

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 mars 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
MM. Monod et Gutmann, assesseurs  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Tristan Michel,  
avocat à Morges,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 février 2013.

Dans un rapport du 27 février 2013, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a posé le diagnostic de maladie de Ménière existant environ depuis sept ans, le traitement ambulatoire par lui-même ayant commencé le 23 août 2012. Il a indiqué dans l'anamnèse que l'assurée souffrait de plusieurs crises par semaine et qu'il avait constaté un déficit vestibulaire périphérique droit, les restrictions physiques étant de l'instabilité et des vertiges. Il faisait également état d'une hypoacousie bilatérale légère.

La Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé le 27 février 2013 également les diagnostics d'état dépressif récurrent chronique, d'abus d'alcool selon dossier depuis l'année 2000, de maladie de Ménière et de cervicodorsalgies depuis 2001. Elle a indiqué traiter l'assurée depuis janvier 2011, le médecin précédent étant le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Elle relevait que l'état dépressif de l'assurée s'accompagnait de décompensations favorisant des abus d'alcool et de cannabis. Elle mentionnait en outre « Ménière prise en charge par médecin ORL [oto-rhino-laryngologie] R.\_\_\_\_\_ et opéré ». Concernant les limitations fonctionnelles, elle indiquait que le problème était psychologique ce qui limitait toute activité et que les vertiges liés à la maladie de Ménière n'arrangeaient pas les choses. Elle précisait enfin que son rapport était rempli sur la base du dossier du Dr P.\_\_\_\_\_ et des consultations au cours des deux années, depuis qu'elle avait repris le cabinet.

Par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à des mesures de réinsertion et qu'il prenait en charge un entraînement à l'endurance du 28 octobre 2013 au 7 février

2014 (y compris fermeture du Centre pour vacances) auprès de la J.\_\_\_\_\_ (ci-après : J.\_\_\_\_\_).

Le 18 novembre 2013, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travail de l'assurée du 18 au 22 novembre 2013.

Il résulte du rapport de J.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2013, relatif à l'évaluation du stage pour la période du 28 octobre au 16 décembre 2013, en particulier ce qui suit :

**« Synthèse, appréciation de la situation, suite envisagée :**

Durant cette première période, Madame W.\_\_\_\_\_ a assimilé toute la technique de base des paniers avec fond en bois, tresse finale incluse et elle a déjà débuté l'apprentissage du panier avec fond en rotin. Elle démontre de très bonnes capacités d'apprentissage et une très bonne habileté manuelle. Elle fournit un travail soigné. Elle est impliquée dans les apprentissages et relève volontiers les défis proposés.

Au niveau du savoir-être, Madame W.\_\_\_\_\_ s'est aujourd'hui bien intégrée au groupe. Dans un premier temps, elle prenait plutôt un rôle d'observatrice mais depuis deux semaines, elle est réellement intégrée à l'équipe tout en conservant des moments « au calme » durant la pause officielle. Avec les MSP, la communication est aisée. Les entretiens sont basés sur l'échange. Madame semble avoir une santé psychique stable ; cependant, son moral peut être quelques fois altéré par ce qu'elle vit par la maladie (sans que cela ait de répercussion sur son activité).

Nous avons observé un changement général chez Madame W.\_\_\_\_\_ depuis trois semaines. Nous remarquons qu'elle a « embelli ». Lorsque nous faisons part de cette observation à Madame, elle nous dit en souriant qu'elle a du plaisir à prendre plus soin d'elle et qu'elle a déjà eu des retours en ce sens. Elle peut également nous dire que l'activité lui fait du bien et qu'aujourd'hui, les trajets ne génèrent plus de stress comme au départ de la mesure.

Au sujet des trajets une réflexion liée à un changement d'horaire doit être menée par Madame W.\_\_\_\_\_ (Changements d'horaire des bus de Bière à Berolle).

Nous félicitons Madame W.\_\_\_\_\_ pour ce début de mesure, pour son implication et sa gentillesse. »

Le 15 janvier 2014, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travail de l'assurée du 30 décembre 2013 au 24 janvier 2014.

Par courrier électronique du 20 janvier 2014, le conseiller en réadaptation de l'OAI a notamment informé l'assurée avoir pris note de l'incapacité de travail certifiée par la Dresse U.\_\_\_\_\_ et qu'au vu de la situation et des nombreuses absences, il avait été convenu avec J.\_\_\_\_\_ de mettre un terme à la mesure en cours à partir du 20 janvier 2014. Il mentionnait que la situation de l'assurée serait présentée au médecin-conseil du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) afin d'évaluer la suite à donner sur le plan médical.

Il résulte d'un rapport intermédiaire de J.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2014 notamment ce qui suit :

**« Synthèse, appréciation de la situation, suite envisagée :**

Madame W.\_\_\_\_\_ est en arrêt maladie depuis le 30 décembre 2013 souffrant d'une infection de l'oreille interne générant des vertiges importants.

Madame W.\_\_\_\_\_ nous a tenus informés de la situation avec régularité. Elle peut nous dire que cette situation est difficile à vivre au niveau du moral. A chacun de ses appels elle nous a dit qu'elle espérait aller mieux afin de reprendre l'atelier.

Nous sommes partagés entre l'évolution observée durant le premier mois et ce mois de maladie.

La mesure ne semble pas pertinente à ce jour au vu de la santé instable de Mme W.\_\_\_\_\_. »

Dans un rapport du 24 mars 2014, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de maladie de Ménière invalidante et d'état dépressif récurrent avec abus d'alcool. Elle indiquait que l'évolution était stationnaire concernant la maladie de Ménière et que les symptômes de la dépression étaient compensés. Elle estimait très limitée la capacité de travail actuelle dans l'ancienne profession soit d'environ 20 % depuis deux ans.

Le 14 mai 2014, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de maladie de Ménière, la situation n'ayant pas évolué depuis son dernier rapport et l'incapacité de travail étant totale. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, il s'est interrogé sur la possibilité d'un essai de travail dans un bureau. Il a indiqué que les limitations

fonctionnelles étaient une instabilité posturale et des vertiges à la mobilisation.

Une expertise a été confiée au B.\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_). Celle-ci a été réalisée par les Drs L.\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, X.\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et G.\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Dans leur rapport du 5 janvier 2015, les experts ont indiqué notamment ce qui suit :

« (...)

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan médecine interne l'examen actuel est rigoureusement normal. Les tests hépatiques effectués le 24.09.2014 ne montrent qu'une augmentation modérée de la gamma-GT (68 U/l pour une norme allant jusqu'à 39), peut-être surconsommation exagérée d'alcool, ce qui n'a toutefois pas été le cas durant les deux semaines précédant l'expertise puisque la CDT est normale.

Il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir.

Sur le plan ORL le bilan otoneurologique est normal, hormis une discrète élévation des seuils auditifs dans les fréquences aiguës, symétrique. Les plaintes exprimées par Madame W.\_\_\_\_ ne sont pas du tout typiques d'une maladie de Ménière ; ce diagnostic est à remettre en question. En effet, dans la maladie de Ménière, les symptômes de vertige sont systématiquement accompagnés de symptômes auditifs (déficit auditif unilatéral fluctuant, acouphène) toujours du même côté. Ce n'est pas le cas de l'expertisée. Lorsqu'une maladie de Ménière évolue depuis plusieurs années, il s'installe progressivement un déficit cochléaire et vestibulaire unilatéral irréversible. Dans le cas présent, l'audition est parfaitement symétrique et il n'y a aucune atteinte vestibulaire.

Il est surprenant de constater que le Dr E.\_\_\_\_ a posé un drain transtympanique du côté gauche, alors qu'il signale une *hyporéflexie droite* comme indication d'une IRM, et qu'il mentionne dans un rapport médical adressé à l'Al un *déficit vestibulaire périphérique à droite*.

En conclusion, les symptômes de vertiges évoluant depuis 2003, ne sont pas liés à une atteinte vestibulaire, on relèvera aussi que l'anamnèse aux différents médecins est imprécise (sic). Le diagnostic de maladie de Ménière ne peut pas être retenu dans ce cas. Du point de vue ORL, le seul diagnostic à retenir est celui d'un déficit auditif de perception, modéré.

Sur le plan psychique on relève des antécédents psychiatriques familiaux : la mère a souffert d'un trouble bipolaire, le frère et un cousin du côté paternel sont schizophrènes. Comme facteurs de stress, nous retenons que Madame W.\_\_\_\_ a subi dès son enfance les troubles du comportement de sa mère, de multiples déménagements, l'accident de son frère lorsqu'elle avait 16 ans, le décès du père en 2003 puis celui du compagnon en février 2008, enfin celui de sa mère en 2012. Elle est par ailleurs endettée et subit

actuellement les troubles du comportement de son colocataire toxicomane, qui s'est montré violent à son égard à une reprise.

L'expertisée mentionne :

- une symptomatologie anxieuse diffuse depuis l'enfance, provoquant des troubles de sommeil et des tensions musculaires ; elle fait environ 3 crises de panique par mois, qui durent une trentaine de minutes ;
- il y a 10 - 15 ans, et durant 5 ans, des périodes de hauts et bas durant lesquelles elle se sentait déprimée pendant une quinzaine de jours et à la limite de l'euphorie durant les quinze jours suivants ; elle se sentait particulièrement en confiance, se montrait très active, énergique, ne dormait que trois heures par jour et effectuait des achats compulsifs ;
- en lien direct avec ses vertiges, des symptômes dépressifs sous forme de tristesse, de découragement, de fatigue d'intensité moyenne, d'une diminution de la confiance et de l'estime depuis 3 ou 4 ans ; elle a eu des idées suicidaires en 2008.

En ce qui concerne sa personnalité, elle se décrit comme parfois envahissante, voulant aider les autres, et émotive. Elle fume une vingtaine de cigarettes par jour, environ trois joints par semaine et a passé par une période de dépendance à l'alcool entre 2008 et 2010, suite au décès de son compagnon.

Madame W. \_\_\_\_\_ reste active, prend en charge toutes ses tâches ménagères et administratives. Elle regarde la télévision, dessine et lit plusieurs heures par jour. Elle se promène avec son chien plusieurs heures par jour. Elle rencontre rarement des amis ; craignant que les vertiges ne se déclenchent, elle évite de sortir. Pour la même raison, elle n'ose plus conduire depuis quatre ans.

L'examen psychiatrique est dans les limites de la norme.

*En conclusion*, l'expertisée présente un tableau clinique compatible avec un diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble panique (F41.0), de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). La symptomatologie d'allure somatique, faite de vertiges, nausées et pertes de connaissance est, en l'absence de substrat organique, compatible avec un diagnostic de somatisation (F45.0).

Cette expertisée est de toute évidence vulnérable au stress en raison des troubles thymiques récurrents et des troubles anxieux dont elle souffre depuis longtemps. Néanmoins, depuis septembre 2011, elle ne prend plus d'antidépresseur, ni ne suit de psychothérapie. Elle ne se sent plus déprimée et peut gérer, par la relaxation, ses attaques de panique occasionnelles. Il serait utile que Madame W. \_\_\_\_\_ puisse bénéficier d'un suivi psychothérapeutique et d'un traitement psychotrope à visée anxiolytique prescrit par un psychiatre ; cela pourrait améliorer sa qualité de vie et prévenir une décompensation psychiatrique plus grave.

On relèvera qu'elle a diminué sa consommation d'alcool, elle continue de fumer du cannabis à petite dose, 2 à 3 fois par semaine, un joint, pour calmer ses nausées et se détendre mentionne-t-elle.

La somatisation est considérée comme un trouble somatoforme. On notera que ce trouble n'est pas associé actuellement à une autre pathologie psychiatrique sévère, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale,

pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires.

Entre 2008 et 2011, il est probable que des incapacités de travail passagères aient été nécessaires en raison du trouble dépressif.

Actuellement, nous ne constatons pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique ; la capacité de travail peut être considérée comme complète en temps et rendement dans toute activité, sans limitation. »

Les experts n'ont pas retenu de diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Quant aux diagnostics sans incidence sur cette capacité, ils ont posé les suivants :

- « - Anxiété généralisée (F41.1), trouble panique (F41.0) (adolescence)
- Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) (adolescence) Somatisation (F45.0) (probablement 2001)
  - Déficit auditif de perception, bilatéral, léger (non datable)
  - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement en diminution, F10
  - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, F12 »

A la date de l'expertise, ils n'ont pas retenu d'incapacité de travail.

Le 11 mai 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations dès lors qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail.

L'assurée a formulé ses observations le 17 juin 2015 quant au projet de décision de l'OAI du 11 mai 2015. Elle a exposé que malgré la prise d'antidépresseurs, son état de santé ne s'améliorait pas, de sorte qu'elle a débuté une psychothérapie avec la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Département de psychiatrie, secteur psychiatrique Ouest du V.\_\_\_\_\_, (ci-après : V.\_\_\_\_\_), sis à la Polyclinique de [...]. Elle a précisé qu'elle souffrait d'angoisses et de vertiges.

L'OAI a confirmé son projet du 11 mai 2015 par décision du 25 août 2015.

**B.** Par acte du 25 septembre 2015, W.\_\_\_\_\_ a recouru contre ce jugement auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente AI à 100 % dès le 19 février 2013 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle soutient en substance que sa problématique d'ordre psychiatrique a été sous-estimée, l'expert ne pouvant poser un diagnostic dans ce registre suite à un entretien d'une durée de quarante-cinq minutes, la recourante ayant de la peine à montrer et à accepter ses faiblesses. Le 28 octobre 2015, elle a produit un certificat médical établi le 30 septembre 2015 par les Dresses H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ainsi libellé :

« Par la présente, les médecins soussignés certifient que la patiente susnommée est suivie à la Polyclinique psychiatrique de [...] par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, depuis le mois de mai 2015 en raison d'un symptomatologie anxio-dépressive d'intensité fluctuante, accompagnée par des crises de panique et symptômes somatoformes sévères, nécessitant, outre un suivi hebdomadaire, des interventions en urgence et hospitalisations. Les investigations d'une suspicion d'un trouble d'humeur invalidant sont en cours, ainsi que l'adaptation du traitement.

Dans ce contexte, nous vous confirmons que Madame W.\_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée, dont le caractère est difficile à prévoir. »

Par réponse du 10 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soutient notamment ne pas avoir de motifs de s'écarter des conclusions circonstanciées du B.\_\_\_\_\_. Quant au certificat médical du 30 septembre 2015 établi par les Dresses H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ produit par la recourante le 28 octobre 2015, il estime que cette évaluation repose sur l'avis de médecins qui, d'une part, n'ont pas établi d'anamnèse, de description des activités quotidiennes, un status psychiatrique ainsi qu'un diagnostic précis et, d'autre part, ne mettent en évidence qu'une suspicion d'un trouble de l'humeur invalidant.

Par réplique du 16 février 2016, la recourante, désormais représentée par Me Jean-Tristan Michel, a confirmé les conclusions prises dans son recours sous suite de dépens. Elle a notamment relevé les divergences de diagnostics concernant le syndrome de Ménière, estimant une expertise nécessaire pour trancher la question. Elle conteste également les conclusions de l'expertise sur le plan psychiatrique. Elle allègue ne pas avoir eu que des incapacités de travail passagères entre

2008 et 2011 comme le relèvent les experts, les mesures de réadaptation ordonnées par l'OAI en hiver 2013 - 2014 s'étant soldées par un échec, en raison de sa santé défaillante et une hospitalisation ayant même été ordonnée du 29 juin au 10 juillet 2015. Elle ajoute être suivie par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, laquelle maintient le diagnostic de dépression et que l'incapacité de travail est complète.

Par duplique du 7 mars 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Le 11 avril 2016, la recourante a produit un rapport établi le 7 avril 2016 par les Dresses H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, qui était adressé à son conseil, dont la teneur est la suivante :

« Nous avons bien reçu votre demande de rapport médical concernant la personne susmentionnée et pouvons y répondre de la manière suivante :

1. *Depuis quand suivez-vous Mme W.\_\_\_\_\_ ?*

Le suivi ambulatoire de Mme W.\_\_\_\_\_ à la Polyclinique psychiatrique de [...], auprès de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, a débuté le 22.05.2015 à une fréquence hebdomadaire dans un premier temps, puis bimensuelle par la suite.

2. *Quel est le diagnostic posé ? Y a-t-il d'autres problèmes médicaux que ceux pour lesquels vous êtes consultés par Mme W.\_\_\_\_\_ ?*

Les diagnostics retenus sont les suivants :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique - F33.11
- Trouble panique - F41.0
- Trouble mixte de la personnalité (émotionnellement labile, type impulsif, dépendant et anxieux) - F61.0
- Difficultés liées à l'enfance malheureuse - Z61
- Solitude - Z60.2
- Difficultés liées au logement et aux conditions économiques - Z59

3. *Y a-t-il un traitement médicamenteux, et si oui, lequel ? Selon ce que vous savez, est-il suivi par Mme W.\_\_\_\_\_ ?*

Le traitement psychotrope actuel de la patiente a dû être adapté à plusieurs reprises en raison d'effets secondaires de type gastro-intestinal ayant nécessité une investigation et aboutissant à une hospitalisation en milieu psychiatrique à l'Hôpital de [...] du 29.06.2015 au 10.07.2015.

Ce traitement est le suivant :

Paroxétine 20 mg cpr 2-0-0-0  
Lyrica 50 mg cpr 2-0-2-0  
Seroquel 25 mg cpr 3-4xjour en réserve

La compliance médicamenteuse de Mme W. \_\_\_\_\_ sentie bonne, vu la diminution des symptômes anxieux depuis la dernière adaptation du traitement psychotrope et l'introduction du Lyrica.

4. *Selon vos constatations, votre diagnostic et les médicaments prescrits, Mme Lucie W. \_\_\_\_\_ possède-t-elle une capacité de travail ? Si oui, pour quel(s) type(s) de travaux ? Et dans quelle mesure (temps complet, partiel, quel pourcentage) ?*

Selon notre appréciation, la patiente devrait bénéficier d'une reconnaissance par l'AI et ne paraît plus apte à travailler dans l'économie libre. Des travaux occupationnels dans un milieu protégé à temps partiel nous sembleraient être la perspective la plus adaptée pour elle et auxquels elle sera apte à adhérer.

5. *Quel pronostic posez-vous sur la situation future de Mme W. \_\_\_\_\_ ?*

En ce qui concerne la santé psychologique de notre patiente, le pronostic reste réservé, vu l'anamnèse familiale chargée de maladies psychiatriques et ses propres troubles psychoneurologiques bien présents depuis l'enfance.

6. *Des mesures de réinsertion de l'AI vous semblent-elles compatibles avec l'état de Mme W. \_\_\_\_\_ ?*

Malgré que nous restions réservés par rapport à une réinsertion professionnelle chez cette patiente, une tentative peut cependant toujours être organisée dans le cadre de l'AI (pour rappel : le dernier essai dans des ateliers protégés aux J. \_\_\_\_\_ a échoué).

7. *Quel est votre pronostic à bref, moyen et long terme ? En particulier, y a-t-il des chances de rémission complète ?*

Notre pronostic à bref, moyen et long terme reste réservé. Dans le meilleur des cas, avec le temps et l'amélioration des conditions de vie actuelles (plus d'ancrage de la patiente dans un réseau social stable), nous ne pouvons espérer qu'une rémission partielle.

8. *Mme W. \_\_\_\_\_ a-t-elle déjà été soignée pour cette (ces) maladie(s) par le passé ? Si oui, quand ?*

A notre connaissance, et selon les dires de la patiente, elle n'a jamais bénéficié d'aucune aide psychologique spécialisée antérieure, raison pour laquelle son handicap psychique est resté sous-estimé et non reconnu. »

Invité à se déterminer, l'intimé a maintenu ses conclusions le 2 mai 2016 et produit un avis médical du SMR du 27 avril 2016 qui conclut ne pas disposer de raisons valables de s'écarter des résultats du B. \_\_\_\_\_.

La recourante a maintenu ses conclusions le 26 mai 2016.

## **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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** La question à examiner est celle du droit à la rente.

**2. 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 (cf. 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

(cf. 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 précité consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire 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 (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

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. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_418/2012 du 30 août 2012 consid. 4 et 9C\_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1).

**c)** Dans un arrêt publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait notamment partie la fibromyalgie. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 précité consid. 3.4 et 3.5) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 précité consid. 4). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la

jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 précité consid. 3.7).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 précité consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V

281 précité consid. 4.1.1). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 précité consid. 4.3, 4.4 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues lorsque l'ancienne jurisprudence était applicable. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires le cas échéant, en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et les références citées).

**3. a)** En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a notamment posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de trouble panique et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Il a également retenu le diagnostic de somatisation dès lors que la symptomatologie d'allure somatique, faite de vertiges, nausées et pertes de connaissance n'a pas de substrat organique.

L'expert explique que, depuis septembre 2011, la recourante ne prend plus d'antidépresseur, ni ne suit de psychothérapie, qu'elle ne se sent plus déprimée et peut gérer, par la relaxation, ses attaques de panique occasionnelles. L'expert fait toutefois abstraction des problèmes rencontrés par la recourante lors du stage à la J.\_\_\_\_\_ qui a dû être interrompu à cause des vertiges selon le rapport de cette J.\_\_\_\_\_. Une exagération des symptômes est à exclure, la bonne volonté de la recourante n'étant mise en doute par aucune des personnes l'ayant suivie. L'expert mentionne en outre que la recourante se promène avec son chien plusieurs heures par jour mais aussi qu'elle rencontre rarement des amis parce qu'elle évite de sortir craignant que les vertiges ne se déclenchent, ce qui apparaît totalement contradictoire. On ne peut pas dire non plus que la recourante ne suit plus

de psychothérapie, ce qui laisserait entendre que son état s'est amélioré, alors que les Desses H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ mentionnent qu'à leur connaissance, et selon les dires de la patiente, elle n'a jamais bénéficié d'aucune aide psychologique spécialisée antérieure, raison pour laquelle son handicap psychique serait resté sous-estimé et non reconnu. Enfin l'expert examine les critères - tels qu'existants lors de l'ancienne jurisprudence - relatifs aux troubles somatoformes de façon laconique en se limitant à des affirmations sans autre explication.

Il n'est ainsi pas possible de statuer en connaissance de cause sur le plan psychiatrique.

**b)** Sur le plan somatique, le diagnostic de maladie de Ménière a été posé par le Dr E.\_\_\_\_\_. Ce diagnostic est réfuté par l'expert. Celui-ci ne nie pas l'existence des vertiges mais ne donne toutefois aucune explication à ces troubles, se limitant à constater qu'ils ne sont pas liés à une atteinte vestibulaire. Il ne résulte pas de l'expertise qu'il ait cherché à savoir si ces troubles étaient dus à une autre affection de l'oreille de la recourante. Cette analyse extrêmement sommaire, apparaît insuffisante.

Au final, il apparaît que l'expertise tant sur le plan psychiatrique que somatique ne permet pas d'apprécier valablement les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail. La Cour de céans ne dispose au demeurant pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations de la recourante en toute connaissance de cause.

Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend en effet jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise tant sur les plans somatique que psychique (art. 44 LPGA). L'intimé rendra ensuite une

nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**c)** Au vu de ce qui précède, l'audition de témoins apparaît superflue et la requête en ce sens doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 1153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014).

**4.** En conclusion, le recours est admis dans le sens que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, puis nouvelle décision.

La recourante, qui obtient gain de cause, a agi avec le concours d'un mandataire professionnel et a dès lors le droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales]) de son conseil.

Au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS).

En outre, un émolument judiciaire de 400 fr. est également mis à sa charge.

La recourante a obtenu le 10 novembre 2015, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'occurrence, Me Michel a chiffré à 22 heures et 35 minutes le temps consacré à ce dossier et ses frais et débours à 150 fr. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît toutefois trop important eu égard à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de la liste des opérations que 25 courriers et courriels ont été adressés par Me Michel à la recourante, ce qui représente 5 heures vu le temps consacré à chacun d'eux, et paraît dès lors excessif. De même, alors que son intervention est limitée au stade de la réplique, deux séances avec la recourante au lieu de trois apparaissent largement suffisantes. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit être réduit à 17 heures. C'est ainsi un montant de 3'060 fr. (17 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus TVA à 8 % d'un montant de 244 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant forfaitaire de 100 fr., TVA à 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre dès lors qu'aucune liste détaillée des débours n'a été produite (art. 3 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'412 fr. 80.

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 2'500 fr., le solde de 912 fr. 80 est provisoirement supporté par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC et art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il incombera au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte du montant payé à titre de dépens.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 25 août 2015 est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction, puis nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V. Il est alloué à Me Jean-Tristan Michel, conseil d'office de la recourante, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 912 fr. 80 (neuf cent douze francs et huitante centimes), TVA et débours compris.
- VI. La recourante est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office, laquelle est mise provisoirement 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 Jean-Tristan Michel (pour W. \_\_\_\_\_), à Morges,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :