnel de couple assez instable. Il est donc difficile d'invoquer une origine somatique à une limitation de l'activité professionnelle.

L'absence de diagnostic est d'ailleurs à l'origine d'une intense frustration de sa part, génératrice d'une forte méfiance à l'égard des médecins qui s'occupent d'elle et qui sont incapables de déterminer de quelle maladie elle souffre.

— **Si des activités mieux adaptées sont possibles, des indications quant à la nature de celles-ci, le pourcentage de travail exigible et la description des limitations fonctionnelles à respecter**

Au vu de ce qui précède, je ne peux pas être affirmatif de quoi que ce soit. Il se peut qu'un travail moins physique soit mieux toléré, mais cela n'aura probablement peu ou pas d'effet sur sa perception morbide, donc sur ses revendications d'assistance.

— **Pronostic**

A titre de médecin généraliste, difficile d'énoncer un pronostic en l'absence d'un diagnostic somatique.

Quant à celui touchant à la souffrance psychique relative aux difficultés de sa situation personnelle et sociale, je pense qu'il dépend de changements significatifs qu'elle devrait engager elle-même. Je pense néanmoins qu'un accompagnement est essentiel pour y parvenir. Un soutien de l'AI, sous forme d'un "coach" professionnel, et un soutien psychologique pourraient s'avérer conjointement fructueux."

Par prononcé du 10 septembre 2012, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux avances et aux frais judiciaires.

Le 9 octobre 2012, la recourante a produit l'avis médical établi le 26 septembre 2012 par la Dresse R._____ à la demande de son mandataire, qui a la teneur suivante :

"Réponse à vos questions :

1. Diagnostic :

Personnalité émotionnellement labile (ICD 10 : F60.3)

Trouble dépressif récurrent, moyen, avec syndrome somatique (F33.11)

Le 30.08.12 une échelle de Hamilton dépression cotait à 21 (dépression moyenne)

2. Répercussion des problèmes de santé sur sa capacité de travail et estimation du pourcentage de travail exigible dans l'activité habituelle :

Patiente sans activité professionnelle depuis 2008, antérieurement travaillait comme garde-malade, concierge, ou faisait des nettoyages. Il est difficile de se faire une idée objective de la capacité de travail de cette patiente, qui par ailleurs assume presque seule la garde de son fils de 4 ans, et s'occupe de son ménage. On peut cependant supposer que dans le meilleur des cas, sa capacité de travail actuelle n'excéderait pas 50 %, en raison des symptômes anxieux avec d'importantes somatisations, et des troubles de sommeil persistants. Notons aussi qu'en raison de son trouble dépressif récurrent, son état fluctue. Par conséquent, on peut estimer que régulièrement sa capacité de travail est nulle, lorsque la patiente n'arrive plus à se nourrir correctement, présente des plaintes somatiques massives, et ne sort presque plus de chez elle. Notons aussi régulièrement des plaintes de troubles de la mémoire et difficultés de concentration, qui rendraient difficile un travail exigeant une importante concentration. Par ailleurs, le trouble de personnalité induit chez elle une difficulté à gérer ses affects et principalement la colère, ce qui complique ses relations interpersonnelles.

3. Activités adaptées :

Je ne vois pas à l'heure actuelle quelle activité adaptée pourrait réaliser cette patiente.

4. Pronostic :

Je connais cette patiente depuis 4 ans. Celle-ci a toujours pour moi présenté un tableau clinique dominé par les affects dépressifs et anxieux, ainsi que les troubles du sommeil. Depuis la naissance de son fils de 4 ans, la patiente a perdu 12 kg.

Dans l'ensemble, son suivi a été marqué par des difficultés en raison des nombreux effets adverses aux différentes médications, aux faibles résultats obtenus par ceux-ci. Sur le plan somatique, de multiples problèmes (sphère ORL et digestive, ostéo-articulaire, infectieuse...) sont venus affaiblir et compliquer son état de santé. Sur le plan psycho-social, sa problématique tourne principalement autour de ses difficultés avec le père de son fils cadet, la patiente exprimant beaucoup de révolte et d'amertume à ce sujet, parvenant difficilement à se recentrer sur elle-même pour pouvoir prendre du recul face à sa situation, et mobiliser des ressources personnelles.

Dans ce contexte, il est difficile de se prononcer quant au pronostic à long terme, mais en ce qui concerne ces quatre dernières années, il est très improbable qu'elle ait pu assumer un quelconque travail.

Par rapport au rapport du SMR du 5 juin 2012, je suis étonnée qu'ils aient pu trouver la patiente asymptomatique, alors que je ne l'ai jamais vue rétablie de sa dépression en quatre ans."

Dans sa réponse du 19 octobre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a déclaré en outre se référer aux avis médicaux du SMR des 22 novembre 2011 et 5 juin 2012 et en particulier à celui établi le 15 octobre 2012 par le Dr V. _____ dans le cadre de la présente procédure, qui a la teneur suivante :

"Le rapport de la Dresse R. _____ du 26.9.2012 reprend les mêmes diagnostics que précédemment.

La Dresse R. _____ estime que la capacité de travail de l'assurée n'excède pas 50 % en raison des symptômes anxieux avec d'importantes somatisations, et des troubles du sommeil persistant. Elle ajoute que les fluctuations de l'humeur justifient régulièrement des incapacités de travail totales. L'assurée présenterait en outre des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que des difficultés à contrôler sa colère. La Dresse R. _____ ne voit pas quelle activité serait adaptée. Elle s'étonne que la psychiatre du SMR ait pu considérer que l'état dépressif est en rémission.

Elle ne décrit pas le status clinique ni les limitations fonctionnelles.

Ce courrier ne contient strictement aucun élément objectif de nature à jeter un léger doute sur les conclusions de l'examen clinique du 19.1.2012. Il n'y a pas lieu d'instruction par un nouveau rapport du médecin traitant ou une expertise externe.

Il convient encore d'observer que le rapport d'examen clinique du SMR remplit les critères jurisprudentiels lui conférant un caractère probant. J'ajoute qu'il est fréquent que l'avis du médecin psychiatre traitant soit plus empathique que celui de l'expert, du fait même de la relation thérapeutique. De manière générale, l'avis de l'expert doit l'emporter sur celui du médecin traitant."

Dans sa réplique du 5 février 2013, la recourante a confirmé ses conclusions et sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

Le 26 février 2013, l'intimé a indiqué au juge instructeur qu'il n'avait rien à ajouter à ses explications du 19 octobre précédent et a confirmé ses conclusions.

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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss 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, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

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) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, la recourante conteste l'évaluation médicale à laquelle l'OAI a procédé et en particulier les conclusions relatives à sa capacité de travail eu égard à son état de santé psychique. Faisant valoir que le rapport d'examen psychiatrique de la Dresse B.U. _____ du SMR n'a pas de valeur probante, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise par un expert indépendant.

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

b) 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;

- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

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.

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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

exprimées par 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 et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu

de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

4. a) En l'espèce, l'OAI a considéré, en faisant siennes les conclusions du rapport d'examen psychiatrique du SMR du 13 février 2012, que si la recourante avait présenté une incapacité totale de travail entre les mois d'octobre 2008 à octobre 2011 en raison de son état de santé psychique, elle était, depuis l'automne 2011, en totale rémission et disposait par conséquent d'une pleine capacité de travail dans toute activité, ce qui justifiait le refus de toute prestation d'invalidité. La recourante estime pour sa part que l'appréciation médicale de sa psychiatre traitante, la Dresse R._____, qu'elle juge probante, est en contradiction avec l'appréciation de la Dresse B.U._____, qui émane au demeurant d'un médecin interne à l'assureur social, si bien que les conclusions de son rapport d'examen ne sauraient être suivies. Elle affirme qu'il subsisterait des doutes (au sens de l'ATF 135 V 465) sur la fiabilité et les conclusions du rapport d'examen psychiatrique du SMR.

b) Il est utile de rappeler que le SMR, sous la plume du Dr H._____, a décidé, après avoir pris connaissance du rapport médical établi le 7 novembre 2011 par la Dresse R._____, qu'un examen par un médecin psychiatre du SMR était nécessaire pour corroborer les conclusions de la psychiatre traitante de la recourante. C'est dans ce contexte que la Dresse B.U._____, psychiatre, a procédé à l'examen clinique de la recourante le 19 janvier 2012, après avoir pris connaissance du rapport médical de la Dresse R._____. Son rapport, daté du 13 février suivant, contient une anamnèse détaillée de l'intéressée (antécédents familiaux, anamnèse professionnelle et anamnèse psychosociale et psychiatrique actuelles). Il énumère les plaintes émises par la recourante le jour de l'examen et retranscrit la description que celle-ci a donnée de sa vie quotidienne avant d'exposer le status psychiatrique et les diagnostics que ses constatations et son analyse l'ont conduite à retenir. Dans l'appréciation du cas, la Dresse B.U._____ explique de façon détaillée et

convaincante les motifs qui l'ont amenée à s'écarter des conclusions de la psychiatre traitante de la recourante en ce qui concerne plus particulièrement les questions du caractère invalidant des troubles psychiatriques retenus et de leur répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. A l'instar de la Dresse R._____, elle retient comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, moyen avec syndrome somatique, mais juge que l'assurée est en rémission depuis le mois d'octobre 2011 (F33.4). Elle s'écarte en outre du diagnostic de personnalité émotionnellement labile (F60.3) retenu par la psychiatre traitante de la recourante (avec répercussion sur la capacité de travail), en lui substituant celui de personnalité borderline non décompensée (F60.31; sans répercussion sur la capacité de travail). A l'appui de ces diagnostics, la Dresse B.U._____ explique que, lors de l'examen clinique du 19 janvier 2012, elle n'a pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur, mais une légère agitation psychomotrice. Elle n'a pas non plus constaté une importante asthénie ou une thymie triste. Selon elle, l'humeur de l'assurée était euthymique, sous réserve de quelques traits dépressifs qui se sont manifestés lorsque la recourante a exprimé sa colère et son désarroi au sujet du départ de son ami mais de façon si discrète qu'ils ne lui ont pas permis de retenir un trouble spécifique de ce registre. De même sur le plan anxieux : l'assurée n'a pas présenté d'angoisse persistante ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, mais des "traits anxieux" lorsqu'elle a raconté ses difficultés actuelles. Relevant que l'état de la recourante n'a jamais nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique, que celle-ci a interrompu tous les traitements médicamenteux psychotropes qui lui ont été proposés, qu'elle dit ne pas se souvenir des effets secondaires indésirables invoqués pour justifier l'arrêt de la médication, et que, selon les explications de l'intéressée elle-même, il apparaît que son état s'est stabilisé deux à trois mois avant l'examen SMR, la Dresse B.U._____ conclut que l'assurée est en rémission du trouble dépressif récurrent moyen depuis le mois d'octobre 2011 (soit 3 mois avant la date de l'examen SMR). Elle explique les troubles du sommeil dont se plaint l'assurée par son fils cadet, qui est souvent malade et qui la réveille et

juge le poids de la recourante anamnestiquement stable. En définitive, selon la psychiatre du SMR, le problème actuel réel de la recourante tient à ses difficultés psychosociales et à sa démotivation sur le plan professionnel, éléments qui ne constituent toutefois pas des limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. Sur le plan psychiatrique, elle retient donc une pleine capacité de travail exigible dans toute activité.

Au vu des éléments indiqués ce dessus, il faut admettre que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'avis psychiatrique de la Dresse B.U. _____ du SMR a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels. Ses conclusions, soigneusement motivées, reposent sur l'examen clinique de l'assurée, tiennent compte de ses plaintes de l'étude de son dossier médical et de l'anamnèse, partant sont convaincantes. Elles le sont d'autant plus qu'elles sont corroborées par les constatations et l'appréciation, certes succincte, qu'a livrées le médecin traitant de la recourante, le Dr T. _____, au mandataire de celle-ci le 30 août 2012. Il relève en effet que sa patiente n'a pas de maladie chronique et que ses problèmes de "santé" consistent en des répercussions psychosomatiques des très réelles difficultés de sa vie quotidienne. S'il souligne le fait que les troubles de l'humeur de la recourante se sont exacerbés à plusieurs reprises au cours des dernières années - ce qui l'a motivé à la référer à des collègues psychiatres - il indique ne pas être en mesure de se prononcer intelligemment sur l'état actuel de son humeur, ne l'ayant plus vue en consultation depuis mai 2012.

Pour le surplus, les avis médicaux de la psychiatre traitante de la recourante ne sauraient se voir reconnaître la force probante d'une expertise, dès lors qu'ils se fondent pour l'essentiel sur les plaintes de l'assurée (asthénie, difficultés de concentration, fatigue, douleurs) sans que celles-ci soient objectivées ou même illustrées par des exemples concrets, ce qui s'explique par le contexte thérapeutique de la relation entre la recourante et sa psychiatre. Au demeurant, il est intéressant de noter que, dans son avis médical du 26 septembre 2012, la Dresse R. _____, tout en maintenant sa position, relève que "sur le plan psychosocial, sa problématique [de la recourante] tourne principalement autour

de ses difficultés avec le père de son fils cadet, la patiente exprimant beaucoup de révolte et d'amertume à ce sujet, parvenant difficilement à se recentrer sur elle-même pour pouvoir prendre du recul face à sa situation, et mobiliser des ressources personnelles". On constate que, dans une certaine mesure, la Dresse R._____ rejoint l'analyse de la Dresse B.U._____, tout en ne parvenant pas aux mêmes conclusions s'agissant de la capacité de travail de la recourante et surtout du fait que ses difficultés psychosociales, certes bien réelles et importantes, ne revêtent pas le caractère invalidant nécessaire pour être prises en considération par les organes de l'assurance-invalidité.

En définitive, la recourante n'avance aucun argument qui permettrait de remettre en cause la valeur probante du rapport d'examen psychiatrique - circonstancié et soigneusement élaboré - de la Dresse B.U._____. Elle ne fait en particulier pas état d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - que la psychiatre du SMR et ses collègues auraient ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. La recourante ne se trouve donc pas dans la situation dont il est question dans l'ATF 135 V 465 (consid. 4.6, p. 471) où subsistaient des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le SMR. Le fait que la Dresse B.U._____ ait indiqué, dans la rubrique "diagnostics" de son rapport que la recourante était en rémission partielle et qu'elle ait ensuite, dans la "discussion" et les conclusions, mentionné une rémission totale ne constitue pas un motif suffisant pour considérer que son rapport médical est défaillant ou qu'il laisse subsister un doute sur l'état de santé psychique de la recourante. En effet, la cote F33.4 du DSM-IV indiquée par la Dresse B.U._____ à côté de son diagnostic, correspond au diagnostic de "trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission", sans plus de précision. D'autre part, l'ensemble des arguments qu'elle avance dans son analyse indique que c'est bien d'une rémission totale dont il est question, de sorte que l'indication "rémission partielle" dans la rubrique "diagnostics" doit être considérée comme une simple erreur de plume.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'expertise judiciaire psychiatrique doit également être rejetée (cf. supra consid. 3b in fine).

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires et aux avances desdits (prononcé du 10 septembre 2012), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique, à Bienne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :