

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Let. a, al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet).

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...], a déposé le 29 avril 1999 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et un placement, en invoquant des problèmes de dos, de cervicales et aux bras.

B. Dans un rapport du 31 mai 1999, la Dresse L. _____ a posé le diagnostic de polytandinomyalgies d'origine complexe, soit une surcharge psycho-physique chronique et troubles dégénératifs, d'état dépressif réactionnel et d'aggravation globale après cholécystectomie le 15 octobre 1998.

L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) par la Dresse M. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport datant du 20 mars 2003 se concluait ainsi :

« DIAGNOSTIC

- **TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ÉPISODE ACTUEL MOYEN A SEVERE (F33.2) CHEZ UNE PERSONNALITÉ ÉMOTIONNELLEMENT LABILE A TRAITS ABANDONNIQUES**
- **TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX**
- **DISCRETS TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS RACHIDIENS**
- **ADÉNOME TOXIQUE THYROÏDIEN.**

APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS

Arrivée en Suisse à l'âge de [...] ans, l'assurée montre de bonnes capacités d'adaptation et de débrouillardise. Elle se marie en [...] à un [...], de deux ans son cadet, qu'elle a connu alors qu'il souffrait d'une maladie de [...] dont l'évolution s'avère favorable, sous traitement de chimiothérapie. C'est au moment où il est réputé guéri

que le mari de l'assurée noue une relation extraconjugale, conduisant au divorce en [...]. Intolérante aux ruptures et aux pertes du fait de sa personnalité, l'assurée présente dès lors une évolution dépressive, qui s'aggrave de manière importante, après une cholécystectomie par laparoscopie, en date du 15 octobre 1998. L'assurée présente, outre son état dépressif, un trouble somatoforme douloureux, qui l'amène à consulter la Dresse L._____, rhumatologue à Lausanne. Celle-ci l'adresse au Dr W._____, rhumatologue, qui convainc l'assurée de consulter un psychiatre. Elle est dès lors suivie par le Dr B._____, puis par la Dresse R._____. Travaillant comme femme de ménage chez [...], l'assurée a déjà dû renoncer à cette activité à fin décembre 1998, elle présente un important absentéisme dans le cadre de sa fonction d'employée de maison à la [...] à 50%, avec une incapacité de travail durable à 100% dès le 10 septembre 1998, puis à 50% dès le 18 janvier 1999. L'assurée est arrêtée dans son travail à 100% dès le 31 août 2000.

Au plan somatique, on constate, à plus de quatre ans d'évolution du trouble douloureux diffus, un état général préservé, chez une assurée qui reste soignée de sa personne. Il n'a pas de signe objectif évident de limitation rachidienne ou des articulations rhizoméliques ou périphériques, en dépit des signes d'amplification que l'assurée met en évidence, ce qui donne de nettes discordances au status. Les examens radiologiques montrent des atteintes dégénératives, banales à l'âge de l'assurée, qui peuvent donner des poussées congestives avec douleurs tendino-ligamentaires ou contractures musculaires passagères, mais qui répondent généralement aux traitements symptomatiques usuels. Ces altérations ne sont pas suffisantes pour expliquer des douleurs constantes, diffuses, totales, chroniques, d'intensité maximale persistante.

Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique sont les suivantes : un état dépressif de degré moyen à sévère, des attaques de panique de type agoraphobique, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité, une aboulie et une anhédonie, retrait social, une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques décompensée.

En ce qui concerne la capacité de travail exigible, elle est de 0% dans toute activité pour raison psychiatrique. Des mesures professionnelles ne sont pas envisageables.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

0 % DANS TOUTE ACTIVITE. »

Dans un rapport du 26 mars 2003, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, chez une personnalité émotionnellement labile et de trouble somatoforme douloureux. Il a écrit que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux avec une pathologie psychiatrique importante malgré un

traitement antidépresseur et anxiolytique maximal. Les limitations fonctionnelles étaient d'ordre psychique et la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Par décision du 3 octobre 2003, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente dès le 1^{er} septembre 1999 et une rente entière dès le 1^{er} novembre 2000.

Dans un questionnaire en vue de la révision de la rente, l'assurée a écrit le 17 mai 2006 que son état de santé s'était aggravé en ce sens que les douleurs étaient plus fortes (surtout l'épaule droite et le dos) et que les maux de tête étaient beaucoup plus fréquents.

Dans un rapport du 30 mai 2006, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a écrit qu'il suivait l'assurée depuis 2001 pour une probable migraine chronique et aussi de probables céphalées liées à un abus médicamenteux. Les céphalées s'associaient à des douleurs multiples en relation avec une fibromyalgie et un état anxio-dépressif, toute cette symptomatologie s'étant aggravée depuis un an. Les douleurs chroniques et l'état dépressif provoquaient une incapacité de travail totale et une diminution du rendement de 100 %.

Dans un rapport du 12 juin 2006, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux et état dépressif chronique, de rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs avec hernie discale L5-S1 médiane, arthrose postérieure de L5-S1 G et de petite protrusion discale L3-L4-L5. L'incapacité de travail était totale. Elle paraissait entièrement justifiée à 100 %, essentiellement pour raison psychiatrique. Sur le plan somatique, le médecin estimait que la capacité de travail était également réduite de 50 % en raison des rachialgies et des troubles ostéoarticulaires.

Dans un rapport du 20 juin 2006, la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'état dépressif d'intensité modérée à sévère sans symptômes psychotiques, de

trouble somatoforme douloureux persistant et de personnalité immature et anxieuse. L'état de santé était stationnaire.

Dans un rapport du 10 juillet 2006, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé le diagnostic de rachialgies chroniques sur troubles statiques, dysbalances musculaires et discrètes spondyloses dorsales et lombaires, avec des lombosciatalgies gauches chroniques, de fibromyalgie, d'état anxio-dépressif chronique et de migraines récidivantes. L'incapacité de travail était totale.

Par décision du 25 septembre 2006, faisant suite à un projet du 16 août 2006, l'Office a maintenu la rente sans modification du droit.

Dans un questionnaire du 17 janvier 2012 en vue d'une révision de la rente, l'assurée écrit que son état s'est aggravé depuis 2008 par une augmentation des douleurs et une fatigue accrue.

Dans un rapport du 21 février 2012, le Dr N._____ a posé les mêmes diagnostics qu'auparavant, indiquant que l'assurée se plaignait d'une péjoration de ses douleurs et d'un moral de plus en plus difficile. Le pronostic était défavorable quant à une reprise de l'activité professionnelle compte tenu des symptômes largement chronifiés depuis de nombreuses années.

Dans un rapport du 7 mars 2012, la Dresse H._____ a écrit que depuis son dernier rapport du 10 juillet 2006, l'état de santé de l'assurée s'était plutôt aggravé dans le sens que sur le plan rhumatologique, elle était de plus en plus gênée par des douleurs des épaules, des douleurs lombaires avec irradiations dans la fesse voire dans le membre inférieur gauche. Compte tenu de la persistance des douleurs, la Dresse H._____ a effectué une infiltration facettaire sous contrôle radioscopique en janvier 2009. En outre, l'assurée a présenté plusieurs épisodes de scapulalgies tant à droite qu'à gauche traitées par infiltration de cortisone. De plus, depuis l'automne précédent, l'assurée avait récidivé

un état dépressif et elle continuait d'être suivie régulièrement par la Dresse R._____.

Par lettre du 21 juin 2012, l'assurée a été informée qu'elle devrait se soumettre à une expertise médicale pluridisciplinaire, le choix du centre d'expertise étant effectué de manière aléatoire selon l'art. 72^{bis} RAI.

Cette expertise a été confiée à la V._____ et a été effectuée par les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, spécialiste en rhumatologie, dont le rapport du 17 décembre 2012, se terminait ainsi :

« Les experts se trouvent en face de Madame G._____, âgée de 51 ans au jour de l'expertise et ayant exercé des fonctions d'entretien et de ménage.

D'origine [...], l'expertisée est née dans une famille nombreuse. Depuis [...] elle réside en Suisse, où elle s'est mariée en [...].

Après une enfance difficile, son mariage heureux en [...], la naissance de sa fille en [...], sa vie de couple bascule dans « .../l'enfer » en [...] à la même période que le décès de son père, à la découverte de l'homosexualité de son mari et dans les suites de leur séparation. Des somatalgies déjà présentes antérieurement et non incapacitantes vont se développer simultanément, ne plus la quitter, s'aggraver et entraîner diverses périodes d'incapacités professionnelles.

Après le divorce du couple en [...], l'intéressée a dû augmenter son temps de travail pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa fille unique. Elle est ainsi passée d'un seul emploi à temps partiel de 3 heures par jour, 5 jours par semaine en [...], auprès de [...], au deuxième emploi en parallèle à 50%, de 8h30 à 13h30, en [...] auprès de la [...]. A partir de cette date, la surcharge de travail et les suites de son divorce ont conduit à l'installation d'un état douloureux diffus, à prédominance rachidienne, et à des arrêts de travail itératifs depuis 1999 jusqu'à son arrêt de travail définitif en août 2000. Depuis cette date, l'explorée allègue n'avoir plus exercé aucune activité lucrative, ni suivi de formation professionnelle.

Le 29 avril 1999, l'investiguée s'est annoncée auprès de l'AI. Après investigations, elle a bénéficié d'une rente d'abord partielle, puis entière dès l'an 2000 pour motifs psychiatriques uniquement.

