

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 avril 2018

Composition : M. NEU, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Kathrin Gruber,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 37 al. 4 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, mariée à un ressortissant tunisien, mère de trois enfants nés entre 1987 et 1996, a œuvré en tant qu'ouvrière et aide de cuisine avant de cesser volontairement de travailler en 1991 pour s'occuper de ses enfants. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

Dès 1994, elle a commencé à souffrir de douleurs lombaires basses.

Au mois de juin 1997, elle s'est inscrite au chômage et a tenté vainement de retrouver du travail, ses douleurs dorsales l'empêchant d'exercer à nouveau une activité de ménagère. A la maison, elle était largement secondée par son mari.

Son incapacité totale de travail reconnue médicalement étant totale dès septembre 1998, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), en date du 24 février 1999, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente. A l'appui de sa requête, elle a invoqué des douleurs dorsales chroniques aggravées par un excès pondéral.

Par décision du 21 novembre 2001, l'office AI a rejeté la demande de l'assurée, au motif que le taux d'invalidité - fixé à 8,8% - était inférieur au seuil de 40% ouvrant droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Statuant par jugement du 27 août 2002 (AI 481/01 - 24/2003), le Tribunal des assurances (désormais : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud) a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision.

B. En date du 17 septembre 2009, F._____ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant des problèmes physiques et psychologiques.

Par courrier du 10 décembre 2009, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a informé l'office AI que sa patiente avait été convoquée au service de neurologie de l'Hôpital Z._____ pour le 13 janvier 2010.

Le 16 mars 2010, le Dr G._____ a fait parvenir à l'office AI le bilan neurologique effectué à sa demande par le Prof. I._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 6 février 2010, celui-ci posait les diagnostics de troubles cognitifs fluctuants et attentionnels essentiellement dans le contexte douloureux, de fibromyalgie et troubles anxieux, de troubles développementaux légers et d'état dépressif.

S'avisant dans un avis médical du 28 septembre 2010 que le Prof. I._____ avait diagnostiqué une fibromyalgie, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Confiée au Centre S._____, cette expertise a été réalisée par les Drs H._____ et Y._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 15 février 2011, ils ont posé les diagnostics incapacitants de trouble somatoforme douloureux, trouble anxieux et dépressif mixte, retard mental léger, troubles cognitifs fluctuants et attentionnels essentiellement dans le contexte douloureux ainsi que de deuil pathologique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu un status post neuropathie faciale périphérique gauche en 2006 et des migraines cataméniales répondant aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont considéré que sur le plan strictement psychiatrique, c'est-à-dire sans tenir compte des limitations physiques dues aux douleurs chroniques, elle était de 20% dans l'activité exercée jusqu'alors (femme

au foyer, aide de cuisine). Ils ont par ailleurs ajouté que la symptomatologie anxio-dépressive réduisait le rendement, lequel pouvait être estimé à 20 ou 30% d'un rendement optimum. Ainsi, l'assurée ne pouvait exercer une activité adaptée à son invalidité qu'à raison d'environ une heure par jour.

A la demande du Dr M._____, les Drs H._____ et Y._____ ont fourni en date du 2 mai 2011 des indications complémentaires aux réponses figurant dans leur rapport d'expertise, précisant en particulier que l'incapacité de travail était de 30% en 2002, puis de 50-60% de 2007 à 2010 avant d'atteindre 80% à compter de 2010.

Le 26 mars 2012, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 30 avril 2012, l'enquêtrice a conclu à un statut d'active à plein temps. L'empêchement dans les travaux domestiques s'élevait à 57,8%.

Dans un rapport final du 4 mars 2014, une collaboratrice du Service de réadaptation de l'office AI a indiqué qu'aucune mesure professionnelle n'était susceptible de réduire notablement le préjudice économique découlant de l'atteinte à la santé. La capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée était de 50% de janvier 2008 à décembre 2009, puis de 20% dès janvier 2010. La comparaison des revenus avec et sans invalidité conduisait à un degré d'invalidité de 82%.

