

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2013

---

Présidence de        Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges        :        M.       Métral et Mme Brélaz Braillard  
Greffière        :        Mme     Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Vincent Demierre,  
avocat à Renens,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), ressortissante turque née en 1965, sans formation professionnelle, entrée en Suisse en 1986, mariée et mère d'une fille et d'un fils nés respectivement en 1991 et 1996, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 12 juillet 2011, invoquant des douleurs, de la nervosité et des angoisses existant depuis la moitié de l'année 2008. Dans ce contexte, elle a notamment expliqué qu'elle était femme au foyer depuis 1996. Il ressort toutefois de l'extrait de son compte individuel AVS qu'elle a travaillé en dernier lieu d'octobre à novembre 2004 pour le compte d'une entreprise de nettoyage.

A l'appui de cette requête ont été produits deux certificats médicaux établis les 2 avril 2009 et 21 février 2010 par le Centre médico-chirurgical de S. \_\_\_\_\_, indiquant que l'assurée s'était trouvée en incapacité de travail à 100% du 3 novembre 2008 au 29 mars 2009, puis à 50% du 30 mars au 6 avril 2009, et qu'une nouvelle incapacité de travail avait ensuite été attestée dès le 20 janvier 2010. En outre, deux certificats médicaux du 17 mars 2011 émanant de la Dresse R. \_\_\_\_\_ - médecin exerçant la psychiatrie auprès de l'association I. \_\_\_\_\_ ainsi qu'au sein d'un cabinet privé - attestaient, pour l'un, une incapacité de travail à 100% de durée indéterminée à partir du 11 février 2010, et pour l'autre, une incapacité de travail totale limitée à la période du 17 mars au 30 avril 2011.

Aux termes d'un formulaire 531bis complété le 15 août 2011, l'assurée a exposé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé dans une fabrique ou comme femme de ménage à 100% depuis 1997, tant pour des raisons sociales que financières.

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la Dresse R. \_\_\_\_\_ a fait part de ses observations dans un rapport du 5 décembre 2011. Elle a posé le

diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis 2008, et a mentionné, à titre d'atteinte sans impact sur la capacité de travail, une paralysie faciale droite remontant à l'enfance. Elle a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis février 2010 et que cette dernière se plaignait d'une grande fatigue, de nervosité avec agressivité et d'être devenue hypersensible; en outre, elle pleurait facilement même durant les séances, et avait des sentiments de dévalorisation et d'incapacité accompagnés de pertes de goût à la vie et de l'espoir pour l'avenir. L'assurée avait été très affectée par le décès de sa mère en 2008 ainsi que par le fait que son père soit resté seul. De plus, ses enfants devenant adultes, elle se sentait dévalorisée dans son rôle de mère. L'intéressée souffrait de surcroît pour son mari, qui ne travaillait plus depuis deux ans et touchait une rente AI pour des problèmes de dos. A cela s'ajoutait que l'assurée commençait à se sentir gênée par la dysmorphie due à sa paralysie faciale, qu'elle n'arrivait plus à dormir dans la mesure où son œil droit restait ouvert en permanence et séchait très vite, qu'elle signalait également des douleurs au niveau de la tête, que ses troubles de mémoire et de concentration ainsi que ses angoisses l'énervaient beaucoup, et qu'elle ne se reconnaissait plus dans cet état, elle qui était une femme ouverte, tolérante, battante et débrouillarde. La Dresse R.\_\_\_\_\_ a considéré que le pronostic pouvait être favorable, compte tenu des capacités de travail intrapsychique de l'intéressée, mais qu'une amélioration ne pouvait être envisagée qu'à long terme - étant précisé que l'assurée suivait un traitement médicamenteux et était vue en consultation une fois par mois. Enfin, considérant que l'incapacité de travail était totale dans l'activité d'ouvrière non qualifiée depuis février 2010, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a mentionné des restrictions sous forme de fatigue, d'angoisses, d'humeur dépressive, de nervosité et de douleurs, et a retenu que du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible.

L'OAI a confié au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à [...], le soin de réaliser une expertise. A cet effet, ce médecin a pris contact avec la Dresse R.\_\_\_\_\_ le 20 juin 2012 et s'est vu transmettre le dossier médical constitué par l'office. En outre, le Dr

Q.\_\_\_\_\_ du Centre médico-chirurgical de S.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a communiqué au Dr J.\_\_\_\_\_ un rapport établi le 11 juin 2008 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, exposant les points suivants :

**"Diagnostic :**

Probable trouble somatoforme douloureux

Antécédents personnels :

Paralysie faciale droite à l'âge de six ans. Asthme bronchique. Dépression. Anxiété.

[...]

Appréciation :

Cette patiente aux antécédents de paralysie faciale périphérique droite se plaint de douleurs progressives à l'hémicorps droit prédominant à la région cervicale et au crâne.

L'examen ne montre outre les séquelles de la paralysie faciale qu'un hémisyndrome sensitif droit d'aspect fonctionnel.

Comme la patiente semble se plaindre aussi de fugaces hallucinations visuelles structurées, j'ai effectué un électroencéphalogramme qui est normal et ne montre en particulier pas de grapho-élément de la série comitiale.

[...]"

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée les 18 juin et 2 juillet 2012 (avec le concours d'un interprète de l'Association [...]), et a rendu son rapport d'expertise le 4 juillet suivant, faisant notamment état de ce qui suit :

**"Appréciation finale**

**Résumé du cas**

L'assurée [...] ne mentionne pas de problèmes majeurs dans sa famille nucléaire, tout en sachant que son époux est au bénéfice d'une rente de votre institution pour des problèmes de "dos".

Les antécédents n'apparaissent pas comme particulièrement traumatiques ou carencés.

Sur le plan médical, on a la notion d'une chute à 13 ans avec vraisemblable traumatisme cranio cérébral. On a la notion d'une paralysie faciale périphérique à 15 ans dans le contexte d'un état fébrile.

Même si l'assurée dit qu'elle a changé depuis son traumatisme cranio cérébral, elle a pu être normalement scolarisée et dit avoir terminé à un niveau du lycée.

Ce qu'elle rapporte pour la suite vaut aussi pour un fonctionnement personnel et socioprofessionnel adéquat jusqu'aux faits qui nous préoccupent. L'intéressée s'est mariée. Elle a eu ses enfants. Elle a émigré en Suisse. Elle a travaillé hors foyer. L'intéressée ne rapporte pas d'atteinte majeure à sa santé jusqu'à la fin des années 2000.

C'est peut-être dans le contexte du décès de sa mère et de l'émancipation des enfants que Mme M.\_\_\_\_\_ a présenté un tableau constitué d'éléments anxieux, dépressifs et de plaintes somatoformes.

L'assurée dit qu'elle n'a plus eu d'activité lucrative depuis 2008. Elle a été longtemps tributaire de l'aide sociale. Elle est par ailleurs l'objet d'un traitement spécialisé. Pour elle, les choses vont de mal en pis.