En effet, sur le plan somatique, aucune atteinte objective n'est retenue, tant au niveau rachidien que des articulations périphériques, les examens radiologiques ne montrant que des atteintes dégénératives, banales pour l'âge de l'examinée, sans

limitations de la capacité de travail sur le plan ostéo-articulaire. Les limitations retenues se rapportaient au plan psychiatrique, avec une capacité de travail exigible de 0% dans toute activité.

Sur le plan psychiatrique, Madame G. _____ a été prise en charge par le Docteur R. _____, psychiatrie et psychothérapie. Le 20 juin 2006, la spécialiste évoquait une problématique focalisée sur le corps, un état dépressif d'intensité modérée à sévère, un trouble somatoforme douloureux persistant [Ndlr : l'intitulé exact au sens de l'ICD-10 est un syndrome douloureux somatoforme persistant] (ICD-10, F45.4) et une personnalité immature et anxieuse (ICD-10, F60.8). Depuis cette date, la situation de l'expertisée paraît stationnaire, malgré des allégations d'accroissement de la symptomatologie, notamment douloureuse, lors de chaque révision de rente.

Actuellement, et à l'approche de la période de révision de rente, l'assurée estime de nouveau que son état de santé s'est également aggravé depuis la dernière décision. Cette aggravation a effectivement motivé des infiltrations lombaires de 2007 à 2010, ainsi qu'une cure thermique à [...] en 2011, puis quelques séances de physiothérapie. Selon ses dires, en raison d'intolérances multiples, en particulier au tramadol, le traitement médicamenteux a été modifié à plusieurs reprises depuis 2006.

Bien que l'intéressée n'ait plus exercé d'activité professionnelle depuis plus de dix ans, les plaintes douloureuses demeurent inchangées, ce qui peut paraître surprenant, tandis que les signes objectifs sont toujours très faibles sur le plan ostéo-articulaire.

On relève également des ruminations encore actuelles autour de sa séparation datant d'il y a près de [...] ans, de l'orientation sexuelle de son ex-mari, tout comme du rapport à son père lorsqu'elle était enfant, le tout tissant le fonds de son positionnement, ainsi que son rapport aux autres et à elle-même.

1. FACTEURS NON MEDICAUX SUSCEPTIBLES D'INTERFERER AVEC LA CAPACITE DE TRAVAIL

<input checked="" type="checkbox"/> âge	<input type="checkbox"/> problèmes au poste de travail
<input checked="" type="checkbox"/> problèmes familiaux	<input type="checkbox"/> stupéfiants (troubles primaires)
<input checked="" type="checkbox"/> alcool (légère assuétude à l'éthyle, trouble primaire)	<input type="checkbox"/> accident
<input checked="" type="checkbox"/> difficultés financières	<input type="checkbox"/> autres facteurs

Commentaire : L'investiguée redoute le départ prochain de sa fille du foyer familial. En effet, celle-ci forme des projets de vie de couple ainsi que de famille et prendra ainsi ses distances par rapport à sa mère, ce qui sera peut-être psychologiquement difficile pour cette dernière. Le déconditionnement physique lié au fait qu'elle ne travaille plus depuis [...] ans peut également interférer avec la capacité de travail.

2. SYNTHÈSE

a. Signes cliniques et paracliniques principaux

Les examens complémentaires pratiqués depuis 2003 mettent en évidence une discopathie lombaire L3-L4, une arthrose postérieure L5-S1 prédominante à gauche et au niveau cervical, ainsi que des discopathies mineures en C3-C4, C4-C5 et C5-C6.

Les céphalées migraineuses ou mixtes sont associées aux cervicalgies, tandis que les douleurs des membres supérieurs et des épaules peuvent être mises sur le compte d'un possible conflit sous-acromial bilatéral.

Pas plus qu'en 2002 et 2003, il n'existe actuellement pas d'éléments cliniques et radiologiques objectifs permettant de justifier une incapacité de travail sur le plan locomoteur. Sur le plan clinique, au niveau lombaire, il n'existe pas d'éléments objectifs, hormis une raideur segmentaire lombaire et sous-pelvienne modérée

Les algies des membres supérieurs n'ont pas un support objectif. Au niveau des épaules, un conflit sous-acromial prédominant à droite est probable. Le diagnostic est retenu en présence des tests de NEER, de HAWKINS et de YOCUM, tous positifs de façon bilatérale mais il faut noter une majoration des plaintes lors des tests, lesquels ont été déclarés douloureux. Le diagnostic n'est cependant pas exclu.

Enfin, en présence de signes de fatigue, de troubles de l'humeur, ainsi que les 18/18 points de fibromyalgie, le diagnostic, évoqué de longue date, est également retenu par la présente expertise. Néanmoins, il faut noter que l'expertisée présente beaucoup d'éléments en faveur d'une majoration des plaintes, corroborée par l'existence de 4/5 signes de WADDELL. Cette position est identique à l'examen du SMR de fin 2002, lequel retenait également de nombreux signes de surcharge.

En psychiatrie, schématiquement, les signes cliniques sont représentés par les grandes lignées diagnostiques retrouvées dans les divers rapports médicaux, en l'occurrence l'altération de la lignée thymique avec les troubles du sommeil modérés, la sensation de fatigue, la péjoration de l'existence, les éléments de rumination sur les carences affectives de son enfance, ses malheurs conjugaux comportant l'atypicité douloureuse réelle et difficilement intégrable des circonstances de son divorce. Il y a également la lignée caractérisant la personnalité avec cette tendance anxieuse [évitante] de la personnalité, secondaire à son divorce, affectant essentiellement et électivement la dimension relationnelle sentimentale, avec une peur de s'engager dans une relation pouvant potentiellement la soumettre à une nouvelle expérience malheureuse.

Au total, l'application rigoureuse des divers critères de l'ICD-10 permet de retenir un diagnostic de dysthymie (ICD-10, F34.1) en cours de rémission, d'exclure un quelconque trouble somatoforme et de reconnaître une tendance anxieuse [évitante] de la personnalité, sans que celle-ci ne remplisse les critères d'un trouble à proprement parler.

Enfin, avec un taux de la CDT à 1.97%, une consommation d'éthyle à surveiller peut majorer les ressentis douloureux psychosomatiques et participer à l'entretien des troubles thymiques.

Discussion

Sur le plan locomoteur, les plaintes dépassent largement le cadre des lésions radiologiques objectives. Cette majoration des plaintes se retrouve au niveau des points douloureux de fibromyalgie et des signes de WADDELL.

Sur le plan psychiatrique, la situation médico-psychique de l'intéressée est complexe. Si les carences affectives de son enfance et les avatars douloureux de sa vie conjugale sont d'un effet objectif, suscitant une certaine compassion humaine, seul le diagnostic de dysthymie est actuellement reconnu et évalué cliniquement comme étant actuellement en rémission. Comme le note sa psychiatre, le Docteur R._____, il est effectivement constaté un investissement corporel douloureux qui est le pendant de corporéisé, la métaphore corporelle de la « tragédie » sentimentale vécue par l'explorée. Toutefois, on observe que celui-ci est aujourd'hui d'un niveau modeste à moyen, survenant après une heure de marche, ne s'opposant pas aux voyages et ne nécessitant pas d'antalgiques puissants. Par ailleurs, il peut être entretenu par le déconditionnement issu de l'invalidité, comme par la dysthymie dans des boucles de rétroaction positives, chaque diagnostic retentissant et entretenant l'autre. Deux thérapeutiques aisées peuvent dès lors être mises en œuvre, une instauration hygiéno-diététique et une instauration d'hygiène socio-professionnelle vis-à-vis de l'emploi. La restauration narcissique induite est potentiellement positive vis-à-vis des douleurs.

Par le passé, nous avons vu que tant la présence de l'hypothyroïdie en 2002 que l'ensemble des problématiques cumulées en 2006 pouvaient expliquer que, à deux reprises, l'investiguée avait présenté une aggravation provisoire au niveau des troubles de l'humeur.

Dans le cas présent, il faut considérer que les questions thérapeutiques et les questions d'incapacité se recoupent. En effet, compte tenu de la dimension foncièrement affective et relationnelle de la douleur de l'examinée, la question de l'isolement se pose, cet isolement renforçant la dimension d'évitement et de ruminations. Cette logique doit être rompue dès à présent, eu égard au prochain départ de sa fille.

En effet, on aperçoit bien qu'une attitude compassionnelle médicale de décharge de Madame G._____ de ses responsabilités professionnelles ne contribue en rien à la soulager de ses ruminations douloureuses transitant par le corps. Dès lors, confirmant ainsi la jurisprudence, il faut récuser les notions d'incapacité professionnelle.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Toutes les pathologies dégénératives rachidiennes dont souffre l'expertisée sont actuellement en phase stable au vu de l'examen clinique rassurant à ces niveaux. Ces troubles sont dans les limites de la normale étant donné l'âge de l'assurée et ne traduisent que

l'évolution naturelle des disques intervertébraux. Il en est de même pour le conflit sous-acromial bilatéral, prédominant à droite et les céphalées migraineuses ou mixtes. Ils sont en phase stable. Le conflit sous-acromial existe depuis 2003 mais reste stationnaire, c'est-à-dire sans amélioration ni aggravation. Quant à la migraine, elle est présente depuis au moins 1986 avec le même état.

Depuis 2003, suite à sa mise en invalidité, l'intéressée affirme souffrir d'un état dépressif. De fait, depuis 2011, elle prend un traitement antidépresseur par Cymbalta®(duloxétine), après en avoir pris de nombreux autres précédemment. En réalité, il s'agit depuis plusieurs années d'un trouble de l'humeur à type de dysthymie (ICD-10, F34.1), sans grande sévérité clinique, comme l'illustre par exemple qu'elle n'ait jamais eu recours à des hospitalisations pour motifs psychiatriques. En 2006, le corps médical a sans doute assisté à une aggravation passagère du trouble de l'humeur dans un mouvement réactionnel à une accumulation d'événements lourds à gérer. Il n'est toutefois pas possible d'affirmer qu'il s'agissait d'un authentique épisode dépressif, non influencé par les circonstances.

c. Chances de succès d'une réadaptation

Une réadaptation risque de s'avérer délicate, eu égard aux facteurs non médicaux associés, comme le déconditionnement.

Sur la base de la jurisprudence, la reprise de son ancienne activité peut tout à fait être réalisée. Mais il faut par contre intégrer que l'explorée a bénéficié de plus de 12 ans d'incapacité de travail dans un contexte de faiblesse des acquis scolaires initiaux et dès lors, ce laps de temps va peser sur le retour à l'emploi. Dans ce contexte, il paraît légitime de soutenir l'investiguée, laquelle va possiblement présenter une nouvelle aggravation de son état de santé pour ne pas devoir se confronter au monde du travail, tout comme elle l'a annoncé à chaque fois que ses acquis sociaux risquaient de la reconforter à cette option-là. »

Les experts étaient d'avis que depuis la dernière décision de l'OAI, les limitations fonctionnelles s'étaient améliorées, tout en relevant qu'il était difficile de répondre à cette question en l'absence de limitations clairement établies précédemment. Ils constataient que la discopathie et l'arthrose avaient suivi leur cours alors que les limitations psychiatriques s'étaient amendées. La capacité de travail nulle lors de la décision de 2003 et de 2006 s'était améliorée car cette incapacité avait été établie sur la base de troubles psychiatriques, lesquels n'avaient plus l'intensité qu'ils avaient pu présenter.

Les experts ont posé les diagnostics de discopathies en L3-L4 avec protrusion discale postérieure et discopathie mineure L5-S1,

d'arthrose postérieure de L5-S1 prédominant à gauche, de discopathie C3-C4, C4-C5 et C5-C6, de céphalées migraineuses ou mixtes, de conflit sous-acromial bilatéral, prédominant à droite de fibromyalgie et de dysthymie. Ces diagnostics entraînaient les limitations suivantes :

« station debout prolongée, limitation d'une position en porte-à-faux lombaire, port de charges moyennes (jusqu'à 25 kg occasionnellement et/ou 5-12 kg souvent et/ou <5 kg en permanence). »

Selon les experts, ces limitations, en lien avec la discopathie et l'arthrose, étaient compatibles avec la poursuite d'une activité de femme de ménage à condition que celle-ci ne soit pas contraignante en cadence et en intensité. Les discopathies cervicales et les céphalées migraineuses ou mixtes n'entraînaient pas de limitations ainsi d'ailleurs que le conflit sous-acromial bilatéral en l'absence de travail prolongé au-dessus de la ligne des épaules.

Les experts ne posaient aucune limitation en lien avec la fibromyalgie, suggérant à titre de confort d'éviter l'exposition au froid et des changements fréquents des horaires de travail. Aucune limitation n'était posée en raison de la dysthymie.

S'agissant de la capacité de travail, celle-ci avait, selon les experts, toujours été totale sur le plan rhumatologique, y compris la fibromyalgie, dans le dernier emploi, à condition que le travail ne soit pas trop contraignant en cadence et en intensité. Concernant la dysthymie, la capacité de travail dans le dernier emploi était totale.

Les constatations des experts étaient les mêmes s'agissant d'une activité adaptée. Ils précisait, s'agissant du conflit sous acromial-bilatéral, que le port de charges moyennes était possible (jusqu'à 25 kg occasionnellement et/ou 5-12 kg souvent et/ou inférieur 5 kg en permanence) au-dessus de la ligne des épaules.

Dans un avis du 11 janvier 2013, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du SMR, a déclaré se rallier à l'avis des

experts en retenant une pleine capacité de travail dans l'activité exercée ainsi que dans tout autre activité adaptée depuis septembre 2012.

Lors d'un entretien du 11 février 2013, l'assurée a été informée des mesures de nouvelle réadaptation (art. 8a al. 2 LAI). Elle a été avisée que le réexamen de son droit à une rente AI avait abouti au constat que son état de santé lui permettait de reprendre l'exercice d'une activité lucrative, raison pour laquelle l'office allait réduire ou supprimer sa rente. Elle était informée que l'organisation de mesures de nouvelle réadaptation impliquait une adhésion complète de sa part ainsi qu'une collaboration active ; si ces conditions n'étaient pas réunies, ces mesures ne seraient pas mises en place ou, le cas échéant, elles seraient interrompues. Il a été précisé à l'assurée que ces mesures pouvaient être mises en place pendant deux ans au maximum à compter de la réduction ou de la suppression de la rente. Il a également été dit à l'assurée que si elle acceptait de participer à ces mesures, elle continuerait en parallèle de bénéficier de sa rente jusqu'au terme des mesures mais au maximum durant cette période de deux ans. Un délai de réflexion de 30 jours était fixé à l'assurée pour communiquer sa position quant à la mise en place de telles mesures.

Par projet de décision du 12 février 2013, l'OAI a informé l'assurée que l'examen de la rente d'invalidité selon les dispositions finales de la révision du 18 mars 2011 concluait que les diagnostics ayant ouvert le droit la rente étaient liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Selon les constats médicaux, ils n'avaient aucun fondement anatomique objectivable qui pourrait du point de vue de la médecine des assurances fonder une incapacité de travail durable. Il n'y avait pas non plus de rattachement à une comorbidité psychiatrique ni de graves limitations fonctionnelles autres. L'OAI se fondait également sur l'expertise de la V. _____ pour délimiter les limitations fonctionnelles. Il constatait que selon cette expertise, ces limitations étaient compatibles avec la poursuite d'une activité de femme de ménage, à condition que celle-ci ne soit pas trop contraignante en cadence et en intensité. Il relevait également qu'il n'y

avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. En conséquence l'activité habituelle étant adaptée et exigible à 100 %, il n'y avait pas de préjudice économique et le droit à la rente s'éteignait.

L'assurée a présenté des objections et lors d'un entretien téléphonique du 6 mars 2013 avec un collaborateur de l'OAI, elle a indiqué qu'elle ne souhaitait pas entrer dans des mesures de réadaptation avant d'avoir eu une réponse à ses objections.

Par décision du 25 mars 2013, reprenant le projet du 12 février 2013, l'OAI a supprimé la rente allouée à l'assurée.

C. Par recours du 12 avril 2013, l'assurée a conclu principalement au maintien de la rente et subsidiairement au renvoi à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants.

La recourante a complété son recours, s'en prenant en substance à l'expertise de la V._____ et produisant les rapports médicaux de ses médecins traitants à savoir :

- un rapport du 19 avril 2013 du Dr X._____ attestant que l'assurée souffrait d'une migraine chronique et invalidante qui justifiait une incapacité de travail d'au moins 50 %.
- un rapport du 6 mai 2013 de la Dresse R._____ posant les diagnostics d'état dépressif d'intensité variable modérée à sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble de la personnalité immature et anxieuse et qui pour le surplus était rédigé comme suit :

« **Remarques sur l'expertise**

L'expertise pluridisciplinaire effectuée à la V._____ de [...] par le Dr J._____ psychiatre et Dr D._____ Rhumatologue s'est déroulée sur une journée en date du 10 septembre 2012. Il s'agit d'un rapport épais qui nous a étonnés sur les points suivants:

- tout d'abord par sa longueur inhabituelle de 146 pages avec de multiples redondances et une construction labyrinthique ;
- par la démonstration des experts avec force tableaux, dessins et réflexions théoriques, psychiatriques ou rhumatologiques, qu'actuellement aucun des diagnostics retenus auparavant n'est valable pour justifier une incapacité de travail;
- que la problématique douloureuse est de nature « *modeste* » et « *peut être entretenue par le déconditionnement issu de l'invalidité* »;
- pour les résultats aux questionnaires psychiatriques passés par la patiente le jour même lors des entretiens (Questionnaire de la dépression de BECK; Questionnaire de Hamilton...), résultats qui apparaissent minimisés voir liés à l'exagération par le patient dans ce type de questionnaire;
- le diagnostic de trouble somatoforme douloureux qui n'est pas retenu par les experts car, selon leur point de vue le critère A de la somatisation n'est pas rempli et il s'agit là de « *signes manifestes d'exagération* »;
- des conclusions hâtives, par exemple comment à partir d'un taux sanguin de CDT les experts affirment la présence d'une consommation éthylique à surveiller chez la patiente, facteur susceptible d'influencer sa rémission qui n'a pas été investigué dans le passé d'après eux.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, nous en contestons les réflexions et les conclusions des experts tout comme leur manière de conduire l'expertise. A notre sens, la patiente reste clairement en incapacité totale de travail. C'est pourquoi nous demandons expressément qu'une contre-expertise soit effectuée par l'A.I. dans le centre pluridisciplinaire de la T._____. »

- une lettre du 24 avril 2013 du Dr N._____ ainsi libellée :

« En réponse de votre lettre du 12 avril 2013 et après avoir lu l'expertise de la V._____, permettez-moi quelques commentaires.

Un pavé de 146 pages, un entretien de 30 minutes avec la patiente pour démolir ce qui avait été construit par les médecins précédents qui connaissent Madame G._____ de très longue date. Cette expertise me paraît très discutable sur le plan des conclusions et sur un plan déontologique. On constate que les nombreux psychiatres qui ont vu Madame G._____ et les rhumatologues qui l'ont suivie, ont posé des diagnostics totalement erronés. Qui a raison? Les nombreux psychiatres qui parlent d'état dépressif ou les experts qui parlent d'état dysthymique. On peut être toutefois étonné de constater que dans les médecins précédents, deux médecins, la Doctoresse M._____ et le Docteur Q._____ travaillaient au centre médical de l'AI et ont vu la patiente dans ce cadre, en lui reconnaissant son invalidité.

Comme médecin traitant de Madame G._____, je la connais depuis 10 ans. J'ai pu constater son évolution sur le plan de son état physique et mental, qui a mes yeux se péjorent d'année en année. Comment peut-on reconnaître à cette patiente une capacité de travail de 100% dans son ancienne activité de femme de ménage? Malheureusement, les experts ne veulent pas reconnaître la souffrance de Madame G._____, parlant même d'exagération, ceci me paraît très regrettable. Dans leurs conclusions, ils ont en plus l'honnêteté de dire que très vraisemblablement elle ira moins bien après les conclusions de l'AI qui va lui retirer sa rente.

J'espère qu'un jour la justice ou les associations médicales mettront de l'ordre dans ces nombreux centres d'expertises, très connus des médecins, qui ont des conclusions plus que tendancieuses. »

- un rapport du 16 mai 2013 de la Dresse H._____ rédigé comme suit :

« Pour rappel, Mme G._____ n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis le mois de septembre 1998, une demi-rente lui a été reconnue depuis septembre 1999 puis une rente entière depuis novembre 2000, donc depuis plus de 12 ans.

Comme je vois régulièrement cette patiente en consultation depuis 2003, compte tenu de la chronicité des affections tant psychiatriques que rhumatologiques, je n'ai pas constaté chez Mme G._____ une amélioration de l'état de santé qui m'aurait même laissé imaginer une quelconque reprise d'activité professionnelle.

Mme G._____ est traitée pour des douleurs chroniques qui s'expliquent par une atteinte dégénérative certes discrète, mais confirmée, cervicale et lombaire, ainsi que des douleurs dans le contexte d'une fibromyalgie. Ces atteintes rhumatologiques peuvent contribuer à limiter la capacité de travail d'une personne, ceci même dans le contexte d'une activité adaptée, tenant compte d'une limitation de poids, d'éviter les mouvements répétitifs, les positions statiques prolongées,...

Dans mon dernier rapport à l'AI du 07.03.2012, j'atteste à nouveau que Mme G._____ n'est plus apte à reprendre une activité professionnelle, en insistant sur le fait que les multiples traitements mis sur pied, que la patiente suit régulièrement depuis plus de 10 ans, permettent une stabilisation de l'état de santé tant psychique que rhumatologique. J'insiste aussi sur le fait que le traitement et soutien psychiatrique auprès de la Dresse R._____ est indispensable, d'où mon étonnement d'apprendre que l'AI ne l'avait pas récemment questionnée quant à l'évolution clinique de notre patiente commune.

Je suis perplexe quant à la longueur de l'expertise pluridisciplinaire, comprenant de nombreuses tabelles, s'apparentant à de petits exposés des différents diagnostics retenus.

Je reste plus que perplexe quant à la possibilité de prévoir un évolution vers un état stationnaire, alors qu'il s'agit d'une pathologie dégénérative qui, on le sait, a plutôt tendance à évoluer avec le temps, et l'on sait pertinemment qu'il n'y a pas toujours de corrélation directe entre l'importance de l'atteinte dégénérative du rachis et l'importance des symptômes douloureux, sans devoir pour autant parler d' «exagération» de la part du patient.

La lecture de cette expertise, qui dissèque l'un après l'autre chaque diagnostic évoqué en essayant d'y attribuer une capacité de travail effective va, à mon avis, à l'encontre des réflexions que devraient avoir les experts dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, chez une personne atteinte d'une affection psychiatrique et rhumatologique de longue durée.

Je ne peux adhérer ni à l'instruction de cette expertise ni à ses conclusions, et je propose aussi qu'une contre-expertise soit effectuée dans le T._____. »

Par réponse du 3 juin 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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 prévues par la LAI (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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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).

b) Conformément à ce que prévoit l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en

application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) Interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours de G. _____ est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. L'objet du litige porte sur la suppression de la rente AI, contestée par la recourante, fondée sur les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la 6^e révision de l'AI.

3. a) Selon l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

L'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint cinquante-cinq ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

b) Le Tribunal fédéral a tout d'abord jugé que trois conditions devaient être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1). L'application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales découle exclusivement de la nature de l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'étendre l'application de cette réglementation par analogie aux cas dans lesquels il existe une pathologie objectivée, mais où l'on peut se demander si celle-ci justifie l'intégralité des plaintes exprimées par le patient (cf. TF 8C_738/2013 du 8 avril 2014 consid. 3.1.2.1 et TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2.3).

c) Ensuite, le Tribunal fédéral a déclaré « préciser » cette jurisprudence en ce qui concerne la première condition, à savoir que la let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI est également applicable lorsque la rente n'a pas été allouée exclusivement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 140 V 97). Le Tribunal fédéral a considéré qu'il fallait séparer le syndrome sans pathogenèse des autres affections dont l'assuré était atteint, dans la mesure où une telle séparation était possible (« Lassen sich solche von

erklärbaren Beschwerden aber trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden »; cf. ATF 140 V 97, consid. 6.2.3 in fine; cf. également la Circulaire sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, édictée par l'Office fédéral des assurances sociales, ch. 1004). Ainsi, dans cet arrêt, où l'assurée était atteinte d'un trouble somatoforme et d'un trouble somatique (en l'espèce rhumatologique) à raison de 37%, le Tribunal fédéral, après avoir constaté que le trouble somatoforme n'était pas invalidant, a supprimé la rente, le taux de 37% étant insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Enfin, le Tribunal fédéral a ajouté, dans un arrêt 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 (consid. 2.6), qu'en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initiale d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a reste exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires.

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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 en considération les plaintes exprimées, 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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

À cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que l'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

Cependant, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas

qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 319 consid. 5a).

5. a) En l'espèce, à titre liminaire, il s'agit de relever que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. En effet, lors de la procédure de révision, la recourante, née en [...], n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans (ATF 140 V 15 consid. 5.1 et 139 V 442 consid. 3 et 4).

b) Il convient ensuite de constater que la rente allouée à l'assurée en 2003 se fondait essentiellement sur le trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux paraissant plutôt secondaire pour les médecins. Certes, cette seconde affection était également évoquée, mais son influence sur la capacité de travail de l'assurée était moindre. Dans tous les cas, il ne ressort pas des pièces du dossier qu'il soit possible de séparer le syndrome sans pathogenèse des autres affections dont l'assurée est atteinte, au sens de la jurisprudence précitée. Au contraire, il apparaît plutôt que les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble somatoforme douloureux présentent une étroite corrélation entre eux. Ainsi, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer les troubles explicables des troubles non explicables, les dispositions finales de la 6^e révision ne s'appliquent pas (cf. consid. 3 ci-dessus).

c) Certes, les experts de la V. _____ remettent en cause le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, posé à

l'époque notamment par le SMR, estimant qu'il s'agit en réalité d'un trouble de l'humeur à type de dysthymie sans grande sévérité clinique, et non pas d'un authentique épisode dépressif (p. 122 de l'expertise). Ils sont d'avis que la capacité de travail de la recourante s'est améliorée, dans la mesure où l'incapacité a été établie sur la base de troubles psychiatriques qui n'ont plus l'intensité qu'ils ont pu présenter (p. 123 de l'expertise). Cependant, il appert à la lecture des rapports des médecins suivant la recourante depuis de nombreuses années, dont une spécialiste en rhumatologie et une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que la situation médicale n'a guère évolué, en tous les cas pas dans le sens d'une amélioration. En effet, le Dr N._____ pose les mêmes diagnostics qu'auparavant et considère que le pronostic est plutôt défavorable, constatant une péjoration de l'état de santé d'année en année (cf. rapport médical du 21 février 2012 et rapport médical du 24 avril 2013). La Dresse R._____ confirme également les diagnostics établis précédemment et estime que sa patiente est toujours en incapacité de travail totale (cf. rapport médical du 6 mai 2013). Quant à la Dresse H._____, elle indique que l'état de santé de l'assurée s'est plutôt aggravé, du fait notamment de la récurrence de l'état dépressif, tout en expliquant que jusqu'en 2012, les multiples traitements mis sur pied avaient permis une stabilisation de l'état de santé, tant sur le plan psychique que sur le plan rhumatologique (cf. rapport médical du 7 mars 2012 et rapport médical du 16 mai 2013). Les médecins de la V._____ semblent d'ailleurs également l'admettre, puisqu'ils affirment en p. 119 de l'expertise que sur le plan psychiatrique, la situation de l'expertisée [au moment de l'expertise en 2012] paraît stationnaire. Autrement dit, les Drs J._____ et D._____ ne font qu'apprécier de manière différente une situation demeurée inchangée pour l'essentiel, le tableau clinique paraissant en effet toujours du même ordre que celui qui prévalait auparavant.

6. Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que c'est à tort que l'OAI a appliqué les dispositions finales de la 6^e révision. Pour ce motif, la décision de l'autorité du 25 mars 2013 supprimant la rente de la recourante doit être annulée.

7. a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

b) La recourante obtenant gain de cause, elle a par ailleurs droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 2'500 fr., débours et TVA compris.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 25 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 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 G. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens, TVA et débours compris.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour G. _____), à Lausanne,
- 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 :