Dans un avis médical du 24 septembre 2014, le Dr W._____, médecin au SMR, a relevé qu'il existait des interrogations et des discordances concernant la fixation de l'incapacité de travail au taux de 80% pour la période postérieure à l'année 2010. Par ailleurs, il n'y avait pas d'argumentaire médical objectif pour fixer la capacité de travail à 30% depuis 2002 et à 50% entre 2008 et 2010. Il a dès lors recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de réévaluer les conclusions expertales des Drs H._____ et Y._____ « concernant la capacité de travail en activité adaptée et en activité habituelle ainsi que le

début et le pourcentage des incapacités de travail en lien avec des pathologies psychiatriques incapacitantes. »

Mandaté par l'office AI pour réaliser l'expertise psychiatrique de l'assurée, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport le 25 janvier 2016. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de dysthymie et de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques (trouble factice). Il a exclu tout diagnostic incapacitant. Selon l'expert, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques, l'assurée a depuis toujours présenté une capacité de travail entière sur le marché libre du travail.

Dans une lettre à l'office AI du 15 février 2016, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant, a fait état de diverses difficultés rencontrées par sa patiente en relation avec le déroulement de l'expertise auprès du Dr K._____. Il en est résulté des insomnies, des hallucinations acousticoverbales menaçantes de même qu'une anxiété massive. Ayant dû recevoir l'intéressée en urgence en vue de juguler cet état et lui permettre ainsi de poursuivre l'expertise, il a relevé que cet épisode documentait sa fragilité résiduelle et l'épuisement de ses ressources adaptatives.

Analysant l'expertise du Dr K._____, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a indiqué qu'il n'y avait pas de raisons de s'écarter de ses conclusions (avis médical du 17 février 2016).

Par projet de décision du 11 mai 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, motif pris que, depuis la décision du 21 novembre 2001 - confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 27 août 2002 -, il n'y avait pas eu de modification dans son état de santé susceptible d'avoir une incidence sur sa capacité de travail, laquelle restait dès lors entière dans une activité adaptée.

Représentée par Me Kathrin Gruber, l'assurée a signifié, en date du 19 mai 2016, son désaccord avec ce projet. Elle souhaitait obtenir des explications sur les considérations ayant présidé à la mise en œuvre de l'expertise psychiatrique auprès du Dr K._____.

Le 24 mai 2016, F._____ a sollicité de l'office AI l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative à compter du 19 mai 2016.

Par courrier du 24 juin 2016, l'assurée a demandé à l'office AI de statuer sur sa requête d'assistance juridique. Elle a par ailleurs formulé diverses critiques à l'encontre de l'expertise du Dr K._____. A l'appui de ses allégations, elle a transmis un rapport médical du 20 juin 2016, dans lequel le Dr P._____ concluait à l'existence d'une symptomatologie dépressive présente depuis quatre ans à tout le moins et caractérisée par des symptômes hallucinatoires, une aboulie, un apragmatisme et un repli total sur elle-même, combinés à un retard mental léger, le tout s'inscrivant dans une situation désormais chronifiée.

Par projet de décision du 11 juillet 2016, l'office AI a rejeté la demande d'assistance juridique gratuite, motif pris que les points litigieux, à savoir la valeur probante de l'expertise du Dr K._____ ainsi que son appréciation de la capacité de travail, n'étaient pas complexes au point de rendre indispensable l'assistance d'un avocat.

Le 14 juillet 2016, l'assurée a manifesté son désaccord à l'égard de ce projet. Outre que celui-ci était dépourvu de toute motivation, la procédure devait être qualifiée de complexe, en tant qu'elle comportait l'analyse de plusieurs expertises contradictoires. Par ailleurs, la fragilité de son état psychique à laquelle s'ajoutait sa difficulté à s'exprimer l'empêchaient de se défendre seule, ce d'autant qu'elle ne disposait pas de connaissances juridiques.

Dans un avis médical du 20 juillet 2016, le Dr L._____ a considéré que les modifications de l'état de santé survenues depuis la décision du 21 novembre 2001 n'étaient pas de nature à modifier la capacité de travail telle que fixée dans le rapport d'examen du SMR du 19 septembre 2001.