### **Appréciation diagnostique**

L'appréciation du cas M.\_\_\_\_\_ a été difficile. Après une première consultation, l'entretien avec le médecin psychiatre traitant et après avoir pris connaissance du rapport médical K.\_\_\_\_\_ reçu entre-temps, le soussigné a décidé de reconvoquer l'assurée afin de préciser ce qui devait l'être. Il arrive depuis lors à l'appréciation suivante.

En l'état, l'expert retient les diagnostics de *trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble somatoforme indifférencié*.

#### • *Trouble anxieux et dépressif mixte*

La CIM-10[...] définit une catégorie diagnostique de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) pour la situation clinique où il y a à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Il s'agit par conséquent de situations où les éléments anxieux et dépressifs sont tout au plus légers.

Pour qu'on puisse poser ce diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, le tableau clinique doit encore être associé à des symptômes neurovégétatifs (tremblements, gêne épigastrique, palpitations, sécheresse buccale, etc.).

Dans le cas présent, l'assurée rapporte des éléments de tristesse et de perte d'intérêt qui sont néanmoins inconstants. La fatigue et la fatigabilité sont des symptômes plus fréquents mais qui n'ont pas davantage de caractère permanent, si le questionnement se fait précis.

Par ailleurs, on retient des troubles du sommeil (endormissement) que Mme M.\_\_\_\_\_ relie aux douleurs et non pas à la problématique dépressive. Il y a aussi des troubles attentionnels (oublis). D'autres symptômes moins significatifs ont été rapportés [...].

L'assurée rapporte par ailleurs l'irritabilité et une tension intérieure qui valent pour une anxiété au moins occasionnelle. Celle-ci peut être associée à une gêne épigastrique.

Au vu de ce qui précède, le soussigné pose un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte tel qu'il est défini dans la CIM-10.

Pour être complet, on peut argumenter le diagnostic différentiel suivant:

1. Le médecin psychiatre traitant retient quant à elle un *trouble de l'adaptation*.

Dans le cas où des éléments dépressifs (ou/et anxieux) *de peu de gravité* apparaissent dans les suites d'un facteur de stress identifiable et dans la mesure où ces éléments n'ont pas la sévérité d'un véritable *épisode dépressif*, on est en droit de retenir un *trouble de l'adaptation*. Cette désignation diagnostique est néanmoins limitée dans le temps, puisque le lien au facteur de stress initial doit garder sa vraisemblance. On doit passer à une autre entité diagnostique si le trouble se prolonge au-delà de six mois et au-delà de deux ans pour le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de la CIM-10[...].

En retenant ce trouble de l'adaptation, le médecin psychiatre traitant valide une symptomatologie dépressive se situant, par définition, *en dessous* du seuil d'un véritable épisode dépressif.

Le sous-type de trouble de l'adaptation retenu par la consœur R. \_\_\_\_\_ est limité à deux ans, si on se réfère à la définition qu'en donne la CIM-10. Au-delà de cette période, on doit noter une autre entité diagnostique.

Dans le cas présent, le soussigné considère que le *trouble anxieux et dépressif mixte* correspond au tableau clinique actuel de Mme M. \_\_\_\_\_ et tient compte de l'évolution vers une certaine chronicité, même si le tableau clinique n'est de loin pas figé.

2. Le soussigné a longuement hésité à poser un diagnostic *d'épisode dépressif*, sachant que la symptomatologie dépressive de Mme M. \_\_\_\_\_ est vraisemblablement à la limite inférieure d'un tel trouble. L'expert a finalement renoncé à cette entité diagnostique.

En l'état, le soussigné considère que les symptômes cardinaux (tristesse et fatigue anormales, perte d'intérêt et du plaisir) n'ont pas de caractère permanent, dans la mesure où ils font l'objet d'un questionnement précis.

On peut au passage souligner que le fait de retenir ou de ne pas retenir l'épisode dépressif ne changerait rien à l'appréciation asséculoologique qui va suivre, sachant que cet épisode n'aurait certainement jamais dépassé la sévérité d'un état actuel moyen ou modéré.

- *Trouble somatoforme indifférencié*

Le *trouble somatisation*, qui est une entité différente du trouble somatoforme indifférencié, est un tableau clinique constitué d'un ensemble de plaintes somatiques, multiples, récurrentes et non expliquées par une affection médicale générale. S'il y a une atteinte corporelle, elle n'a pas la sévérité permettant d'expliquer l'importance des symptômes présentés par le sujet en cause.

Le trouble somatisation débute en général avant l'âge de 30 ans. Le diagnostic n'est retenu que si le tableau clinique dure plusieurs années. La CIM-10[...] pose l'exigence d'un minimum de deux ans.

Lorsqu'on est en présence d'un tableau clinique proche du trouble somatisation, sans en avoir strictement les critères, les ouvrages diagnostiques de référence ont prévu une entité diagnostique ad hoc qui est nommée *trouble somatoforme indifférencié*.

Cette entité diagnostique de trouble somatoforme indifférencié permet de désigner les situations où le début de la symptomatologie survient après l'âge de 30 ans. Elle permet aussi de noter les situations où la durée du trouble est plus courte que dans le trouble somatisation. Elle permet enfin de rapporter les situations où le nombre de symptômes est moins grand et touche moins de systèmes que dans le trouble somatisation.

[...]

Dans le cas présent, l'assurée se plaint de douleurs dont les bases organiques sont insuffisantes pour en expliquer tant l'importance que la chronicité. Cette constatation se dégage de l'évaluation neurologique du 11.06.2008. Rien n'indique au dossier que Mme M. \_\_\_\_\_ ait développé par la suite une pathologie organique fondant ses douleurs et d'autres plaintes d'allure somatique. Elle ne rapporte pas d'investigations et de traitements en conséquence.

A côté des plaintes douloureuses, l'assurée rapporte des symptômes digestifs comprenant une sensation de ballonnement pour laquelle on ne retrouve pas de véritable explication organique au dossier. Elle rapporte aussi un désintérêt sexuel.

Mme M. \_\_\_\_\_ rapporte encore une symptomatologie neurologique comprenant l'hypoesthésie de l'hémicorps droit. Les hallucinations visuelles fugaces peuvent être assimilées à ce type de plaintes, sachant qu'elles sont explicitement nommées dans la description du trouble somatoforme indifférencié du DSM-IV-TR. On sait enfin les difficultés de déglutition et la sensation de boule dans la gorge qui surviennent de façon épisodique.

Ces plaintes neurologiques ou pseudo neurologiques n'ont pas davantage de bases organiques qui les expliquent, d'après les informations à disposition. L'évaluation K. \_\_\_\_\_ a reconnu à l'hémisyndrome sensitif droit son "aspect fonctionnel". Ce confrère n'a pas noté de pathologie neurologique expliquant les plaintes de l'intéressée. Cette dernière ne rapporte pas davantage

d'investigations ou de traitements survenus entre-temps et de nature à fonder les plaintes de ce registre neurologique.

Globalement, ce tableau clinique ne rejoint pas les critères du trouble somatisation au vu de l'âge tardif d'apparition et du nombre de symptômes somatoformes rapportés par l'intéressée. Il est par contre assimilable à ce que décrit le *trouble somatoforme indifférencié*.

En l'état, il n'y a pas d'autre trouble mental expliquant mieux ces symptômes somatoformes que ce que décrit le trouble somatoforme indifférencié. Les éléments dépressifs ne sont pas assez typiques ni assez sévères pour exclure le trouble. Il n'y a pas d'arguments pour un trouble factice ou une simulation.

- *Autres pathologies psychiatriques*

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

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

Le soussigné n'a enfin pas trouvé d'arguments pour des séquelles neuropsychologiques significatives du traumatisme crânio cérébral de l'enfance chez une personne qui a pu terminer sa scolarité au niveau du lycée et qui a bien fonctionné par la suite.

### **Appréciation asséculoologique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble anxieux et dépressif mixte et un trouble somatoforme indifférencié*.

Dans un tel contexte, il convient d'effectuer une appréciation clinique puis d'examiner un certain nombre de points particuliers.

- *Appréciation clinique*

La présentation de l'assurée vaut certainement pour une souffrance. Celle-ci est authentique. Elle ne vaut pourtant pas pour une pathologie psychiatrique majeure et d'emblée incapacitante telle qu'une dépression endogène mélancolique, une psychose schizophrénique ou une démence de type Alzheimer, par exemple.

Cette assurée présente un trouble anxieux et dépressif mixte. Si les éléments dépressifs ont pu transitoirement valoir pour un véritable épisode dépressif, ils n'ont certainement jamais acquis un état actuel sévère, au vu des informations à disposition et de ce que rapporte le médecin psychiatre traitant, en particulier.

Ce trouble semble par ailleurs avoir une importante composante réactionnelle. La symptomatologie anxieuse et dépressive varie en fonction des circonstances et n'a pas de caractère permanent.

- *Points nécessitant un examen particulier*

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

La comorbidité psychiatrique est un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme en termes de limitations potentielles.

Dans le cas présent, cette comorbidité psychiatrique consiste en un trouble anxieux et dépressif mixte. Ce trouble désigne la situation où l'on constate des symptômes anxieux et dépressifs sans gravité et qui n'ont pas la sévérité suffisante à poser un diagnostic spécifique du domaine de l'anxiété et de la dépression. Ce trouble désigne par conséquent un tableau psychiatrique relativement banal et qui n'a rien de préoccupant.

Ce trouble se retrouve fréquemment en médecine de premier recours. Il se retrouve également dans la population générale et les sujets en cause ne consultent le plus souvent pas de médecin pour ce motif. Ils ne sont en fait pas assez souffrants ni assez dysfonctionnels pour chercher à obtenir des soins.

Sachant qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, en dessous du seuil d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, il est bien évident qu'on ne saurait le corrélérer à de quelconques limitations psychiatriques significatives et à une incapacité de travail en conséquence.

Dans le cas présent, rien n'indique que cette situation sorte de l'ordinaire. Les éléments dépressifs restent de peu de sévérité, compte tenu de ce qui a été argumenté plus haut. Il en est de même de l'anxiété qui n'a pas les caractéristiques pour valoir un trouble spécifique. Il n'y a dès lors pas de motifs de corrélérer le trouble anxieux et dépressif mixte de l'assurée à une quelconque incapacité de travail psychiatrique.

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

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant de jour, afin d'être davantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations vont dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et

ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère.

Dans le cas présent, l'assurée garde tout de même des liens avec sa famille d'origine. Elle dit avoir des amis. Elle garde de bons liens dans sa famille nucléaire. Elle conserve des capacités relationnelles. On ne peut dès lors pas admettre la perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

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

On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assurée durent depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisée bénéficiant des soins adéquats, compte tenu du type de troubles qu'elle présente.

Certains sujets souffrant de troubles somatoformes ou de troubles apparentés ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Dans le cas de Mme M. \_\_\_\_\_, on ne saurait retenir ce critère. La thymie de l'assurée peut varier. L'intéressée était moins bien lors du deuxième entretien. Elle s'est montrée plus vive au départ. Elle a pu sourire, rire et même éclater de rire adéquatement lors de la première séance.

Mme M. \_\_\_\_\_ est apte à garder le contact. Elle peut s'adapter au climat de la consultation. Même si la présentation de l'intéressée a quelques caractéristiques de chronicité, on ne saurait admettre qu'elle soit définitivement figée et cristallisée. Le rapport médical du médecin psychiatre traitant ouvre d'ailleurs des perspectives d'amélioration.

• *Conclusion*

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assurée devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

[...]

**Conclusions**

Mme M. \_\_\_\_\_ est une ressortissante kurde et alévi de Turquie qui rapporte un traumatisme crânio-cérébral à l'âge de 13 ans et une paralysie faciale à l'âge de 15 ans.

Cette personne a évolué favorablement par la suite. Elle a pu travailler en plein pendant plusieurs années. Elle a pu assumer sa famille et s'est montrée stable sur le plan personnel et socioprofessionnel.

Actuellement, votre assurée se présente essentiellement avec un tableau de trouble somatoforme indifférencié qui est associé à un trouble anxieux et dépressif mixte, sans plus.

En appliquant les règles usuelles en la matière, le soussigné ne saurait dès lors retenir une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Sur le plan psychiatrique, le traitement actuel est optimal tant en qualité qu'en quantité.

Des mesures professionnelles ont peu de chance d'aboutir chez une personne se vivant comme totalement invalide. S'il y avait demande de sa part, une bonne motivation et pour le cas où elle y aurait droit, Mme M. \_\_\_\_\_ pourrait peut-être bénéficier d'une aide au placement.

Le pronostic psychiatrique stricto sensu n'est pas nécessairement mauvais, sachant que Mme M. \_\_\_\_\_ dispose tout de même de bonnes ressources relationnelles et qu'elle a montré des capacités d'adaptation au cours des deux consultations d'expertise.

## **Réponses aux questions**

### **A. Questions cliniques**

[...]

#### ***a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?***

Aucun sur le plan psychiatrique.

#### ***b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?***

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de:

- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)
- Trouble somatoforme indifférencié (F45.1)

selon les critères et la dénomination exacte des ouvrages de référence.

Ces troubles remontent à la deuxième moitié des années 2000.

[...]

## **B. Influences sur la capacité de travail**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés [...]**

Le soussigné ne retient pas de limitation psychiatrique dans ce cas pour des motifs développés dans le corps de ce rapport médical.

### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici [...]**

Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas pour des motifs développés dans le corps de ce rapport médical.

## **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? [...]**

### **2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? [...]**

Cette question tombe, puisque le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

### **3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? [...]**

Le soussigné n'a pas de proposition à formuler, puisqu'il ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

[...]"

Par rapport du 18 juillet 2012, le Dr D.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est rallié aux conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ confirmant l'absence d'une quelconque affection psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, laquelle était donc entière, ne justifiant aucune limitation fonctionnelle.

En date du 24 juillet 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, au motif que le SMR avait examiné les éléments au dossier et qu'il en résultait que l'intéressée ne présentait aucune atteinte à la santé au sens de l'AI.

Le 14 août 2012, Me Vincent Demierre a fait savoir à l'office qu'il avait été mandaté par l'assurée dans le cadre de sa demande de prestations AI.

Par décision du 24 septembre 2012 adressée à l'assurée personnellement, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 juillet précédent.

Dans un courrier du 4 octobre 2012, Me Demierre a signalé à l'OAI qu'il avait appris par sa cliente que celle-ci avait reçu la décision du 24 septembre 2012, alors que de son côté il n'en avait pas même reçu copie, et qu'il estimait dans ces conditions qu'une nouvelle décision devait lui être adressée qui marquerait le début du délai de recours. Le 11 octobre 2012, l'OAI a exposé que malgré l'irrégularité entachant la notification de la décision en question, il fallait considérer que la notification avait atteint son but au plus tard à compter du courrier du 4 octobre 2012, le délai de recours commençant par conséquent à courir dès cette même date pour échoir le 2 novembre 2012.

**B.** Agissant par l'entremise de son mandataire, M. \_\_\_\_\_ a recouru le 2 novembre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction avec mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire puis nouvelle décision. En substance, la recourante conteste le contenu du rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_. Elle soutient plus particulièrement qu'à défaut de connaître le nom de l'interprète présent lors des entretiens, on ignore si ce dernier disposait des compétences requises. Elle estime en outre que les faits n'ont pas été clairement établis notamment en ce qui concerne son lieu de naissance, l'âge de ses parents ou la survenance de sa paralysie faciale, et que du reste le rapport de l'expert est «*truff[é] de « probablement » ou de conditionnels*». La recourante soutient de surcroît que le rapport d'expertise contient des contradictions, que le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a pas indiqué les raisons pour lesquelles son évaluation s'était avérée difficile et qu'il semble lui-même hésiter entre divers diagnostics. Elle considère également que c'est à tort que l'expert s'est fondé sur le rapport du neurologue K. \_\_\_\_\_ du 11 juin 2008 pour conclure à l'absence de plaintes reposant sur un substrat organique, attendu que ce dernier compte-rendu a été établi lorsque ses problèmes de santé ont débuté et

que ceux-ci se sont depuis lors aggravés; elle estime à ce propos que l'instruction aurait dû être complétée par une expertise neurologique. Elle considère par ailleurs qu'il y aurait également lieu de faire évaluer son aptitude à effectuer les tâches ménagères.

En date du 2 novembre 2012 [sic], le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au jour même, et désigné son mandataire, Me Vincent Demierre, en tant qu'avocat d'office.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 5 décembre 2012, réfutant les critiques émises par la recourante à l'encontre du rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_, considérant que celles-ci ne sont pas fondées, respectivement qu'elles ne sont pas décisives.

Dans sa réplique du 13 février 2013, la recourante maintient ses motifs et conclusions, tout en alléguant que l'appréciation de l'expert J.\_\_\_\_\_ a de toute évidence été faussée par le fait qu'elle tentait de donner l'image d'une femme forte. Elle se réfère également à un rapport établi le 4 février 2013 par la Dresse R.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

"Par la présente et à la demande de la patiente susnommée, nous tenons à préciser que cette dernière est en suivi psychiatrique dans notre cabinet depuis février 2010, suite à des troubles psychiatriques qui l'ont rendue incapable de travailler.

Malgré tous ses efforts pour rétablir une bonne estime de soi (surtout en lien avec son hémiparalysie faciale affectant son image de femme), et qui l'ont bien aidée à fonctionner jusqu'en 2008, la patiente a commencé à perdre ses capacités et ses ressources pour tomber complètement dans un état dépressif.

A noter que Mme M.\_\_\_\_\_, a eu de la peine sur le plan narcissique à accepter son état psychique et à demander de l'aide ; elle essaye par tous les moyens de donner l'image d'une femme forte qui se débrouille seule. Les répercussions de cet état psychique ont alors plutôt eu des conséquences sur le plan somatique, la rendant finalement incapable de travailler.

Au début de son traitement, les éléments anxieux et dépressifs étaient au premier plan, accompagnés d'hallucinations visuelles qui laissaient présager de la gravité de sa dépression.

Malgré une évolution assez favorable (au vu de ses capacités d'introspection et de ses ressources), nous retenons encore le diagnostic d'un état anxieux et dépressif qui s'est installé sur un trouble de l'adaptation, accompagné de troubles somatoformes qui l'empêchent encore de travailler à 100%.

Les conséquences asséculo-logiques négatives ne lui permettant même pas d'obtenir une reconnaissance de ses troubles rendent le travail thérapeutique d'autant plus difficile."

Se déterminant le 5 mars 2013, l'OAI maintient sa position tout en renvoyant à un avis médical rédigé le 27 février 2013 par le Dr H.\_\_\_\_\_, du SMR, exposant les points suivants :

"[...] Me Demierre avance l'hypothèse que le Dr J.\_\_\_\_\_ aurait été en quelque sorte abusé par l'assurée dans son effort de donner une image favorable de sa personne.

Force est de constater que rien ne vient étayer cette hypothèse. Bien au contraire, l'assurée présente une fatigue et une fatigabilité fréquentes. Elle « *rapporte un certain degré d'irritabilité et une « hypersensibilité », sachant qu'elle pleure facilement, alors que ce n'était pas le cas avant qu'elle soit malade* »[.] Plus loin, le Dr J.\_\_\_\_\_ observe que l'assurée « *est parfois en larmes* ». Dans son appréciation asséculo-logique, l'expert reconnaît expressément le caractère authentique de la souffrance de Mme M.\_\_\_\_\_. Ce n'est pas là l'image d'une femme forte.

Au surplus, il convient de préciser que le Dr J.\_\_\_\_\_ est un spécialiste reconnu de l'expertise psychiatrique, qu'il pratique depuis de nombreuses années. Il a longtemps dirigé le service de médecine psychosomatique de la clinique de réadaptation de [...] à [...]. Il est l'auteur d'ouvrages et d'articles scientifiques de référence sur l'expertise psychiatrique et le trouble somatoforme en particulier. Il préside l' [...] (Association [...]). Il est difficile de nous faire croire que le Dr J.\_\_\_\_\_ ait pu être abusé par l'assurée. [...]"

Prenant position le 12 avril 2013, la recourante renouvelle ses conclusions. Elle souligne qu'à la lecture de l'avis du SMR du 27 février 2013 et de la duplique de l'intimé, on peut s'interroger sur l'indépendance et l'objectivité de l'OAI - et du SMR - qui se contente de « *porter aux nues* » un médecin fréquemment appelé à procéder à des expertises pour son compte et qui conclut au rejet de toute atteinte à la santé incapacitante, l'expertise en tant que telle ne faisant en revanche l'objet d'aucun commentaire pertinent.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. 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'AI (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

C'est ici le lieu de relever que les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. TFA I 587/06 du 7 septembre 2006 consid. 4, avec les références citées). Quant à la notification à la seule partie représentée, elle est irrégulière (cf. consid. 3.1 non publié de l'ATF 133 V 147 [TF B 142/05 du 9 janvier 2007]). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité (cf. TF 8C\_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1, 9C\_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1 et 9C\_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3; cf. TFA I 794/04 du 1<sup>er</sup> mai 2006 consid. 1). Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant – dont l'existence est connue de l'autorité –, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, la Haute Cour a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette

date; cette pratique a été confirmée à la lumière de la Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH; RS 0.101) et de la LPGA (cf. TF 9C\_296/2011 précité consid. 5.1 et les références citées). L'autorité n'est pas tenue de procéder à une nouvelle notification et ne commet pas de déni de justice en refusant d'y procéder (cf. TF 9C\_259/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4).

En l'occurrence, il est constant que l'intimé a adressé la décision du 24 septembre 2012 au domicile personnel de la recourante, alors même qu'il la savait représentée par un mandataire. Cela étant, l'OAI a retenu, par communication du 11 octobre 2012, que le délai pour agir à l'encontre de la décision susdite commençait à courir au plus tard dès le 4 octobre 2012 - date du courrier de Me Demierre par lequel celui-ci a communiqué à l'office qu'il avait appris l'existence de la décision du 24 septembre 2012 - pour échoir le 2 novembre 2012. Au vu des considérations qui précèdent, un tel raisonnement peut être admis. Il s'ensuit que dans le cas présent, le recours déposé le 2 novembre 2012 a été formé en temps utile. Dans la mesure où il respecte de surcroît les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), il est par conséquent 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. 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; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'AI.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 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 (cf. art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

**c)** 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 50) et la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65).

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

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

**4.** En l'espèce, la recourante estime que c'est à tort que l'OAI s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr J.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2012 pour retenir qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail et, partant, sur sa capacité de gain.

**a)** D'une part, l'expert J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Il a précisé que cette pathologie visait les situations dans lesquelles à la fois des symptômes anxieux et dépressifs étaient présents, sans que l'intensité des uns ou des autres puisse justifier un diagnostic séparé; dans de telles situations, les éléments anxieux et dépressifs étaient par conséquent tout au plus légers (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 11). Il a notamment exposé qu'il renonçait à retenir un épisode dépressif, considérant que les symptômes cardinaux (tristesse et fatigue anormales, perte d'intérêt et du plaisir) n'avaient pas de caractère permanent dans la mesure où ils faisaient l'objet d'un questionnement précis (cf. ibid. p. 12). Il a ajouté que

les éléments dépressifs, s'ils avaient pu transitoirement valoir pour un épisode dépressif, n'avaient certainement jamais acquis un état actuel sévère, que l'atteinte en question semblait par ailleurs avoir une importante composante réactionnelle, et que la symptomatologie anxieuse et dépressive variait en fonction des circonstances et n'avait pas de caractère permanent (cf. *ibid.* p. 15). Cela étant, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu que le trouble anxieux et dépressif mixte de la recourante n'avait pas de valeur incapacitante (cf. *ibid.* p. 19).

Par rapport du 18 juillet 2012, le Dr D.\_\_\_\_\_, du SMR, s'est rallié à cette appréciation.

Quant à la Dresse R.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante (qui n'est cependant pas détentrice du titre de «*psychiatre FMH*»), son appréciation ne remet pas en cause celle de l'expert J.\_\_\_\_\_. En effet, cette praticienne a tout d'abord retenu, dans un rapport du 5 décembre 2011, le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Outre que la Dresse R.\_\_\_\_\_ n'a pas avancé de réelle motivation objective à l'appui de ses conclusions mais semble s'être essentiellement basée sur les plaintes - par essence subjectives - de l'assurée pour établir son diagnostic, il demeure surtout que, dans le cadre de son expertise, le Dr J.\_\_\_\_\_ a dûment exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de la psychiatre traitante. L'expert a en effet observé que le diagnostic retenu par la Dresse R.\_\_\_\_\_ validait une symptomatologie dépressive se situant, par définition, en dessous du seuil d'un véritable épisode dépressif, et que, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), ce type de trouble ne pouvait être retenu que pour une durée limitée à deux ans, après quoi on devait noter une autre entité diagnostique. Cela étant, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que, dans le cas particulier, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte correspondait au tableau clinique de l'assurée et tenait compte de l'évolution vers une certaine chronicité, même si le tableau clinique n'était de loin pas figé (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 11 s.). Rien n'incite à douter des explications de l'expert, qui reposent sur

des bases médicales claires et objectives. Aussi ne saurait-on donner la préséance au rapport de la psychiatre traitante du 5 décembre 2011 au détriment de l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_. De même, on ne saurait faire cas du rapport de la Dresse R.\_\_\_\_\_ du 4 février 2013, aux termes duquel cette dernière a signalé que l'assurée était incapable de travailler du fait - notamment - d'un état anxieux et dépressif sur trouble de l'adaptation. En effet, dans ce compte-rendu, la psychiatre traitante s'est limitée à avancer sa propre appréciation des faits sans réelle motivation et sans se référer à aucun élément objectif et concret que l'expert J.\_\_\_\_\_ aurait ignoré. Son rapport du 4 février 2013 ne saurait donc mettre en doute l'appréciation plus objective et circonstanciée de l'expert mandaté par l'OAI.

Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte non incapacitant retenu par le Dr J.\_\_\_\_\_ n'est donc pas mis en doute par les autres pièces du dossier.

**b)** D'autre part, l'expert a posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Dans ce contexte, il a rappelé que le trouble anxieux et dépressif mixte de l'assurée désignait un tableau psychiatrique relativement banal, avec des éléments dépressifs et anxieux de peu de sévérité, et qu'il n'y avait pas de motifs de corréler ce trouble à une quelconque incapacité de travail psychiatrique. Aussi, faute de comorbidité psychiatrique invalidante chez l'assurée, l'expert a dès lors procédé à l'examen des autres critères consacrés par la jurisprudence (cf. consid. 3d supra) permettant d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail en cas de trouble somatoforme. A cet égard, le Dr J.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il n'y avait en l'espèce pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée conservant des relations tant au plan familial qu'amical, que d'après les informations au dossier elle ne présentait pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, et que s'il l'on pouvait admettre l'existence d'un processus maladif de longue durée ainsi qu'une résistance aux traitements selon les règles de l'art, on ne pouvait en revanche considérer que la situation - bien qu'elle présentât certaines

caractéristiques de chronicité – fût définitivement figée et cristallisée. L'expert a dès lors estimé, d'un point de vue strictement psychiatrique, que l'on ne pouvait retenir d'incapacité de travail et que l'assurée devait être à même, sur le plan médico-théorique, de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et de réintégrer le monde du travail en plein (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 15 à 17). Il a dès lors retenu que cette affection était dépourvue d'impact sur la capacité de travail de la recourante (cf. ibid. p. 19).

Là encore, rien au dossier n'incite à douter de cette appréciation, au surplus reprise par le SMR (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 18 juillet 2012). En particulier, on relèvera qu'après n'avoir aucunement abordé cette problématique dans son rapport du 5 décembre 2011, la Dresse R. \_\_\_\_\_ s'est limitée, dans son compte-rendu du 4 février 2013, à affirmer péremptoirement l'existence de troubles somatoformes participant à l'entière incapacité de travail de l'assurée, sans apporter la moindre justification concrète et objective à l'appui d'une telle assertion. Dans ces conditions, l'avis non étayé de la psychiatre traitante n'est pas susceptible de reléguer au second plan les conclusions claires et dûment étayées de l'expert J. \_\_\_\_\_.

C'est ici le lieu de relever que, contrairement à ce que prétend l'assurée (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 9), de plus amples investigations neurologiques ne s'imposaient aucunement pour permettre à l'expert de retenir que les plaintes émises par l'intéressée n'avaient pas d'origine physique. En effet, il faut rappeler qu'aux termes de son rapport du 11 juin 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a exposé qu'outre les séquelles de la paralysie faciale droite, l'intéressée présentait un hémisyndrome sensitif droit d'aspect fonctionnel, syndrome que ce médecin n'a pu rattacher à une pathologie neurologique spécifique. Se fondant sur ce compte-rendu, le Dr J. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée se plaignait de douleurs dont les bases organiques étaient insuffisantes pour en expliquer tant l'importance que la chronicité, que cette constatation se dégageait de l'évaluation neurologique faite le 11 juin 2008 par le Dr K. \_\_\_\_\_, et que rien au dossier n'indiquait que l'intéressée eût

développé depuis lors une pathologie organique fondant ses douleurs ou d'autres plaintes d'allure somatique - l'expertisée n'ayant du reste pas rapporté d'investigations ou de traitements en conséquence (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 13 à 14). Si l'assurée conteste cette appréciation en faisant valoir que le compte-rendu du Dr K.\_\_\_\_\_ a été établi lorsque ses problèmes de santé ont débuté et que ceux-ci se sont depuis lors aggravés (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 9), il reste qu'elle n'avance aucun élément sérieux susceptible de démontrer le caractère prétendument obsolète du rapport de ce médecin. Comme l'a relevé l'OAI (cf. réponse du 5 décembre 2012 p. 2), les médecins traitants n'ont pas procédé à de plus amples examens ou traitements laissant à penser que les plaintes de la recourante pourraient avoir une origine organique, singulièrement neurologique. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi le raisonnement du Dr J.\_\_\_\_\_ reposerait sur une instruction incomplète du point de vue neurologique.

Il résulte de ce qui précède que rien au dossier ne tend à infirmer le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié non invalidant retenu par l'expert.

**c)** Pour le reste, on notera que l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ - qui repose sur deux entretiens avec l'assurée (assistée d'un interprète) les 18 juin et 2 juillet 2012, ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'OAI, le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2008 et un entretien avec la Dresse R.\_\_\_\_\_ - comporte une étude approfondie des pièces du dossier ainsi qu'une anamnèse complète, tient compte des plaintes de la recourante, se base sur des observations cliniques objectives, et se fonde sur une appréciation médicale claire et détaillée ainsi que sur des conclusions dûment étayées. Cela étant, on ne voit pas que l'appréciation de l'expert contreviendrait aux règles applicables en la matière.

A cela s'ajoute que l'on ne saurait accorder foi aux critiques formulées par l'assurée pour mettre en cause le bien-fondé de l'expertise.

**aa)** La recourante soutient que le nom de l'interprète présent lors des entretiens avec l'expert J. \_\_\_\_\_ n'a pas été divulgué et que l'on ignore par conséquent s'il disposait des compétences requises (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8). Il est à noter qu'en revanche, l'intéressée n'allègue pas - et a fortiori ne démontre pas - qu'elle aurait eu des difficultés à se faire entendre de l'interprète en question, ou encore que celui-ci n'aurait pas fidèlement rapporté ses propos. Dans ces conditions, la Cour de céans peine à comprendre en quoi le seul fait de ne pas connaître le nom de l'interprète permettrait de douter de ses qualifications. L'assurée se contente de mettre en cause les compétences de l'interprète pour un motif purement formel qu'elle n'a du reste invoqué que lors la présente procédure de recours, ce qui peut paraître sujet à caution au regard du principe de la bonne foi en procédure (cf. art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (cf. TF 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1 et les références citées). Quoi qu'il en soit, le Dr J. \_\_\_\_\_ - lequel n'a pas observé de problèmes de compréhension (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 8) - a précisé que l'interprète sollicité était membre de l'Association [...] (cf. rapport précité p. 1 et note de bas de page n° 1), association qui ne met à disposition que des interprètes certifié(e)s ou en voie de certification (cf. site internet de l'Association [...] [www. \[...\].ch](http://www.[...].ch) > Accueil > Nos compétences, consulté le 6 août 2013). Rien au dossier n'incite à croire qu'il en aurait été autrement dans le cas particulier. Dans ces conditions, on retiendra donc qu'en l'absence de tout élément sérieux susceptible de faire douter des compétences de l'interprète ayant officié lors des entretiens réalisés par l'expert J. \_\_\_\_\_, les griefs invoqués par l'intéressée à ce propos doivent être considérés comme infondés.

**bb)** Par ailleurs, la recourante soutient que les faits n'ont pas été clairement établis lors de l'expertise, notamment en ce qui concerne son lieu de naissance, l'âge de ses parents et la survenance de sa

paralysie faciale (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8). Elle relève plus particulièrement que sa carte d'identité indique qu'elle est née à [...] en Turquie alors que le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ mentionne qu'elle est née à [...]. Elle souligne de surcroît que sa mère est décédée en 2008 à l'âge de 80 selon la Dresse R.\_\_\_\_\_, respectivement à l'âge de 85 ans selon le Dr J.\_\_\_\_\_, et que son père est âgé de 90 ans selon la Dresse R.\_\_\_\_\_, respectivement de 95 selon l'expert J.\_\_\_\_\_ (cf. ibid. p. 2). Enfin, concernant la paralysie faciale affectant son côté droit, la recourante relève que selon la Dresse R.\_\_\_\_\_ cette atteinte aurait été occasionnée par une chute d'un arbre au cours de l'enfance, que pour le Dr K.\_\_\_\_\_ cette affection serait survenue à l'âge de 6 ans, et que l'expert J.\_\_\_\_\_ a de son côté fait état d'une chute d'un arbre à l'âge de 13 ans mais a retenu que la paralysie faciale droite n'était survenue que vers l'âge de 15 ans dans le contexte d'un état fébrile (cf. ibid. p. 3).

Quoi qu'en dise la recourante, les imprécisions évoquées ci-dessus ne portent pas sur des points déterminants pour l'évaluation de la capacité de travail et de gain, mais uniquement sur des aspects secondaires ayant trait à l'anamnèse. En tout état de cause, il demeure constant que l'intéressée est née en Turquie, que sa mère est décédée en 2008, que son père a atteint aujourd'hui un âge avancé, et qu'elle présente une paralysie faciale droite depuis plusieurs années. On relèvera au demeurant que l'établissement de l'anamnèse dépend généralement des indications fournies par la personne auscultée. De ce fait, on peut raisonnablement retenir que les imprécisions susdites peuvent être imputées - en tout ou en partie - aux déclarations de l'assurée elle-même, laquelle a manifestement tenu des propos équivoques auprès des différents médecins consultés. Du reste, le rapport établi le 5 décembre 2011 par la Dresse R.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, n'échappe pas à ce constat, puisqu'il signale que la recourante vit en Suisse depuis 1990 et est mère de deux filles (ch. 1.4 «Anamnèse [...]», p. 2) alors qu'il ressort du dossier qu'elle est arrivée en Suisse en 1986 a donné naissance à une fille et à un fils. Pour l'ensemble de ces motifs, on ne voit donc pas en quoi

les imprécisions susmentionnées inciteraient à douter des conclusions de l'expert J.\_\_\_\_\_.

**cc)** On ne saurait par ailleurs faire cas de l'argument de la recourante selon lequel le rapport d'expertise du 4 juillet 2012 serait «*truff[é] de « probablement » ou de conditionnels*» (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8). Quel que soit le style rédactionnel du Dr J.\_\_\_\_\_, il n'en demeure pas moins que les conclusions de cet expert sont rédigées de manière catégorique et ne laissent pas de place à l'interprétation. Il s'ensuit que sous cet angle également, les critiques de l'assurée sont dépourvues de fondement.

**dd)** La recourante estime par ailleurs que le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ contient des contradictions. Ainsi, elle relève que l'expert signale qu'elle paraît quelque peu triste, sans plus, pour préciser ensuite qu'elle est parfois en larmes. En outre, l'assurée observe que l'expert conclut au caractère non permanent des symptômes cardinaux d'un épisode dépressif (tristesse et fatigue anormales, pertes d'intérêt et du plaisir), alors même qu'elle se plaint de ces symptômes depuis quatre ans, qu'elle est suivie par la Dresse R.\_\_\_\_\_ depuis près de trois ans et que le Dr J.\_\_\_\_\_ reconnaît lui-même que le trouble anxieux et dépressif mixte évolue vers une certaine chronicité. Elle prétend de surcroît que l'expert n'indique pas les raisons pour lesquelles son évaluation s'est avérée difficile et semble hésiter entre divers diagnostics (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 8 s.).

Là encore, on ne peut se rallier à l'argumentation de la recourante, qui s'est contentée d'extraire de leur contexte certaines remarques comprises dans une appréciation circonstanciée de plusieurs pages pour en déduire, sans plus ample motivation, que celles-ci étaient contradictoires. Ainsi, lorsque le Dr J.\_\_\_\_\_ écrit que l'intéressée paraît quelque peu triste, sans plus, et qu'elle est parfois en larmes, il précise également qu'elle a pu adéquatement éclater de rire au premier entretien, qu'elle n'est pas ralentie et que l'activité psychomotrice est normale (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 8). Il s'agit là de simples

observations cliniques faites par l'expert dans le cadre de son examen et on peine à voir en quoi elles pourraient être contradictoires puisqu'elles ne font que décrire l'attitude de la recourante lors des entretiens. En outre, le Dr J.\_\_\_\_\_ précise que les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif n'ont en l'espèce pas de caractère permanent «*dans la mesure où ils font l'objet d'un questionnement précis*» (cf. *ibid.* p. 12). Il s'ensuit que c'est donc sur la base des réponses fournies par l'assurée aux questions de l'expert que ce dernier a pu conclure au caractère non permanent des symptômes en question. Sur ce point, on ajoutera au surplus qu'il convient de distinguer entre des symptômes s'inscrivant dans la durée ou ayant même une tendance à la chronicité, et des symptômes permanents, soit ressentis sans intermittence ni changement - notions que la recourante semble amalgamer. Enfin, si l'expert J.\_\_\_\_\_ reconnaît que l'appréciation du cas de l'assurée s'est avérée difficile (cf. *ibid.* p. 10), il expose ensuite méticuleusement sur plusieurs pages les différents éléments pris en considération et énonce en particulier les raisons l'ayant incité à privilégier les diagnostics retenus plutôt que d'autres pathologies (cf. *ibid.* p. 10 ss). Le fait que l'expert ait choisi de procéder avec prudence et en relevant objectivement les difficultés qu'il avait rencontrées ne saurait donc lui être reproché. Cela étant, il apparaît que les contradictions évoquées par la recourante ne résistent pas à l'examen du rapport d'expertise du 4 juillet 2012.

**ee)** Les allégations de la recourante selon lesquelles l'expert J.\_\_\_\_\_ aurait été induit en erreur par le fait qu'elle tentait de donner l'image d'une femme forte (cf. réplique du 13 février 2013) ne sont pas davantage convaincantes, en tant qu'elles ne reposent sur aucun exemple concret et ne trouvent aucune assise dans l'analyse du dossier. En effet, quand bien même la Dresse R.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'intéressée essayait par tous les moyens de donner l'image d'une femme forte qui se débrouillait seule (cf. rapport du 4 février 2013), il n'en demeure pas moins qu'ainsi que l'a relevé le SMR (cf. avis du Dr H.\_\_\_\_\_ du 27 février 2013), rien ne laisse à penser que l'évaluation du Dr J.\_\_\_\_\_ ait pu être faussée par l'attitude de l'assurée. L'expert a notamment constaté que cette dernière présentait une fatigue et une fatigabilité fréquentes, qu'elle

rapportait un certain degré d'irritabilité et une hypersensibilité et qu'elle pleurait facilement alors que tel n'était pas le cas par le passé (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2012 p. 7 à 8). Le Dr J.\_\_\_\_\_ a de surcroît observé que l'intéressée s'était parfois trouvée en larmes (cf. ibid. p. 8) et que sa souffrance était authentique (cf. ibid. p. 15). Ces éléments - dans l'ensemble également relevés par la Dresse R.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 5 décembre 2011) - démontrent que l'expert a su faire la part des choses nonobstant les éventuels efforts de la recourante pour dissimuler ses problèmes. Il s'ensuit que, là encore, les moyens soulevés par l'assurée ne peuvent être suivis.

A l'instar du SMR (cf. avis du Dr H.\_\_\_\_\_ du 27 février 2013), on relèvera par surabondance qu'en tant que spécialiste en psychiatre rompu à la réalisation d'expertises, le Dr J.\_\_\_\_\_ était d'autant plus à même de prendre le recul nécessaire pour évaluer le cas de la recourante. Contrairement à ce que prétend l'intéressée (cf. observations du 12 avril 2013), un tel constat ne revient pas à «porter aux nues» le Dr J.\_\_\_\_\_ et ne met nullement en cause l'indépendance et l'objectivité de l'OAI ou du SMR, mais signifie simplement que l'on peut attendre d'un expert averti qu'il soit en mesure de procéder à une analyse objective compte tenu des spécificités inhérentes à son mandat. En tous les cas, la recourante n'est, comme on l'a vu, pas parvenue à apporter la preuve du contraire dans le cas particulier.

**d)** Dans ces conditions, force est d'admettre que les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ sont convaincantes, qu'aucun motif pertinent ne permet de les remettre en cause, et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Sur cette base, on retiendra donc que le trouble anxieux et dépressif mixte ainsi que le trouble somatoforme indifférencié dont souffre la recourante ne sont pas susceptibles d'amoinrir sa capacité de travail.

**5.** Tout au plus relèvera-t-on encore, au surplus, que l'aptitude de l'assurée à effectuer les tâches ménagères n'avait par définition pas à être

analysée dans le présent contexte, contrairement à ce que cette dernière soutient (cf. mémoire de recours du 2 novembre 2012 p. 9). En effet, l'invalidité peut être évaluée en fonction de trois méthodes selon que la personne concernée est active à temps complet (méthode générale [cf. art. 28 al. 1 LAI et 16 LPGA]), n'exerce aucune activité (méthode spécifique [cf. art. 28a al. 2 LAI]) ou travaille à temps partiel (méthode mixte [cf. art. 28a al. 3 LAI]). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé (cf. ATF 130 V 396 consid. 3.3; 125 V 146 consid. 2c; 117 V 194 consid. 3b). Or, force est de rappeler qu'aux termes du formulaire 531bis complété le 15 août 2011, la recourante a indiqué qu'elle aurait travaillé à 100% en bonne santé. Dès lors que l'intéressée a ainsi déclaré un statut d'active à 100%, ayant pour corollaire l'absence de part ménagère à prendre en considération, on ne voit pas en quoi il pourrait être reproché à l'intimé de ne pas avoir instruit ce dernier point. Là encore, les griefs de la recourante doivent être rejetés.

**6.** En définitive, c'est par conséquent à bon droit que l'OAI a refusé d'octroyer des prestations AI à la recourante, faute d'atteinte à la santé invalidante.

**7. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400

fr. et devraient en principe être supportés par la recourante qui voit ses conclusions rejetées.

La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement (cf. art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RA) –, Me Vincent Demierre, conseil de la recourante, a produit en date du 20 juin 2013 une liste de ses opérations, dont il ressort que pour la période courant du 13 août 2012 au 12 avril 2013, il a consacré 13 heures et 55 minutes à la défense des intérêts de sa cliente, le montant de ses débours étant de 66 fr. Cette liste comprend toutefois des opérations largement antérieures à la présente procédure judiciaire introduite le 2 novembre 2012, date à laquelle a également pris effet le bénéfice de l'assistance judiciaire accordé à la recourante. A cet égard, concernant les effets temporels d'une requête d'assistance judiciaire, la doctrine précise que l'assistance judiciaire peut être demandée en tout temps, avant ou durant la procédure, que son octroi rétroagit au jour de la demande et qu'elle s'étend aux démarches urgentes entreprises peu avant; les cantons peuvent se montrer plus généreux (cf. Bernard Corboz, Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire, in SJ 2003 II p. 74). Dans le cadre de procédures cantonales de recours, la jurisprudence en matière

d'assurances sociales – rendue sous l'empire de l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10) mais qui s'applique toujours depuis l'entrée en vigueur de l'art. 61 let. f LPGa (cf. TFA H 106/03 du 21 août 2003, in SVR 2004 AHV n° 5 p. 17) – a précisé que l'octroi de l'assistance judiciaire à compter uniquement de l'introduction de la demande n'est pas conforme au droit fédéral dans l'éventualité où les conditions de l'octroi auraient été réalisées auparavant (cf. TF 9C\_735/2011 du 22 juin 2012 consid. 3 et les références citées).

Il y a donc lieu tout d'abord d'examiner le caractère nécessaire des opérations accomplies avant le 2 novembre 2012 pour l'exercice du droit de recours contre la décision de l'OAI et, cas échéant, de les retenir dans l'indemnisation de l'avocat d'office, ces opérations comportant au moins l'étude du dossier et la préparation du mémoire de recours (cf. TF 9C\_735/2011 précité consid. 5.2). Dans le cas particulier, il se justifie de tenir compte des opérations effectuées à partir du 4 octobre 2012, date à laquelle Me Demierre a interpellé l'office après avoir appris – le jour même, selon les indications figurant dans le mémoire de recours du 2 novembre 2012 (p. 2) – que sa cliente s'était vu notifier la décision entreprise; en tant que ces opérations comprennent essentiellement des prises de contact avec la recourante, l'OAI et la Dresse R.\_\_\_\_\_, l'étude du dossier et le début de la rédaction du mémoire de recours, à raison de 3 heures et 5 minutes, on peut admettre qu'elles étaient nécessaires à la présente procédure. Quant aux opérations effectuées dès le 2 novembre 2012, à hauteur de 7 heures et 55 minutes, il y a lieu de considérer qu'elles aussi rentrent globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir un temps total de 11 heures de prestations d'avocat au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit un montant global d'honoraires s'élevant à 2'138 fr. 40, TVA de 8% comprise. De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). Il ressort de la liste établie par le conseil d'office qu'aux opérations effectuées depuis le 4 octobre 2012 correspondent des débours s'élevant à 56 fr., auxquels il convient d'ajouter 4 fr. 48 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante

doit donc être arrêtée à 2'198 fr. 88 (TVA de 8 % comprise), montant qu'il y a lieu d'arrondir à 2'198 fr. 90.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 24 septembre 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 provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Vincent Demierre, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'198 fr. 90 (deux mille cent nonante-huit francs et nonante centimes).
  
- 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 provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :