

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 novembre 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à
Lausanne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

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

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce, a déposé le 2 mars 2012 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir de problèmes cardiaques, d'un anévrisme à la tête, de caillots de sang à la tête, d'un ulcère à l'estomac et d'épilepsie, depuis environ 2004. Auparavant employée de banque auprès de Banque Y._____ à [...], elle a été licenciée en janvier 2010 et s'est inscrite à l'assurance-chômage depuis le 1^{er} mai 2010. Elle a présenté une incapacité totale de travail à compter du 7 juillet 2011 et a perçu des indemnités journalières de son assureur perte de gain.

Il ressort de la fiche d'examen du 16 mars 2012 de l'OAI notamment les éléments suivants :

« [...]. Le certificat d'IT [incapacité de travail] signé du 24.02.2012 a une durée de 2 mois, et sera réévalué fin avril. Les médecins signalent un problème d'alcool qui n'est pas mentionné dans la demande. Elle est actuellement à la Fondation Z._____, elle y est rentrée le 11.01.2012, et aucune date de sortie n'est prévue. [...] ».

Le 16 mars 2012, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI le dossier de l'assurée, dont il ressort notamment les pièces suivantes :

- Un certificat médical du 21 juillet 2010 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, attestant une incapacité totale de travail du 30 juin au 31 août 2010, en raison d'un épisode dépressif moyen en relation avec son licenciement et un conflit conjugal.
- Plusieurs certificats médicaux du Dr R._____ attestant l'incapacité totale de travail de l'assurée depuis le 7 juillet 2011.

- Un rapport du 1^{er} janvier 2012 du Dr K._____, chef de clinique au Service d'alcoologie du C._____, (ci-après : le C._____), de Q._____, infirmière de liaison au Service d'alcoologie V._____, de G._____, intervenante sociale à la Fondation L._____, (ci-après : la Fondation L._____) et de S._____, directeur à la Fondation L._____, selon lequel :

« Nous avons vu la patiente susnommée en bilan d'indication au traitement alcoologique dans le cadre du dispositif E._____, [E._____] , le 19 décembre 2011 à l'unité hospitalière V._____ à [...].
[...]

Anamnèse alcoologique :

Mme X._____ dit avoir consommé de 1 à 3 verres d'alcool dès l'âge de 11-12 ans, lors de fêtes foraines. Elle décrit une évolution non problématique où elle buvait une fois par semaine, du vin et ou divers alcools forts, consommations qu'elle estime à 3-4 unités.

La patiente parle d'une augmentation de sa consommation suite à l'accident de voiture en 1996. Elle buvait alors après le travail, quotidiennement, tous types d'alcools jusqu'à une bouteille.

Premier séjour de 3 semaines à V._____ en 2008 sur injonction de son employeur qui menace de la licencier si elle ne se soigne pas. Elle réussit avec un suivi ambulatoire à la [...] [[...]], et un autre avec sa référente infirmière de V._____, à maintenir une consommation contrôlée durant deux ans avec une prise de 3 unités le samedi, et 3 unités le dimanche. En juin 2010, elle effectue un deuxième séjour à V._____, ayant perdu le contrôle suite à son licenciement ainsi que ses problèmes conjugaux. Elle intègre ensuite [la Fondation D._____ pour 3 mois sur décision de l'ORP [Office régional de placement].

Depuis juin 2011, Mme X._____ dit boire à nouveau tous les jours environ 1.5 l de vin rouge ou rosé. Elle boit pour éviter les tremblements et les nausées perçues dès le matin. Elle relève des problèmes de concentration et du laisser-aller comme effets négatifs de l'alcool. Elle n'arrive plus à tenir correctement son appartement. La patiente fume 2 paquets de cigarettes/jour.

En juillet 2011, Mme X._____ est hospitalisée à [...] durant une semaine pour une crise d'épilepsie. En août, elle est hospitalisée une 2^{ème} fois pendant 9 jours suite à une hémorragie digestive haute. Elle intègre V._____ pour un 3^{ème} séjour le 20 décembre 2011.

Anamnèse médicale :

- Cardiopathie (pose d'un stent, en avril 2007)
- Hypertension traitée
- Anévrisme + thrombose cérébrale
- Hémorragie digestive haute (août 2011)
- Crise d'épilepsie (juillet 2011)
- Poll/neuropathie distale
- BPCO [broncho-pneumopathie chronique obstructive] degré léger
- Œdème de Quinque

Bilan de l'intervention :

Lors de l'entretien nous relevons 7 critères sur 7 en faveur d'un diagnostic de dépendance à l'alcool selon le DSM-IV [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux]. A noter que la patiente présente aussi plusieurs facteurs de risques pour un sevrage compliqué, à savoir : une dépendance aux benzodiazépines, des comorbidités médicales ainsi que des antécédents de crise épileptique.

Au cours de l'entretien, Mme X._____ nous informe avoir consommé ce jour. Malgré cela, le discours reste fluide et cohérent. Nous relevons une anxiété et une tristesse importante. La patiente fait plus que son âge et se présente un peu négligée. Le frère de Madame dit qu'il ne peut plus répondre aux fréquents appels au secours de sa sœur, cependant il la soutient dans sa démarche de soins. Mme X._____ souhaite se sentir mieux physiquement et psychologiquement, se renforcer face à son ex-mari et retrouver du travail. Elle vise une abstinence totale.

Au vu de la crise personnelle que traverse la patiente, de son état de santé précaire et de sa motivation pour s'en sortir, nous validons un séjour de trois mois à la Fondation Z._____. Sa situation sera réévaluée durant cette période ».

- Un certificat médical du 31 janvier 2012 du Dr R._____, dans lequel il a diagnostiqué des troubles anxieux, une dépendance à l'alcool et une cardiopathie ischémique. Selon ce médecin, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail, mais pas avant mai 2012.

Dans un rapport du 2 avril 2012 adressé à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en cardiologie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique avec angioplastie en 1999, 2003 et 2007, un angor vasco spastique, une dépendance OH [alcool] et une thrombose des sinus veineux cérébraux en 2011. Le dernier contrôle datait du 16 décembre 2011. Il a indiqué que l'anamnèse cardiologique était stable. Par rapport à l'activité professionnelle, il a précisé qu'un effort modéré était acceptable sur le plan cardiologique, en ajoutant que le problème était la dépendance alcoolique.

Dans un rapport du 23 avril 2012 à l'OAI, le Dr R._____ a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une cardiopathie ischémique, une thrombose des sinus veineux cérébraux, une dépendance à l'alcool et un ulcère duodéal avec hémorragie secondaire. Il a également relevé une fatigabilité et des troubles de l'humeur, avec un

pronostic réservé. La patiente était alors suivie à la Fondation Z. _____ pour son problème de dépendance à l'alcool. Quant aux restrictions physiques et psychiques, le médecin a indiqué des troubles de la concentration, des céphalées et une dyspnée, estimant que l'activité d'employée de bureau n'était plus exigible. Selon lui, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100% à partir du deuxième semestre 2012, selon l'évolution. Il a notamment joint à son courrier les deux rapports suivants :

- Un rapport du 7 février 2012 de la Dresse F. _____, du Dr J. _____ et de la Dresse P. _____, respectivement cheffe de clinique, chef de clinique et médecin assistante au Service d'alcoologie du C. _____, faisant suite au troisième séjour de l'assurée auprès de l'unité hospitalière de V. _____ du 20 décembre 2011 au 9 janvier 2012, date de son entrée à Fondation Z. _____. Il en ressort notamment ce qui suit :

« **Diagnostics (CIM-10)**

- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 10.21)
 - Crise d'épilepsie inaugurale sur sevrage d'alcool en juillet 2011
 - Stéatose hépatique (échographie abdominale en août 2011)
 - Gastropathie hypertensive sans varices oesophagiennes (OGD [gastroscopie] en août 2011)
- Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F 17.25)
- Thrombose des sinus veineux cérébraux transverse et sigmoïde gauche en juillet 2011
- Hémorragie digestive haute sur ulcère duodéal en août 2011
- Reflux gastro-oesophagien
- Episode dépressif moyen en 2003 (F 32.1)
- Cardiopathie ischémique
- Status post fracture du poignet gauche en mai 2009
- Status post fracture cervicale, pied droit et cheville droite en 1996 (accident de la circulation)
- Allergie à l'imidazolidinyl urea et angio-œdème aux IEC [inhibiteur de l'enzyme de conversion]

Anamnèse actuelle

[...]

La patiente a cet automne de nouveau augmenté sa consommation d'alcool dans un contexte de fins de droits de chômage pour février 2012, ce qui l'inquiète. Divorcée en décembre 2010, elle vit encore avec son ex mari avec une augmentation de la violence conjugale ces derniers mois. Il y a eu des menaces de mort ce qui a conduit la patiente à déposer plainte.

Mme X._____ souhaite un nouveau séjour chez nous, après quoi elle vise une abstinence totale qu'elle motive pour des raisons de santé, pour rechercher un nouvel emploi et pour « se retrouver elle-même ». Elle a été vue par E._____ en date du 19.12.2011, et une journée d'essai a été effectuée à Fondation Z._____ en date du 5 janvier. L'entrée y est prévue pour le 9 janvier 2012.

[...]

Histoire de la consommation d'alcool

Actuellement Mme X._____ estime sa consommation actuelle à 1,5 litres de vin par jour. Elle consomme soit seule ou au bistrot. Les effets positifs de l'alcool consistent à calmer les symptômes de sevrage comme le tremor. Elle déplore cependant les effets négatifs suivants : perte de mémoire, signe de manque le matin, fatigue. Nous retenons 7 critères sur 7 de dépendance à l'alcool selon le DSM-IV. La patiente se trouve au stade « décision » selon le modèle Prochaska et DiClemente.

[...]

Discussion et évolution

Le sevrage s'est passé sans complication sous couverture par un schéma fixe à doses dégressives d'Anxiolit, en [p]lus de s[o]n traitement habituel de 6x15 mg/j. Elle a bénéficié d'une vitaminothérapie par Bernerva® 300 mg/j en i.v. [intraveineuse] pour un total de 3 administrations.

Mme X._____ a participé aux groupes thérapeutiques proposés. Elle est entrée à Fondation Z._____ le 09.01.2012 pour un séjour de 3 mois, afin de consolider son projet d'abstinence, retrouver un emploi et pouvoir entreprendre les suites judiciaires suite à la violence conjugale.

Sur le plan somatique, Mme X._____ est suivie régulièrement par son cardiologue, le Dr M._____, en raison de sa cardiopathie ischémique. A l'entrée et pendant son séjour, elle est restée plutôt hypotendue avec une TA [tension artérielle] à 100 mmHg et des pulsations régulières élevées à 100/mn asymptomatique. Nous avons dans un premier temps suspendu une partie de son traitement hypertenseur, mais nous avons par la suite en accord avec son cardiologue, repris ce traitement à petites doses. Son traitement habituel de Kinzal® 80 mg est actuellement à 20 mg par jour, le Dilzem® retard 90 mg a été diminué à 30 mg 2 fois par jour, à réaugmenter progressivement selon la pression artérielle et les pulsations. Ce traitement a été introduit à but anticalcique afin de prévenir des spasmes coronariens. Nous avons continué son traitement habituel par du Concor® 5 mg.

En ce qui concerne son anti-coagulation par Sintrom® en raison de la thrombose des sinus veineux cérébraux diagnostiqués en juillet 2011, la patiente a bénéficié d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale de contrôle en août 2011. Cette dernière montrait un aspect inchangé de la thrombose et une anti-coagulation pour une durée totale de 6 mois a été prescrite. Nous vous signalons une INR infra-thérapeutique à son entrée à V._____ et en même temps un risque lié aux troubles de la mémoire de la patiente. Nous vous laissons le soin de préciser la durée du

traitement par Sintrom® et la nécessité d'une imagerie de contrôle. Nous vous proposons également de prévoir un bilan neuropsychologique à distance, afin d'investiguer des troubles de la mémoire décrits par Mme X. _____».

- Un rapport du 16 avril 2012 du Dr M. _____, faisant suite à un examen de l'assurée du même jour. Ce médecin a indiqué qu'anamnestiquement, il n'y avait pas d'élément nouveau sur le plan cardio-vasculaire, notamment pas de péjoration de sa dyspnée, et qu'il n'y avait pas non plus de symptomatologie thoracique. Sur le plan psychologique et quant au suivi des dépendances de l'assurée, la situation lui paraissait en nette amélioration par rapport à l'année précédente.

A la demande de l'OAI, Banque Y. _____ a complété le 24 avril 2012 un questionnaire pour l'employeur, selon lequel le contrat de travail de l'assurée avait débuté le 1^{er} janvier 1984 et pris fin le 30 avril 2010. L'employeur avait mis un terme aux rapports de travail en raison de prestations insuffisantes. L'assurée travaillait à 100% (42 heures par semaine) avant son atteinte à la santé et son salaire s'élevait à 80'100 fr. par an depuis le 1^{er} mars 2009, soit 6'675 fr. par mois. L'employeur a également joint les fiches de salaire de l'assurée pour les années 2008, 2009 et 2010.

Par communication du 24 avril 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle auprès d'U. _____ à partir du 7 mai 2012 pour une durée de trois mois, au taux de 100%.

Dans son avis du 7 mai 2012, le Dr W. _____ du Service médical régional (ci-après : le SMR) a estimé que l'état de l'assurée n'était pas stabilisé. Il convenait de rechercher une comorbidité psychiatrique et de définir si l'addiction était primaire ou secondaire. Selon lui, un divorce suivi d'un retour avec reprise des violences conjugales méritait une investigation psychiatrique. L'incapacité de travail durable était fixée au 29 novembre 2011 et était de 100%. La capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée était alors nulle. Le médecin du SMR a proposé de

solliciter un rapport intermédiaire à trois mois au Dr R._____ et la Dresse F._____ en leur demandant de préciser la capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée exigée ainsi que les limitations fonctionnelles. Il a également requis un rapport d'un éventuel psychiatre traitant afin de préciser si l'addiction était primaire ou secondaire.

Le 21 mai 2012, sur requête de l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle n'était pas suivie par un médecin psychiatre.

La mesure d'intervention précoce a été interrompue le 1^{er} juin 2012. Dans son rapport à l'OAI du 5 juin 2012, la conseillère d'U._____ a relevé que l'employabilité de l'assurée était très basse. Elle avait toutefois montré une amélioration de son état de santé lors des quatre semaines de suivi et s'était montrée extrêmement motivée à retrouver un emploi afin de retrouver une stabilité de vie.

Par communication du 13 juin 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dès lors que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

A la demande de l'OAI, le Dr R._____ s'est exprimé le 31 août 2012 sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée en ces termes :

« L'évolution de l'état de santé de Mme X._____ est satisfaisante avec actuellement une activité occupationnelle à la Fondation D._____ à [...] à raison de 40% environ (occupation légère de bureau et de couture).

Après examen de l'assurée ce jour à notre consultation, il apparaît qu'elle pourrait fournir une capacité de 50% dans une activité de bureau telle qu'employée de commerce (elle occupait un poste d'employée de Banque Y._____ auparavant), ceci dès le 1^{er} janvier 2013. D'ici là, elle est à considérer en incapacité de travail complète.

Les limitations fonctionnelles sont surtout liées aux problèmes cardio-vasculaires et neurologiques, ne lui permettant pas de fournir une activité soutenue et nécessitant des périodes de repos régulières.

Je propose une réévaluation de la situation à la fin décembre 2012 pour confirmer cette décision ».

En réponse à une demande de renseignements de l'OAI, la Dresse F. _____ a indiqué le 21 septembre 2012 que l'assurée n'était pas suivie dans son service, lui suggérant de s'adresser au Dr R. _____.

Au vu de ces éléments, le SMR s'est à nouveau déterminé sur le cas de l'assurée. Dans un rapport du 11 février 2013, le Dr W. _____ du SMR a constaté que les avis des Drs R. _____ et M. _____ étaient contradictoires s'agissant des limitations fonctionnelles et que la question de savoir si l'addiction était primaire ou secondaire n'avait pas été examinée. Il a par conséquent recommandé un examen SMR psychiatrique afin de déterminer précisément la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles de l'assurée.

Dans un courrier du 17 juin 2013 à l'OAI, le Dr R. _____ a indiqué que l'assurée était toujours en incapacité totale de travail. Il l'a en outre informé qu'elle occupait un poste occupationnel d'employée de bureau à la Fondation A. _____ [recte : A. _____] mais que le rendement ne dépassait pas 60% en raison de ses différents problèmes de santé.

Le 3 juillet 2013, un examen clinique psychiatrique a été réalisé par le Dr O. _____ du SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 24 juillet 2013, le Dr O. _____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a indiqué un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). Le status psychiatrique de l'assurée a été décrit comme suit :

« L'assurée est venue en train, seule. Tenue et hygiène correctes. Discours adéquat, cohérent. L'assurée est collaborante avec l'examineur. Absence de troubles de l'attention et de la concentration. Discret trouble de la mémoire d'évocation. Absence de trouble du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes). Absence d'attitude d'écoute ou d'hallucinations auditives. Pas de tristesse apparente ou exprimée. Absence d'idéation suicidaire. Pas de perte de l'intérêt ou du plaisir

pour les activités de la vie quotidienne ou les activités habituellement agréables, l'assurée ajoute qu'elle adore écouter de la musique ou regarder un film. En ce qui concerne l'image de soi, l'assurée répond : « Bonne, je me sens utile, j'arrive à organiser ma vie, à remplir la journée ». En ce qui concerne l'avenir, l'assurée répond : « Refaire ma vie ». L'appétit et la libido sont décrits comme étant conservés. Pas de symptomatologie anxieuse type crise de panique, déclenchée au cours de l'entretien ».

Quant à son appréciation du cas, le Dr O._____ a exposé les éléments suivants :

« L'anamnèse psychiatrique permet de constater un premier épisode dépressif en 2004, le Dr R._____, médecin traitant, l'adresse à la Clinique [...]. L'assurée a reçu un traitement d'antidépresseurs, elle décrit une amélioration deux mois après.

Mariée en 2007, l'assurée décrit son mari comme étant dépendant à l'alcool et à l'origine d'une violence conjugale; l'assurée a eu une fracture de l'omoplate en 2008 et une fracture du poignet en 2009.

D'après l'évaluation faite au E._____ du 01.01.2012, elle a aussi été victime de menaces de mort proférées par son ex-mari et a échappé à une balle tirée par arme à feu. Le couple a divorcé en décembre 2010 mais son mari est resté jusqu'à 2011. Suite à une plainte posée à la police par l'assurée, il est parti.

Dans le contexte d'alcoolisation commune, de la violence physique, l'assurée fait un premier séjour à V._____ en 2008, un deuxième séjour en 2010 et un troisième séjour en décembre 2011. Lors de l'évaluation du 19.12.2011, à l'unité hospitalière V._____ (E._____) l'assurée présentait une symptomatologie dépressive, elle était au bénéfice d'un traitement de Remeron® 30 mg. D'après l'anamnèse professionnelle obtenue auprès de l'assurée, elle a été en arrêt maladie au mois de juin 2011, dans le contexte d'un deuxième épisode dépressif. Suite aux soins mentionnés ci-dessus, une amélioration peut être retenue à partir du mois de juin 2012; l'assurée a pu reprendre une activité occupationnelle dans le cadre de la Fondation D._____.

En conclusion, le trouble dépressif récurrent, dont le deuxième épisode peut être situé en juin 2011, a évolué favorablement à partir de juin 2012. Dans ce contexte, le trouble dépressif récurrent ne peut pas être considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, il est évident qu'elle est devenue problématique suite à son mariage en 2007. Ainsi, dans un premier temps, elle peut être considérée comme étant primaire. Même si par la suite elle a pu être secondaire à la violence physique de son mari et à l'épisode dépressif de juin 2011, suite au divorce et à des soins reçus chez V._____, l'assurée a pu revenir à une consommation contrôlée. Toutefois, on peut retenir que la dépendance à l'alcool était secondaire entre juin 2011 et juin 2012.

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

Sur le plan psychiatrique, le Dr O. _____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle. Selon lui, une incapacité de travail existait depuis juin 2011 et s'était améliorée à partir de juin 2012. Il a ainsi estimé qu'une capacité de travail de 100% était exigible dès juin 2012 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans son avis du 7 août 2013, le Dr W. _____ du SMR a estimé que l'examen clinique psychiatrique du Dr O. _____ revêtait pleine valeur probante, de sorte qu'il y avait lieu de suivre son avis. L'incapacité de travail durable était ainsi fixée à juin 2011. Elle avait été entière dès juin 2011, puis inexistante dès juin 2012. La capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée était dès cette date [juin 2012] de 100%, avec les limitations fonctionnelles suivantes : « Somatiques : aptes efforts modérés. Psychique : aucune ».

Dans une fiche d'examen du droit à la rente du 29 août 2013, une collaboratrice de l'OAI a notamment précisé les éléments suivants :

« L'avis SMR du 07.08.2013 indique comme date de LM [longue maladie] juin 2011 mais je n'ai pas trouvé de date précise. L'IT [incapacité de travail] semble plutôt commencer le 07.07.2011 (selon le dossier perte de gain et les certificats médicaux du Dr R. _____) ».

Par projet de décision du 29 août 2013, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a constaté que l'assurée avait présenté une incapacité de travail et de gain entière du 7 juillet 2011 au 31 mai 2012 et qu'à partir du mois de juin 2012, elle présentait à nouveau une capacité de travail totale dans son activité habituelle.

L'assurée a fait part de ses observations le 9 septembre 2013 à l'OAI. Elle s'est opposée au projet de décision et a demandé le réexamen

de sa situation étant donné que depuis juillet 2011, elle était toujours en incapacité totale de travail.

Par décision du 11 octobre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour à l'assurée, l'OAI a expliqué avoir retenu, sur la base de l'examen clinique du SMR du 3 juillet 2013, une capacité de travail entière dès le mois de juin 2012. L'incapacité de travail de l'assurée ayant débuté le 7 juillet 2011, le délai d'attente d'une année n'était pas atteint au sens de l'art. 28 al. 1 LAI. Dès lors que l'examen du SMR avait pleine valeur probante et que l'assurée n'avait pas apporté d'élément susceptible de modifier sa position, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. Par acte du 22 octobre 2013, X._____, alors non assistée, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à son annulation. Comme dans ses observations du 9 septembre 2013, elle fait valoir qu'elle n'a jamais retrouvé de capacité de travail, que ce soit partielle ou totale, depuis juillet 2011.

Dans sa réponse du 3 décembre 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision. En substance, il expose que l'examen du 3 juillet 2013 sur lequel il se fonde pour retenir une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juin 2012 revêt pleine valeur probante.

La recourante a répliqué le 13 janvier 2014. Elle explique ne pas contester l'appréciation psychiatrique de son état telle qu'elle ressort du rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 24 juillet 2013, mais estime que son état de santé « physique » n'a pas été investigué (savoir ses problèmes cardiologiques, sa thrombose, la fatigue liée à la prise de ses médicaments, ses difficultés de concentration et ses maux de tête, se référant aux avis de ses médecins traitants, les Drs R._____ et M._____ - précisant que ceux-ci, ainsi que sa conseillère professionnelle d'A._____, B._____, se tiennent à disposition pour une éventuelle audition). A l'appui de sa réplique, elle a produit un courrier du 10 janvier

2014 du Dr R._____, selon lequel l'atteinte à la santé à l'origine de l'incapacité de travail de sa patiente est essentiellement somatique, notamment cardiaque (cardiopathie ischémique évolutive avec plusieurs épisodes d'angioplastie et stents coronariens) et neurologique (séquelles de thrombose veineuse cérébrale).

Désormais représentée, la recourante a complété sa réplique le 25 mars 2014. Le mandataire consulté explique que sa cliente minimise les conséquences de sa consommation d'alcool et n'est pas à même d'appréhender correctement son état de santé. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, afin qu'une évaluation globale de la situation soit effectuée et conclut au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

Le 3 avril 2014, l'intimé a maintenu sa position en se référant à l'avis du 30 janvier 2014 du Dr W._____ du SMR, joint à son courrier. Ce médecin estime que les dernières allégations du Dr R._____ sont contradictoires avec les rapports médicaux au dossier. En effet, dans son rapport du 2 avril 2012, hormis la recommandation d'efforts modérés compatibles avec la profession de la recourante, le Dr M._____ ne retenait aucune limitation fonctionnelle et indiquait que le problème principal était la dépendance à l'alcool. Dans son rapport du 16 avril 2012, le Dr M._____ constatait une stabilité de l'état de santé sur le plan cardiologique. En outre, le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2013 ne relevait aucun problème cardiologique et, au contraire, constatait que la recourante était autonome s'agissant de ses déplacements et tâches quotidiennes. Selon le Dr W._____ du SMR, la lettre du Dr R._____ n'est pas argumentée sur le plan clinique.

Dans son écriture du 20 juin 2014, la recourante renouvelle sa requête d'une évaluation pluridisciplinaire, en expliquant que si ses diverses atteintes à la santé (cardiologiques, neurologiques et problèmes d'alcool) prises isolément n'ont peut-être pas un caractère invalidant suffisant pour justifier une prise en charge par l'intimé, la conjonction de ces troubles la rend inapte à une activité professionnelle, à tout le moins à

50%. Elle requiert en outre l'audition de sa conseillère B. _____ auprès de la Fondation D. _____, s'étonnant que l'intimé n'ait pas sollicité de renseignements auprès d'elle au sujet de sa capacité de travail résiduelle et de son aptitude à rejoindre le monde réel de l'économie.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

4. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une

éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; voir également TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_395/2007 précité consid. 2.3 et les références citées).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 précité consid. 2.4; TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

5. a) En l'espèce, la recourante souffre d'une dépendance à l'alcool ayant notamment entraîné comme atteinte à la santé une thrombose cérébrale en juillet 2011 ainsi qu'une hémorragie digestive haute en août 2011, toutefois sans répercussion durable sur sa capacité de gain (cf. rapport du 7 février 2012 de la Dresse F._____, du Dr J._____ et de la Dresse P._____). Afin de déterminer si son alcoolodépendance constitue une invalidité au sens de la loi, il convient de rechercher une éventuelle comorbidité psychiatrique. La recourante n'a toutefois jamais fait l'objet d'un suivi psychiatrique ni consulté de médecin psychiatre. Cependant, il ressort des pièces au dossier qu'elle a subi plusieurs épisodes dépressifs moyens (en 2010 [cf. certificat médical du 21 juillet 2010 du Dr R._____] et en 2003 [cf. rapport du 7 février 2012 de la Dresse F._____, du Dr J._____ et de la Dresse P._____]). Au vu de la consommation d'alcool de la recourante, notamment dans le contexte de sa fin de droits de chômage et de violence conjugale, un examen clinique psychiatrique SMR a été mis en oeuvre afin de rechercher une comorbidité psychiatrique et définir si l'addiction était primaire ou secondaire (cf. avis SMR des 7 mai 2012 et 11 février 2013 du Dr W._____). La recourante a alors subi un tel examen, réalisé le 3 juillet

2013 par le Dr O._____ du SMR. Dans son rapport du 24 juillet 2013, ce médecin a également relevé les épisodes dépressifs de la recourante, retenant un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, dont le deuxième épisode pouvait être situé en juin 2011. Il a néanmoins constaté que la recourante avait bénéficié d'un sevrage sans complication (cf. rapport du 7 février 2012), d'un séjour de trois mois auprès de Fondation Z._____ afin de consolider son abstinence et qu'elle avait pu retrouver une activité occupationnelle dans le cadre de la Fondation Fondation D._____ depuis juin 2012. Le Dr O._____ a dès lors retenu une amélioration du trouble dépressif à partir du mois de juin 2012 et a estimé que ce trouble n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Au vu de l'anamnèse, la dépendance à l'alcool de l'assurée pouvait être considérée comme primaire à la suite de son mariage en 2007, puis secondaire à son épisode dépressif entre juin 2011 et juin 2012. L'examen psychiatrique n'avait pas permis de constater une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive, ni de retenir un trouble de la personnalité décompensé. Le Dr O._____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle.

Sur le plan psychiatrique, les conclusions du Dr O._____ ne sont contredites par aucun élément au dossier. Le rapport d'examen clinique psychiatrique du 24 juillet 2013 se fonde sur une analyse complète du dossier de la recourante. Il pose son anamnèse de façon détaillée et décrit les plaintes de l'intéressée. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions de ce rapport sont motivées et dénuées de contradiction. Le rapport d'examen psychiatrique du SMR revêt donc pleine valeur probante, conformément à la jurisprudence (cf. consid. 3d supra), ce que la recourante ne paraît pas remettre en cause, dès lors qu'elle a expliqué dans son écriture du 13 janvier 2014 ne pas contester l'appréciation psychiatrique de son état. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que l'assurée ne présente aucune comorbidité psychiatrique. C'est ainsi à juste titre que l'OAI n'a pas retenu d'invalidité du fait de sa dépendance à l'alcool.

b) La recourante fait pour sa part essentiellement valoir que son état de santé n'a pas été investigué dans sa globalité. Elle se réfère notamment dans ce cadre au courrier du 10 janvier 2014 du Dr R._____, selon lequel son incapacité de travail est essentiellement somatique, notamment cardiaque (cardiopathie ischémique avec plusieurs épisodes d'angioplastie et stents coronariens) et neurologique (séquelles de thrombose veineuse cérébrale). Or il ressort des rapports du Dr M._____, spécialiste en cardiologie, que l'état de santé de la recourante au plan cardiaque est stabilisé. Dans son rapport du 2 avril 2012, faisant suite à un contrôle le 16 décembre 2011, ce médecin notait déjà que l'anamnèse cardiologique était stable et se limitait à recommander un effort modéré dans l'activité professionnelle - limitation fonctionnelle au demeurant retenue par le Dr W._____ du SMR (cf. avis du 7 août 2013). Après un nouvel examen le 16 avril 2012, le Dr M._____ n'a relevé aucun élément nouveau sur le plan cardio-vasculaire et n'a rapporté aucune péjoration (cf. rapport du 16 avril 2012 du Dr M._____). Enfin, excepté le rapport médical du 23 avril 2012 du Dr R._____ mentionnant des troubles de la concentration et de céphalées, il ne ressort d'aucune pièce au dossier une éventuelle atteinte à la santé neurologique. La recourante n'a en particulier pas fait état d'un suivi au plan neurologique ou d'examens à ce niveau. Au contraire, le rapport du 24 juillet 2013 du Dr O._____, dont la valeur probante a été établie, fait état d'une « absence de troubles de l'attention et de la concentration ». Tant sur le plan cardiologique que neurologique, force est ainsi de constater qu'aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail ne peut être retenu et qu'aucune incapacité de travail n'a été posée, sinon par le Dr R._____. Or celui-ci n'est pas spécialiste. C'est en outre le médecin traitant de la recourante, en tant que tel enclin à soutenir sa patiente. Quoi qu'il en soit, dans ses deux derniers courriers (des 31 août 2013 et 10 janvier 2014), par ailleurs très brefs, il n'étaye pas ses conclusions et ne mentionne pas avoir réalisé ou fait réaliser des examens propres à établir que la recourante présenterait des troubles au niveau cardiologique ou neurologique. Elle a du reste pu reprendre son activité professionnelle à la suite de ses problèmes cardiaques (sa dernière intervention à ce niveau ayant consisté en la pose d'un stent en 2007). Le Dr R._____ n'a en

outre pas mentionné de troubles neurologiques dans son certificat du 31 janvier 2012. Il a certes indiqué la thrombose des sinus veineux cérébraux dans son rapport à l'OAI du 23 avril 2012, mais n'a pas expliqué en quoi ce diagnostic portait atteinte à la capacité de travail de la recourante. Le Dr R._____ n'apporte ainsi pas d'éléments déterminants qui auraient été ignorés par l'OAI. Dès l'instant que la recourante ne présente pas d'atteinte au niveau psychiatrique, que son état au plan cardiologique est stabilisé et que son médecin traitant n'a jamais jugé utile de solliciter des examens au plan neurologique - plan sur lequel au demeurant aucun médecin n'a attesté d'atteinte - il n'y a pas lieu de procéder à un examen pluridisciplinaire du cas de l'assurée. L'intimé était donc fondé à retenir une pleine capacité de travail dès juin 2012 et à nier le droit à une rente d'invalidité, étant rappelé que la recourante a présenté une capacité de travail restreinte du 7 juillet 2011 à fin juin 2012, soit durant une période inférieure à une année, si bien que le droit à la rente n'est pas ouvert (cf. art. 28 al. 1 LAI).

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire ou d'une audition de la conseillère B._____ auprès de la Fondation Fondation D._____, comme le requiert la recourante. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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 1'000 francs (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 mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Celle-ci ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ils seront toutefois provisoirement supportés par 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; art. 61 let. g LPGA).

b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Joël Crettaz (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense de la recourante de 9 heures et 10 minutes et de débours par 14 fr. 85. Après examen, le temps de travail rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat et peut être retenu. Le tarif horaire applicable est de 180 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]). Ainsi, Me Joël Crettaz a droit à une indemnité d'honoraire de 1'650 fr. (9h10 x 180 fr.), montant auquel il convient d'ajouter pour 14 fr. 85 de débours et la TVA par 133 fr. 20. L'indemnité globale arrondie doit ainsi être fixée à 1'798 fr., débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 11 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Joël Crettaz, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'798 fr. (mille sept cent nonante-huit francs), débours et TVA compris.
- VI. La 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, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office 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 :

- Me Joël Crettaz (pour X. _____),
- 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 :