Par deux décisions séparées du 25 août 2016, l'office AI a entériné ses projets de décision des 11 mai 2016 et 11 juillet 2016 et refusé respectivement l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que le bénéfice de l'assistance juridique gratuite. Un courrier daté du même jour et faisant partie intégrante de dites décisions prenait position sur les arguments avancés par l'assurée.

C. Par acte du 29 septembre 2016, F._____ a déféré ces deux décisions devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Sous suite de frais et dépens, elle a conclu à leur réforme en ce sens qu'une rente entière de l'assurance-invalidité lui est allouée dès le 1^{er} septembre 2009 et que l'assistance juridique gratuite pour la procédure d'opposition lui est accordée à compter du 16 mai 2016. Elle a en outre sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure devant la Cour de céans.

S'agissant de l'assistance juridique, l'assurée fait pour l'essentiel valoir que la présente affaire est suffisamment complexe pour justifier le recours à un avocat dès le stade de la procédure administrative d'opposition.

En ce qui concerne le droit à la rente, l'assurée reproche à l'office AI d'avoir considéré que l'expertise du Centre S._____ n'était pas probante et, partant, d'avoir ainsi mis en œuvre une deuxième expertise auprès du Dr K._____, qu'elle estime dépourvue de valeur probante. Contrairement aux experts du Centre S._____ qui étaient deux, ce dernier a procédé seul à son examen, ce qui affaiblirait son appréciation. En outre, il apparaît que le Dr K._____ serait moins expérimenté que ses confrères, dans la mesure où il a demandé à être délié du secret médical.

Or, un expert n'est pas lié par le secret médical à l'égard du mandataire de l'expertise. A cela s'ajoute que le Dr K. _____ n'aurait manifestement pas saisi le sens et la portée de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes persistants. Par ailleurs, outre que son expertise comporte diverses contradictions, elle contient des constatations personnelles subjectives non étayées par un examen clinique. Enfin, alors que tous les médecins avaient conclu à une incapacité de travail de 80% au moins, il était le seul à avoir retenu une exigibilité totale sur le marché libre du travail. Ainsi, au vu des conclusions contradictoires des deux expertises psychiatriques figurant au dossier, l'assurée plaide pour la mise en œuvre d'une troisième expertise, ce d'autant que son cas n'a pas été examiné sous l'angle de la nouvelle jurisprudence rendue en matière de troubles somatoformes douloureux. L'assurée a encore produit un rapport médical du Dr P. _____ du 26 septembre 2016, dans lequel celui-ci faisait état d'une symptomatologie dépressive chronifiée depuis plusieurs années.

Par décision du 30 septembre 2016, le magistrat instructeur a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 mai 2016. Elle était exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Me Kathrin Gruber a été désignée en qualité de conseil d'office.

Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2016, l'office AI rappelle que, dans le contexte de la nouvelle demande de prestations, il a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Centre S. _____. Compte tenu de l'incohérence des dates relatives aux inaptitudes au travail, il a mandaté le Dr K. _____ aux fins de réaliser une seconde expertise. Relevant que cet expert avait exposé les motifs qui l'avaient conduit à s'écarter des avis des autres intervenants médicaux au dossier, il fait remarquer que les éléments avancés par l'assurée dans son mémoire quant au nombre de médecins présents à l'entretien ainsi qu'au secret médical ne sont pas susceptibles d'influencer la qualité de l'évaluation expertale. L'office AI indique en outre que le rapport médical du Dr P. _____ du 26 septembre 2016 n'est pas de nature à modifier sa position quant à la capacité de travail de l'assurée, se référant en cela aux

considérations figurant dans l'avis annexé du SMR du 20 octobre 2016. Il conclut en conséquence au rejet du recours.

D. Le 3 février 2017, le magistrat instructeur a confié au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. L'expert a déposé son rapport le 15 septembre 2017 ; celui-ci incluait le compte-rendu de l'examen neuropsychologique pratiqué par X._____, neuropsychologue FSP (rapports des 23 et 24 août 2017).

Sur la base de son analyse, le Dr T._____ a posé les diagnostics suivants :

- trouble phobie sociale (F 40.1),
- trouble panique avec agoraphobie (F 40.01),
- trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique) (F 33.2).

L'expert a retenu ce qui suit à propos de la capacité de travail de l'assurée :

« Au vu de tous ces éléments, le soussigné considère qu'on doit aujourd'hui admettre une incapacité de travail psychiatrique. En excluant ce qui sort du champ médical, il la chiffre à 60%.

Ce 60% d'incapacité pourrait remonter au 22.06.2009 qui est la date du début de la prise en soins par le Dr G._____, même si le soussigné ne se rallie pas à l'entier des prises de position de ce confrère. Mme F._____ a tout de même été suffisamment souffrante pour diligenter une prise en soins psychiatrique sur la durée. Pour le soussigné, ce 60% est vraisemblablement resté constant depuis lors. Il pourrait être fixé pour une longue durée.

Une partie de la présentation de Mme F._____ relève d'un comportement anormal de malade et sort du champ médical stricto sensu. L'intéressée conserve des ressources qui se dégagent de ce qui a été rapporté plus haut.

D'un point de vue médico-théorique et sur le plan psychiatrique, l'expert est convaincu qu'il est raisonnablement exigible de Mme F._____ qu'elle exerce une activité professionnelle semblable à celles qu'elle a exercées jusqu'ici à un taux de 40%.

Le soussigné considère que le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Il n'a pas de propositions à avancer sur ce plan.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une assurée qui ne se projette plus dans le monde ordinaire du travail.

Le pronostic à long terme paraît être celui de la chronicité. L'expert ne s'attend pas à une augmentation de la capacité de travail de l'intéressée. »

Dans ses déterminations du 24 octobre 2017, auxquelles était joint un avis du SMR du 10 octobre précédent, l'office AI a indiqué qu'il n'y avait pas de raisons pertinentes de s'écarter des conclusions du Dr T._____. Il a toutefois souhaité que celui-ci précise les limitations fonctionnelles retenues ainsi que les éléments l'ayant conduit à se prononcer en faveur d'un épisode dépressif grave et non moyen, en dépit du comportement démonstratif de l'intéressée.

S'exprimant une ultime fois par pli du 3 novembre 2017, l'assurée a déclaré adhérer entièrement aux conclusions de l'expertise réalisée par le Dr T._____. Tenant compte de la capacité de travail de 60% retenue par l'expert prénommé, elle a effectué une nouvelle comparaison des revenus avec et sans invalidité tels que figurant dans la décision du 21 novembre 2001. Il en est résulté un taux d'invalidité de 63%. Il convenait par ailleurs de prendre en considération diverses limitations fonctionnelles (âge, éloignement prolongé du marché du travail, besoin de soutien, absence d'expérience dans l'activité exigible). Selon l'assurée, celles-ci justifiaient la prise en compte d'un taux de 7%, de sorte que le degré d'invalidité s'élevait à 70%, ce qui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGS (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 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).

La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance judiciaire pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF 139 V 600 ; 131 V 153 consid. 1). Elle peut directement être attaquée par la voie du recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA).

Le recours contre une telle décision incidente est formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, conformément à l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, car le refus de l'assistance judiciaire est de nature à causer un « préjudice irréparable » au sens de cette disposition (cf. en droit fédéral, le régime analogue de l'art. 93 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110] et, à ce propos : Corboz/Wurzbürger/Ferrari/Frésard/Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2^e éd., 2014, n° 17 ad art. 93 et les références citées).

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 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. La recourante conteste, d'une part, le refus de l'assistance juridique au stade de la procédure administrative d'audition et, d'autre part, le refus de rente d'invalidité. La question litigieuse – double par conséquent – est celle de savoir si la recourante a droit à la couverture de ses frais d'avocat au niveau de la procédure administrative et si, compte tenu de son état de santé, elle a droit à une rente d'invalidité entière comme elle y prétend dans son recours.

3. Il convient en premier lieu d'examiner le droit de la recourante à bénéficier de l'assistance gratuite d'un avocat à compter du 16 mai 2016, dans le cadre de la procédure d'audition devant l'autorité administrative intimée (cf. art. 57a LAI).

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1; TF 9C_489/2012 du 18 février 2013 consid. 2 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., 2015, n° 27 ad art. 37).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné à l'aune de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, parle d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « justifient », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, parle d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « l'exigent » (TF 9C_964/2010 du 30 mai 2011 consid. 3 ; voir aussi TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3 ; TFA I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.2 ; Kieser, op. cit., n° 30 et 35 ad art. 37).

b) Selon la jurisprudence, le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander

pour chaque cas particulier si, dans des conditions semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 130 I 180 consid. 2 ; TF 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.2 ; TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.2 et les références citées).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1).

A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure. Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance oeuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée. En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. Sinon, une telle nécessité n'existe que lorsqu'à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références citées ; TF 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3).

c) En l'occurrence, l'intimé a rejeté la demande d'assistance juridique déposée par la recourante, motif pris que la situation de fait ne soulevait aucun problème particulier et qu'aucune complexité spécifique n'apparaissait s'agissant des questions de droit. Le litige sur le fond porte sur une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité de la recourante. Selon la jurisprudence, un tel litige n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'assuré, mais a en revanche une portée considérable (TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1 et 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). La nécessité de l'assistance d'un avocat ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que si l'état de fait ou les questions de droit sont complexes au point de l'exiger.

La recourante ne possède pas de formation juridique ou médicale pour apprécier la portée des rapports médicaux. Cela correspond toutefois à la situation de la plupart des assurés. En outre, la recourante était suivie par des médecins qui pouvaient la renseigner. Au demeurant, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le fait pour un assuré de ne pas disposer d'un niveau de formation suffisant pour contester seul une décision de refus de prestations suffit à considérer qu'une assistance est nécessaire, mais ne permet pas de justifier en soi l'assistance d'un avocat comme requis en l'espèce, ce point devant être examiné au regard de la difficulté du point de vue objectif (TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.1, non publié à l'ATF 139 V 600 et TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.2).

Or, force est de constater qu'au regard de la jurisprudence, la cause ne soulève pas de difficultés particulières au stade de la procédure administrative.

Dans le cas particulier, le seul fait qu'il existe des rapports médicaux divergents quant à l'état de santé de la recourante ou que la jurisprudence au sujet du caractère incapacitant des pathologies psychiques, qui a encore récemment évolué, soit particulièrement

complexe, ne suffit pas à considérer que l'assistance d'un avocat d'office soit indispensable. Comme le relève à juste titre l'intimé dans la décision attaquée, ces questions relèvent principalement de l'appréciation médicale et ne sont pas en soi une source de complexité excessive.

Enfin, d'un point de vue procédural, la procédure d'audition ne présente pas de difficultés significatives, en tant qu'elle ne nécessite pas le respect de règles formelles spécifiques.

d) En définitive, il y a lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire à l'assurée pour défendre ses intérêts devant l'autorité intimée. Il en résulte que l'office AI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande d'assistance juridique. Le recours doit en conséquence être rejeté en ce qui concerne ce grief et la décision rendue le 25 août 2016 par l'intimé confirmée.

4. 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 art. 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à

50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) 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.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

c) En principe, le juge ne s'écarter 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

d) 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 (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 (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

6. a) Dans son expertise du 15 septembre 2017, le Dr T. _____ a estimé que les trois pathologies psychiques diagnostiquées possédaient

un caractère invalidant. Il a retenu une incapacité de travail à hauteur de 60% dès le mois de juin 2009.

b) Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. Il a considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble sur la capacité de travail (ATF 130 V 418 consid. 6). Le Tribunal fédéral a dressé un parallèle entre la problématique des troubles psychiques et l'évolution récente de la jurisprudence concernant des troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, développée dans l'ATF 141 V 281. Il a en substance retenu que pour les maladies psychiques, et non seulement dans le cas de troubles somatoformes, le substrat nécessaire à l'administration d'une preuve directe permettant de conclure à une incapacité de travail faisait défaut. L'administration de la preuve doit donc se faire de manière indirecte, à l'aide d'indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et les références citées). En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Dans ce contexte, les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, établie le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), faisant expressément référence à l'arrêt 141 V 281, gardent toute leur pertinence. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1, 409 consid. 4.5.3).

Il en résulte que le confinement de la démarche développée dans l'arrêt 141 V 281 aux troubles somatoformes et aux affections psychosomatiques assimilées ne se justifie pas. Une administration des preuves structurées similaire à celle de l'arrêt précité doit dès lors s'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.2),

dont les troubles affectifs et les troubles dépressifs de gravité légère ou moyenne, le critère de la résistance à la thérapie ne pouvant à lui-seul résoudre la question de l'incapacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 7.1, 409 consid. 4.4 et 4.5.2).

c) Compte tenu de ce qui précède, il se justifie d'examiner les critères d'évaluation développés à l'ATF 141 V 281. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, 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. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

bb) La grille d'évaluation développée dans l'arrêt ATF 141 V 281 comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé (*funktioneller Schweregrad*), avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir

compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

cc) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence (*Konstistenz*) 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4 ; TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

d) Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence intervenu à l'arrêt 141 V 281 ne justifie pas en soi de retirer

toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et les références citées). N'étant pas remise en cause par les arrêts publiés aux ATF 143 V 409 et 418, il y a lieu de se tenir à cette jurisprudence.

7. a) Daté du 15 septembre 2017, le rapport d'expertise établi par le Dr T. _____ possède une anamnèse riche (personnelle, familiale, médicale) et soignée. Il se fonde par ailleurs sur deux examens cliniques complets réalisés les 3 et 5 juillet 2017, des examens de laboratoire du 5 juillet 2017 ainsi qu'un examen neuropsychologique effectué le 22 août 2017. D'excellente facture, la motivation concernant les diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de position entre l'expert et les médecins ayant examiné la recourante font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de cette dernière.

b) Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise judiciaire du 15 septembre 2017, antérieure à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral exposée au considérant 6 ci-avant, il reste à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants en l'espèce.

aa) En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Sous l'intitulé « Appréciation finale », l'expert explique de manière fouillée en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies.

bb) En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr T._____ examine les éléments pertinents qui l'ont conduit à poser les diagnostics de trouble phobie sociale (F 40.1), de trouble panique avec agoraphobie (F 40.01) et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique) (F 33.2). S'agissant du trouble phobique, il a retenu ce qui suit :

« Dans le cas présent, l'intéressée rapporte les symptômes d'attaques de panique qui surviendraient plusieurs fois par semaine. Celles-ci comprennent la sensation d'oppression thoracique, de difficultés à respirer, des palpitations et des sudations anormales. Elles sont accompagnées de la cognition caractéristique d'un risque de malaise imminent. L'intéressée dit se coucher préventivement pour éviter une chute. »

Quant au trouble dépressif récurrent, il s'est exprimé en ces termes :

« Dans le cas présent, on retrouve les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif, à savoir la tristesse et la fatigue anormales ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois.

Par ailleurs, on note la diminution de l'estime de soi et des idées de mort récurrentes. L'assurée se plaint aussi de difficultés à penser, à se concentrer et d'oublis. Le sommeil serait perturbé sur toute la nuit. La diminution de l'appétit ne peut pas être retenue ici puisque le poids reste stable.

Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'assurée. Mme F._____ est authentiquement triste. Elle est légèrement ralentie. La présentation clinique est bel et bien celle d'un état dépressif.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir un épisode dépressif. On doit le qualifier de *sévère*, conformément aux requisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 03.07.2017. »

L'expert a également décrit les traitements thérapeutiques auxquels s'est soumise la recourante sur le plan psychiatrique :

« L'expertisée dit être prise en soins par le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à N._____. Elle dit rencontrer ce confrère une fois par mois pour des consultations d'une trentaine de minutes. (...)

Mme F. _____ est l'objet d'une médication psychotrope de Venlafaxine (antidépresseur) 225 mg par jour, de Lexotanil (tranquillisant) 1,5 mg le soir et de Xanax 0,5 mg en réserve en cas d'attaques de panique. »

Il a indiqué qu'il considérait « que le traitement actuel [était] adéquat tant en qualité qu'en quantité » [et qu'il n'avait] « pas de propositions à avancer sur ce plan. »

De même, le Dr T. _____ a dressé un tableau de la structure de personnalité de la recourante et de ses capacités inhérentes. Il n'a en particulier pas relevé de troubles du langage, le jugement et le raisonnement étant au demeurant parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Tout en constatant que l'intéressée était légèrement ralentie, l'expert a noté que le cours de la pensée était toujours normal, les associations d'idées étaient bonnes et il n'y avait pas d'indices pour un délire ni de signes directs d'hallucinations. Si, de son côté, la neuropsychologue X. _____ a fait état de différents troubles notamment s'agissant de la mémoire à court et à long terme, le Dr T. _____ a toutefois rapporté que l'assurée était capable de retrouver la chronologie de son histoire personnelle et les années exactes de son parcours professionnel. En ce qui concerne l'existence d'un éventuel trouble de la personnalité, l'expert a indiqué ce suit :

« Dans la mesure où l'on retient les diagnostics précités, le soussigné considère qu'il n'y a pas lieu de cumuler un diagnostic de trouble de personnalité.

On notera toutefois des traits de personnalité dépendante et évitante qui peuvent contribuer au comportement d'invalidé de l'intéressée. On notera aussi des éléments caractériels/dyssociaux qui peuvent induire des problèmes relationnels.

Pour le reste, le soussigné s'est posé la question de séquelles de psychose infantile (trouble envahissant du développement). Cette hypothèse n'est pourtant pas étayée par ce qu'on sait de l'anamnèse d'une assurée qui rapporte un développement et une scolarité normaux. Les résultats de l'examen de l'efficacité intellectuelle (QI) sont par ailleurs homogènes. On n'y retrouve pas la dysharmonie attendue pour certains troubles psychotiques de l'enfance. »

Quant au contexte social, l'expert a mis en évidence les éléments suivants :

« Le réseau social serait restreint à la famille nucléaire. L'intéressée dit qu'elle n'a pas d'amis. Elle ne fait pas partie de clubs ou d'associations. »

cc) Concernant finalement le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, l'expert a mentionné les éléments suivants :

« L'intéressée peut s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle, sous certaines conditions. Elle aurait toutefois besoin d'un soutien sur ce plan.

Mme F. _____ a pu assumer le processus d'expertise qui a été long et qui a nécessité plusieurs rendez-vous (consultations chez le soussigné, examen neuropsychologique, examens de laboratoire). Elle a été apte à mener à terme ce qui devait l'être.

L'assurée est par contre très fragile en présence de facteurs de stress et ce même face aux facteurs de stress ordinaires de la vie de tous les jours. Cette fragilité est le sort ordinaire des anxieux phobiques et des sujets présentant une pathologie dépressive récurrente.

L'intéressée aurait des difficultés à planifier et à structurer ses tâches dès qu'elles atteindraient un certain niveau de complexité. Elle rencontrerait aussi des problèmes pour apprécier une situation inhabituelle et prendre des décisions appropriées en conséquence.

Dans la règle, l'assurée peut s'affirmer plus ou moins adéquatement. Ce n'est pas toujours le cas. Elle peut se montrer irritable et passer à l'acte. Elle a aussi des difficultés lorsqu'elle est en situation sociale et qu'elle est dans un milieu qu'elle ne connaît pas.

En raison de sa pathologie dépressive et anxieuse, Mme F. _____ est fatigable. Elle relève aussi d'un certain degré d'aboulie. Son rendement en est fortement diminué, quelles que soient les tâches proposées. Il en est de même de l'endurance.

L'assurée semble être à même de garder des relations correctes avec ses proches et les gens qu'elle connaît. Elle peut se déplacer, sous certaines conditions. Elle semble autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. »

c) Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr T. _____ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents dans

le cas d'espèce, en accord avec la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière.

d) Quant aux déterminations de l'office AI du 24 octobre 2017, elles ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui permettrait de remettre en cause la pertinence de l'expertise réalisée par le Dr T._____. Dans ce contexte, il y a lieu de relever que les quelques éclaircissements souhaités par l'intimé s'agissant des limitations fonctionnelles et du degré de gravité de l'épisode dépressif trouvent en réalité déjà réponse dans les propos et conclusions de l'expert.

e) Le rapport d'expertise du Dr T._____ du 15 septembre 2017 satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 5b ci-dessus) pour se voir conférer pleine valeur probante, ce dont aucune des parties ne disconvient. Fruit d'une analyse fouillée du cas, il rapporte les plaintes exprimées par l'assurée, comporte l'anamnèse circonstanciée de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, il contient une appréciation claire de la situation médicale, laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci peuvent donc être suivies. Il y a ainsi lieu de retenir que F._____ présente une capacité de travail de 40% depuis le 22 juin 2009 dans des activités semblables à celles qu'elle a exercées. Dans un tel cas de figure, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. C'est donc en vain que la recourante tire argument de diverses circonstances personnelles et professionnelles (âge, faible expérience professionnelle, éloignement prolongé du marché du travail, besoin de soutien) pour en déduire des limitations fonctionnelles justifiant une augmentation du taux d'invalidité. Si l'âge de la recourante, les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des

tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle. Au demeurant, il n'a jamais été question d'une activité exigible uniquement en atelier protégé et le Dr T._____ indique que l'intéressée dispose encore de ressources. Il s'ensuit que la recourante présente un degré d'invalidité de 60%, ouvrant le droit à un trois-quarts de rente.

f) S'agissant enfin de la naissance du droit à la rente, le Dr T._____ a retenu, dans son rapport du 15 septembre 2017, que l'incapacité de travail de 60% présentée par l'assurée remontait au 22 juin 2009 et qu'elle est vraisemblablement restée constante depuis lors. Compte tenu du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit de F._____ à un trois-quarts de rente d'invalidité prend naissance le 1^{er} juin 2010 (cf. art. 29 al. 3 LAI).

8. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours en tant qu'il porte sur le refus d'une rente d'invalidité et de réformer la décision y afférente du 25 août 2016, en ce sens que F._____ est mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2010.

9. 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'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 (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et mis pour 400 fr. à la charge de l'office AI qui succombe sur la question du droit à la rente et pour 100 fr. à la charge de la recourante, qui succombe sur la question de l'assistance juridique. Dans la mesure où cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la présente procédure, ces frais sont provisoirement supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272])

applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD ; cf. également consid. 9c ci-dessous).

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'une mandataire professionnelle, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Kathrin Gruber. Me Gruber a produit le 14 novembre 2017 le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 25 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 50 fr.,

ainsi que la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 4'914 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 2'414 fr. est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), de la même manière que les frais judiciaires d'un montant de 100 fr. mis à la charge de la recourante (cf. consid. 9a ci-dessus).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle sera tenue de rembourser la somme de 2'414 fr. dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 25 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud portant sur le refus d'une rente d'invalidité est réformée, en ce sens que F._____ est mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2010.

- III. La décision rendue le 25 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud refusant à F._____ le bénéfice de l'assistance juridique dans la procédure administrative est confirmée.

- IV.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, et par 100 fr. (cent francs) mis à la charge de l'Etat.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- VI.** L'indemnité d'office de Me Kathrin Gruber, conseil de F._____, est fixée à 4'914 fr. (quatre mille neuf cent quatorze francs), débours et TVA compris.
- VII.** Le montant de 2'414 fr. (deux mille quatre cent quatorze francs), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- VIII.** 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 du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Kathrin Gruber, avocate (pour F._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :