

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

G. _____, à l. _____, recourante, représentée par Me Catherine Merényi,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

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

E n f a i t :

A. G._____, née en 1957, sans formation professionnelle, a travaillé en dernier lieu en qualité d'ouvrière en production alimentaire et de nettoyeuse.

Souffrant de rachialgies et de douleurs diffuses au niveau des membres inférieurs, ainsi que d'un syndrome des apnées du sommeil, elle a déposé le 19 septembre 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli des renseignements médicaux auprès des docteurs N._____
(rapport du 1^{er} octobre 2012) et F._____
(rapport du 16 octobre 2012).

Sur la base des informations reçues, l'office AI a, par le biais de son Service médical régional (SMR), considéré que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans station debout statique prolongée ; activité de type quasi sédentaire).

Par projet de décision du 12 juin 2013, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 19 décembre 2013, le docteur H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi à l'intention de l'office AI un rapport médical, dans lequel il a indiqué que l'assurée souffrait notamment d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère) et d'un syndrome douloureux chronique sévère qui l'empêchaient d'exercer une quelconque activité professionnelle.

Compte tenu de ces nouveaux éléments, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) au Centre d'Expertise S._____ de V._____. Dans leur rapport du 30 octobre 2015, les docteurs C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie, de syndrome des apnées obstructives du sommeil, d'obésité de degré II, de troubles statiques et dégénératifs du rachis, d'hypoacousie, d'hypertension artérielle traitée et de tabagisme chronique. Au moment d'apprécier le cas, les médecins précités ont formulé les considérations suivantes :

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, Madame G._____ ne décrit pas de complication liée à l'hypertension artérielle. Elle ne mentionne pas, lors de l'anamnèse, le syndrome d'apnées du sommeil et ne dit pas utiliser un CPAP, comme mentionné dans les rapports médicaux figurant au dossier. Il est vraisemblable que la fatigue soit liée au SAOS, décrit comme sévère, et quasi certain qu'elle disparaîtrait si l'appareil était porté (il semble que l'appareil dérange le mari).

Le syndrome pulmonaire restrictif, léger (CVF à 73% de la valeur prédite) est probablement secondaire à l'obésité. A noter que Madame G._____ continue de fumer.

Ces différentes pathologies n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée se plaint de douleurs diffuses concernant pratiquement l'ensemble du corps, sans changement durable depuis que le diagnostic de fibromyalgie a été retenu. Les différentes approches thérapeutiques, que ce soit médicamenteuses ou physiques, n'ont pas apporté d'amélioration durable et permettent juste une atténuation temporaire des symptômes, même si ponctuellement l'assurée peut avoir mentionné aller mieux, notamment lors de l'examen du Docteur M._____ en 2010. Le médecin confirme en notant que *le status confirme cette évolution avec l'absence de difficulté lors du déshabillage. La DDS est à 0 cm. Seules perdurent de discrètes douleurs en regard de sa sacro-iliaque.*

A l'examen clinique, on trouve de discrets troubles statiques chez une personne obèse, sans restriction majeure de la mobilité ni signe en faveur d'une arthropathie inflammatoire ou de troubles dégénératifs majeurs. Il n'y a pas non plus de signe d'atteinte neurologique.

En conclusion, nous retenons des troubles statiques et dégénératifs du rachis, déjà décrits sur les radiographies de 2009, et un tableau clinique caractérisé par des douleurs multiples, diffuses, chroniques, qui ne s'expliquent pas par les lésions organiques. L'ensemble évoque un trouble douloureux somatoforme. Du point de vue somatique, il n'y a pas d'incapacité de travail significative et durable.

Sur le plan psychique, la présente évaluation a mis en évidence une atteinte thymique dont l'intensité est difficile à évaluer avec précision en raison d'une discordance entre les constatations objectives et l'importance des plaintes. Madame G. _____ se trouve depuis plus de dix ans dans une problématique algique, qui a eu comme répercussion une symptomatologie dépressive et anxieuse.

Il est difficile de dire comment la symptomatologie dépressive a évolué dans le temps ; en décembre 2013, le Dr H. _____ retenait un trouble dépressif récurrent avec quelques difficultés à en établir le degré de sévérité (entre le moyen et le sévère). L'expertisée, quant à elle, évoque un état dysphorique qui aurait pris une forme continue et chronique depuis des années sans pouvoir en préciser le début toutefois, sans qu'il n'y ait jamais eu d'amélioration significative, malgré le traitement antidépresseur, lors de l'anamnèse elle dira que tout au plus un moral un peu meilleur, mais les angoisses demeurent, toujours aussi importantes.

De surcroît, avec ses douleurs chroniques, Madame G. _____ a réduit son niveau d'activité, avec tendance à la régression et à la catastrophisation, distorsion cognitive et mode comportemental probablement renforcé par le fait que son mari est aussi handicapé.

Sur le plan clinique, on observe une thymie à dominante dépressive, mais qui n'est pas stable, avec des moments d'humeur normale voire positive, des ruminations négatives et inquiètes concernant sa santé et son avenir, mais le symptôme cardinal est une inhibition avec asthénie/fatigabilité majeure et anhédonie qui est toutefois partielle. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, de culpabilité pathologique, d'idéation suicidaire ni de difficultés de concentration objectivées.

Globalement, rien n'est vraiment agréable à Madame G. _____ ; tout lui coûte, elle pourrait théoriquement arriver à faire face aux exigences de la vie quotidienne, mais à ce stade ce sont ses enfants qui en grande partie la suppléent.

Compte tenu de ces constats, avec une atteinte thymique légère et chronique présente depuis plus de deux ans, nous retenons le diagnostic de dysthymie (F34.1), conformément aux critères de la CIM-10.

On relève, comme problématique au premier plan, des douleurs multiples, diffuses, chroniques qui ne s'expliquent pas par les lésions organiques, le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant peut être retenu.

Si l'on se réfère à la jurisprudence du Tribunal Fédéral de juin 2015, qui pour déterminer si le syndrome douloureux somatoforme est

handicapant ou non, demande de passer en revue une série d'indicateurs, on peut faire les constats suivants : il n'y a pas de trouble de la personnalité, uniquement une atteinte de l'humeur légère quoique désormais chronicisée. La dysthymie, diagnostic retenu dans cette situation, connu pour engendrer chez les patients un sentiment de fatigue et une dysphorie : *tout leur coûte et rien ne leur est agréable*, mais ils demeurent habituellement capables de faire face aux exigences de la vie quotidienne car les symptômes sont, par définition, légers et ne sont source que d'un handicap psychosocial peu marqué.

L'évaluation n'a pas donc mis en évidence, chez Madame G. _____, de trouble de la personnalité, ni de perte d'intégration sociale (en tout cas celle-ci est préservée sur le plan familial et ses capacités à interagir avec autrui sont intactes). Il n'y a pas d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif, et sa capacité à s'organiser ou s'adapter reste préservée. Tout au plus peut-on constater une diminution de l'endurance en lien avec la fatigue liée au syndrome des apnées du sommeil, une diminution de la motivation avec anhédonie partielle. En effet l'expertisée dit ne plus avoir aucun plaisir dans l'existence et est clairement moins active au quotidien.

En conclusion, tenant compte de l'ensemble de ces indicateurs, la capacité de travail est aussi totale sur le plan psychique.

Par décision du 14 avril 2016, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. a) Par acte du 12 mai 2016, complété le 4 janvier 2017, G. _____, représentée par Me Catherine Merényi, avocate à Yverdon-les-Bains, a déféré la décision du 14 avril 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant en substance à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En résumé, elle contestait l'appréciation faite par les experts de sa capacité résiduelle de travail, estimant que celle-ci ne respectait pas la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux. Il convenait notamment de dénier toute valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise du Centre d'Expertise S. _____, lequel était partial, incomplet et incohérent.

A l'appui de son recours, elle a notamment produit deux avis médicaux établis les 4 septembre et 14 novembre 2016 par les docteurs X. _____ et H. _____.

b) Dans sa réponse du 13 février 2017, l'office AI a, en se fondant sur un avis médical du SMR du 6 février 2017, proposé le rejet du recours.

c) Le 12 avril 2018, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont il a confié la réalisation au docteur D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

d) Le docteur D._____ a rendu son rapport le 13 juillet 2018. Il a retenu les diagnostics de dysthymie, dépression anxieuse persistante (existant depuis 2013 au plus tard) et d'accentuation de traits de personnalité passive et dépendante (existant depuis des années) et fait état de ce qui suit :

Discussion :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, ni de trouble panique.

Spontanément, Mme G._____ se plaint de douleurs ubiquitaires, notamment au niveau des pieds, des genoux, des jambes, des épaules et le dos, se manifestant par des brûlures. Se sentant « cassée » par ses douleurs, elle décrit d'importantes limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne dues à ces symptômes s'accompagnant d'une sensation d'engourdissement du corps entier et de chutes à cause d'une perte soudaine de la force des jambes. Selon Mme G._____, ces symptômes persistent de manière fluctuante depuis des années, tout en étant améliorés transitoirement par certaines mesures, comme des exercices de physiothérapie à la piscine ou du fango.

Face à la sévérité des symptômes physiques décrits, Mme G._____ frappe par la distance émotionnelle avec laquelle elle aborde ses plaintes. Sans sentiment manifeste de détresse, elle ne montre pas de comportement algique dépassant une expression d'allure démonstrative par moments, tout en limitant son traitement antidouleur à la prise irrégulière d'une dose moyenne de Zaldiar®. Or, les composants actifs du Zaldiar®, le Paracétamol et le Tramadol, ne sont pas détectables dans le sang en indiquant l'absence de prise de cet antidouleur depuis au moins 30 heures. Sans mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant un syndrome algique important, Mme G._____ reste pourtant capable de s'occuper de sa petite-fille de 4 ans pendant plusieurs heures par jour ou de préparer des plats traditionnels pour sa famille de 6 personnes. En l'absence de gêne particulière observée pendant plus de trois heures d'examen, ces éléments laissent planer des doutes quant à une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les

domaines comparables de la vie. Par conséquent, le tableau clinique de Mme G._____ et l'exploration de son anamnèse ne permettent pas de confirmer le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Déjà le 01.09.2010, le Dr M._____ constate des incohérences des plaintes physiques de Mme G._____ décrivant surtout des douleurs lombo-fessières à droite alors que le bilan radiologique met en évidence une anomalie transitionnelle avec une néo-articulation à gauche. Malgré une plainte concernant des paresthésies des deux mains, le Dr J._____ ne trouve pas d'explication de cette symptomatologie lors d'un examen neurologique du 15.01.2013. Lors de l'examen rhumatologique au Centre d'Expertise S._____ en 2015, Mme G._____ décrit des douleurs d'une intensité maximale améliorée au maximum à 8 ou 9 sur 10 de l'échelle visuelle analogique par ses médicaments. Néanmoins, l'examen de médecine interne du même jour ne met pas en évidence de signe physiologique de douleurs d'une telle sévérité, comme une tachycardie, et le diagnostic rhumatologique se limite à des troubles statiques et dégénératifs du rachis. Dans ce cadre, il paraît regrettable que le monitoring médicamenteux de cette expertise se limite à l'antidépresseur, sans contrôle de l'adhésion au traitement antalgique, ayant permis de mieux évaluer le poids effectif des souffrances.

Anamnestiquement, les plaintes physiques de Mme G._____ surviennent et persistent dans le cadre d'un abaissement de l'humeur qui évolue de manière fluctuante depuis des années et motive un premier traitement psychotrope déjà à partir de 2005 ou 2006. Dans ce contexte, elle se plaint d'une fatigue sévère et de signes d'une diminution de l'attention, comme des oublis et des problèmes de mémoire en général, s'accompagnant de l'abandon progressif d'activités, notamment au plan professionnel. Comme décrit dans la prise de position du Dr X._____ le 04.09.2016, ces éléments peuvent laisser penser au diagnostic d'un épisode dépressif majeur antérieur aux douleurs et expliquant son incapacité de travail.

Malgré l'absence d'une amélioration manifeste de son sentiment persistant de tristesse depuis des années, selon ses propres dires, Mme G._____ fait pourtant preuve de sa réactivité émotionnelle à des évènements agréables. En effet, elle exprime de manière authentique son plaisir de passer plusieurs heures par jour avec sa petite-fille de 4 ans, et se présente souriante à plusieurs reprises, par exemple lorsqu'elle aborde son attachement à ses proches ou son intérêt pour des activités, comme la cuisine et certaines émissions de TV. Sans aggravation de ses symptômes affectifs lors d'un changement de la routine, typiquement observée lors d'un épisode dépressif majeur, elle décrit l'effet bénéfique de ses voyages annuels dans son pays d'origine pour rencontrer sa famille et belle-famille avec qui elle garde un contact positif. Contrairement à sa plainte concernant une diminution importante de l'énergie persistant depuis des années, elle peut participer activement à un examen de plus de trois heures, sans aggravation de son ralentissement psychomoteur qui reste léger et fluctuant. Hormis un fléchissement attentionnel également fluctuant et léger, elle ne montre pas de diminution importante de l'attention ou de la

concentration, ni de signe de fatigue après des efforts minimes. Ces observations correspondent par exemple à la capacité de Mme G. _____ de passer ses journées au sein de sa famille, sans sieste, selon l'exploration de sa vie quotidienne.

Donnant une description positive de sa personnalité, Mme G. _____ n'exprime pas d'idée de dévalorisation et nie d'idée de culpabilité. Fière lorsqu'elle parle de ses petits-enfants, elle garde l'espoir que ses enfants trouvent leur chemin dans la vie, notamment que ses fils se marient, malgré son inquiétude pour ses filles malades, sans attitude généralement morose ou pessimiste face à l'avenir. Dans ce contexte, elle nie clairement d'idée ou acte auto-agressif dans le passé et le présent. Sans perturbation du sommeil, elle nie des réveils matinaux précoces et ne montre pas de signe objectivable d'une diminution de l'appétit en souffrant d'une obésité depuis des années. En conséquence, les éléments objectivables de son anamnèse ainsi que de l'examen restent insuffisants pour retenir un épisode dépressif majeur.

En effet, Mme G. _____ fait preuve de capacités surprenantes par rapport à ses plaintes, en participant par exemple volontiers à des réunions familiales mensuelles avec la famille de son frère installé en France voisine. En été 2017, elle peut également surmonter ses plaintes d'une fatigue et d'un abandon d'activités afin de se rendre à B. _____ chez sa fille malade pendant un trajet en voiture d'environ 7 heures, avant de rentrer en Suisse encore le même jour. Or, son traitement psychiatrique se limite à des consultations mensuelles au maximum depuis janvier 2013 ainsi que la prise du même antidépresseur déjà décrit dans le rapport du Dr H. _____ le 19.12.2013 et prescrit par le médecin de famille. Sans modification du traitement psychotrope depuis 2013 au plus tard, les démarches thérapeutiques du Dr H. _____ contrastent ainsi avec la gravité de son diagnostic. Contrairement au cas de Mme G. _____, un épisode dépressif d'une telle sévérité nécessite un traitement psychiatrique intense avec une médication lourde à cause d'un tableau clinique marqué par soit une agitation, soit un ralentissement marqué, ainsi qu'un état de détresse et d'idées de suicide manifestes. Par contre, Mme G. _____ nie de tels symptômes et son anamnèse ainsi que de l'examen correspondent à une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité reste insuffisante, la plupart du temps, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen.

C'est ainsi que Mme G. _____ décrit elle-même des jours pendant lesquels elle se sent relativement bien et est par exemple capable d'entreprendre des voyages au Kosovo, de participer à des réunions familiales ou de fabriquer des repas traditionnels pour sa famille. Mais la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée. Tout lui coûte et peu de choses lui sont agréables. Elle rumine quant aux problèmes de santé de ses proches et se plaint de ses douleurs, tout en ayant perdu confiance en elle-même. Néanmoins, elle reste capable de faire face aux existences de la vie quotidienne et de participer aux tâches ménagères, sans symptôme affectif nécessitant un traitement psychiatrique intense, voire une hospitalisation. Anamnestiquement, cette dépression chronique survient dans le contexte d'une accumulation de facteurs de stress et de deuils, comme le décès de son frère pendant la guerre en ex Yougoslavie en 1999, suivi par la fuite de l'expertisée avec sa famille

pour arriver en Suisse en 2000. Depuis, Mme G._____ subit des évènements stressants ultérieurs, comme la dépression du fils cadet en 2006, l'accident du mari en 2008, entraînant une incapacité de travail et hypothéqué par une dépression de ce dernier depuis 2012, ainsi que les maladies de ses filles depuis 2015. Subissant la dégradation de l'état de santé d'une de ses filles souffrant d'une sclérose en plaques, Mme G._____ est ainsi encore confrontée avec les problèmes dus au cancer de sa fille habitant au Kosovo. Néanmoins, Mme G._____ affronte cette situation, sans signe d'une décompensation, comme constaté lors des examens au Centre d'Expertise S._____ en septembre 2015 et à l'examen actuel, en présentant une anamnèse ainsi qu'un tableau clinique compatible avec une dysthymie, selon la CIM-10.

Dans le cadre de cette dysthymie, le tableau clinique peut correspondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen, par exemple au début du suivi avec le Dr H._____. En effet, le Dr H._____ observe lui-même des symptômes dépressifs atténués au cours de sa thérapie, malgré des consultations espacées et l'absence de changement de l'antidépresseur, indiquant des symptômes relativement légers. En l'absence de critères diagnostiques permettant de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant, les plaintes douloureuses inexplicables entièrement par un processus physiologique de Mme G._____ constituent une manifestation somatoforme de son trouble affectif. Par conséquent, ces plaintes concernant des douleurs ne justifient pas un diagnostic psychiatrique autonome, notamment dans le cadre de signes anamnestiques en faveur de symptômes affectifs antérieurs aux plaintes physiques.

Motivant un traitement antidépresseur prescrit par son généraliste depuis 2005 ou 2006, ces symptômes affectifs restent pourtant insuffisants pour retenir un trouble dépressif récurrent.

Cette dysthymie accompagnée de plaintes douloureuses inexplicables par un processus physiologique s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par des traits passifs et dépendants d'une expertisée qui décrit l'évitement de sorties seule depuis des années. Menant une vie axée sur sa famille et belle-famille, elle rencontre ainsi des problèmes d'intégration en Suisse, comme en témoignent ses difficultés de français, malgré environ 18 ans de vie en Suisse romande. En revanche, Mme G._____ nie un sentiment de malaise ou d'impuissance quand elle est seule ou de préoccupation par la peur d'être abandonnée, mais décrit des moments de solitude comme un moyen à gérer des périodes d'irritabilité et ses angoisses. Sans signe de carence affective pendant une enfance et adolescence décrites comme harmonieuses, elle grandit dans un cadre familial bienveillant avec des parents aimants, qui acceptent son choix de vivre avec son futur mari à partir de l'âge de 14 ans. En effet, Mme G._____ nie un évènement traumatisant dépassant le deuil de son frère et les pertes en lien avec la guerre au Kosovo, alors qu'elle a plus que 40 ans. C'est ainsi qu'elle s'engage dans une relation conjugale décrite comme positive depuis des années, fonde une famille et assume son rôle de mère en gardant un lien proche avec ses enfants, jusqu'à présent. Malgré ses difficultés d'intégration après son immigration en Suisse, elle

affronte une suite de facteurs de stress psychosociaux, comme les problèmes de santé de ses enfants et de son mari ou une situation financière précaire, entraînant l'expulsion de son appartement en 2013. Sans décompensation psychique nécessitant un traitement psychiatrique intense ou une hospitalisation, Mme G._____ fait preuve de ressources personnelles lui permettant de s'adapter à ces facteurs de stress. C'est ainsi qu'elle continue à mener une vie en fonction de ses préférences personnelles dans un cadre psychosocial marqué par des relations proches et stables au plan familial. Par conséquent, son anamnèse ne montre pas de perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence, comme demandée pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

Cependant, les particularités de fonctionnement de Mme G._____ correspondent à l'accentuation de traits de personnalité passive et dépendante. N'ayant pas valeur de maladie, cette accentuation de certains traits de personnalité favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé face à des problèmes sortant du champ médical, comme des difficultés au plan financier à cause de l'incapacité de travail du mari ou au marché du travail à cause de l'âge, des compétences de langue insuffisantes et l'absence d'une formation. Maintenu par des bénéfices secondaires, comme le soutien par ses proches et le soulagement des contraintes d'une situation professionnelle instable depuis son arrivée en Suisse, ce rôle d'invalidé explique les plaintes dramatiques mais incohérentes de Mme G._____. Ainsi, elle se plaint par exemple de graves douleurs, d'une fatigue ou l'absence de toute envie, contrastant avec les éléments objectivables de son anamnèse et des examens.

En faisant abstraction de ces plaintes incohérentes, les symptômes affectifs légers dus à sa dysthymie persistant dans le cadre d'une accentuation de traits de personnalité passive et dépendante ne justifient pas d'incapacité de travail durable chez une expertisée qui montre des ressources personnelles préservées. En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, la capacité de travail exigible de Mme G._____ reste entière au plan psychique et l'effort à surmonter les symptômes de sa dysthymie afin de reprendre une activité professionnelle simple à 100%, par exemple en qualité d'ouvrière, est raisonnablement exigible au plan psychique.

e) Dans ses déterminations du 21 août 2018, l'office AI a constaté que les conclusions du docteur D._____ rejoignaient celles des experts du Centre d'Expertise S._____ et proposé, une nouvelle fois, le rejet du recours.

f) Dans ses déterminations du 19 novembre 2018, G._____ a contesté la valeur probante de l'expertise réalisée par le docteur D._____, estimant que les faits qu'elle avait relatés ne correspondaient pas aux déclarations qu'elle avait tenues. En réalité, son état psychique et les douleurs dont elle souffrait étaient telles qu'elle ne faisait plus rien et

qu'elle était à l'entière charge de l'ensemble de sa famille. Elle requérait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

g) Par courrier du 3 décembre 2018, G. _____ a fait parvenir à la Cour des témoignages de ses proches.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

b) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour

permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

La preuve d'une telle atteinte à la santé suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par un expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers

d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, 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 sera également tenu 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 et la référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) 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. 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 (inévitabile) 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 et la référence citée).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après 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 LPGA), 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

6. De l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, il ressort que la recourante ne souffre d'aucune atteinte à la santé à caractère invalidant d'origine somatique. Selon les conclusions du volet rhumatologique de l'expertise du Centre d'Expertise S._____, s'il existait de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis, le tableau clinique était principalement caractérisé par des douleurs multiples, diffuses et chroniques qui ne s'expliquaient pas par des lésions organiques (voir également les rapports des docteurs R._____ du 23 octobre 2009 et N._____ du 1^{er} octobre 2012). Dans son rapport du 4 septembre 2016, le docteur X._____ a d'ailleurs adhéré à ces conclusions et admis que la symptomatologie avait essentiellement une composante psychique.

7. Au regard des reproches formulés par la recourante dans son mémoire de recours et des critiques exprimées par les docteurs X._____ (rapport du 4 septembre 2016) et H._____ (rapport du 14 novembre 2016) à l'encontre du volet psychiatrique de l'expertise du Centre d'Expertise S._____, la Cour de céans a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique dont elle a confié la mise en œuvre au docteur D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

a) L'expertise du docteur D._____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, l'expert, dont l'indépendance n'a pas été remise en cause par la recourante, a fondé son rapport sur un examen clinique et paraclinique complet, et pris en considération les plaintes exprimées par la recourante. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, en particulier de l'ensemble des rapports médicaux établis par les médecins traitants de la recourante. Pour le reste, la description de la situation et son appréciation sont claires et compréhensibles.

b) Dans ses déterminations du 19 novembre 2018, la recourante formule néanmoins plusieurs critiques relatives à la valeur probante de l'expertise.

aa) La recourante reproche en premier lieu à l'expert de s'être fondé sur une description de son quotidien majoritairement erronée. Or l'anamnèse recueillie par le docteur D._____ - avec l'aide d'un traducteur - est particulièrement riche et détaillée. S'il est vraisemblable qu'elle puisse contenir quelques imprécisions, le nombre d'erreurs soulevées - toutes en lien avec la description des interactions sociales de la recourante - interpelle néanmoins. Une telle situation laisse à penser que l'examen de la recourante aurait pu être marqué par d'importantes difficultés de compréhension. Pourtant, le docteur D._____ a souligné la bonne collaboration de la recourante (rapport d'expertise, p. 15) et on cherche en vain dans le rapport d'expertise la mention de soucis de traduction ou, plus largement, de problèmes de compréhension entre la recourante et le traducteur. En tout état de cause, la Cour de céans n'a pas été interpellée par la recourante sur une telle problématique dans les suites immédiates de l'expertise. Cette absence de réaction immédiate - eu égard à l'importance des reproches formulés et aux conséquences juridiques que la recourante entend en retirer - paraît pour le moins surprenante, voire douteuse sous l'angle du principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). Quant à penser que l'expert ou le traducteur auraient, intentionnellement et de façon systématique, mal interprété les propos de la recourante, rien ne permet de le penser. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que les propos rapportés dans l'expertise correspondent aux déclarations faites par la recourante au cours de l'examen.

bb) La recourante reproche en second lieu à l'expert de n'avoir pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Or le docteur D._____ a clairement expliqué les raisons pour lesquelles il n'était pas en mesure, au vu du tableau clinique et de l'exploration de l'anamnèse, de poser un tel diagnostic (rapport

d'expertise, p. 19). On rappellera que l'appréciation du caractère vraisemblable des symptômes rapportés par la personne assurée - et directement observés par l'expert - est un débat qui relève typiquement de la compétence du corps médical et dans lequel le juge ne saurait en principe s'immiscer.

c) Dans son rapport du 14 novembre 2016, le docteur H. _____ a mis en évidence l'importance du contexte culturel et expliqué, notamment, qu'il fallait tenir compte de ce que la signification de certains symptômes pouvait être variable selon le contexte culturel et social dans lequel ils prenaient place.

aa) Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a).

bb) Ainsi que le met en évidence le docteur D.____ (rapport d'expertise, p. 21), il existe dans le présent dossier des particularités comportementales de nature sociale, culturelle et familiale susceptibles d'influencer la situation de la recourante et qui ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. La recourante a, à l'évidence, éprouvé des difficultés d'adaptation en Suisse. Arrivée en 2000, elle n'a travaillé depuis cette date que très épisodiquement, n'a pas appris le français et n'a noué que très peu de contacts en dehors de son cercle familial. La famille a présenté et présente encore des difficultés financières, liées en partie aux problèmes de santé de l'époux de la recourante, lesquels ont notamment conduit en 2013 à son expulsion de son appartement d'l.____. La recourante est par ailleurs confrontée aux maladies qui touchent deux de ses filles. A l'inverse, la recourante semble tirer des bénéfices secondaires importants de sa situation, puisqu'elle bénéficie d'une attention soutenue de la part de sa famille, en particulier de ses enfants majeurs présents en Suisse.

d) Dans un contexte tel que celui-ci, l'évaluation médicale revêt une importance toute particulière.

aa) En l'occurrence, le docteur D.____ a estimé que les éléments objectivables de l'anamnèse ainsi que l'examen clinique auquel il avait procédé demeuraient insuffisants pour retenir l'existence d'un épisode dépressif majeur ; le tableau clinique était compatible avec une dysthymie. En l'absence de critères diagnostiques permettant de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant (absence de sentiment de détresse ; absence de comportement algique au cours des trois heures qu'a duré l'examen clinique ; absence de mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant un syndrome algique important), les plaintes douloureuses évoquées par la recourante devaient être considérées comme la manifestation somatoforme de son trouble affectif. Cette dysthymie accompagnée de plaintes douloureuses s'inscrivait dans une structure de personnalité marquée par des traits passifs et dépendants. Ce tableau ne justifiait pas, selon l'expert, d'incapacité de travail chez une assurée qui montrait des ressources personnelles préservées.

bb) Sur un plan médical strict, force est de constater que les conclusions circonstanciées et motivées du docteur D._____ rejoignent, en ce qui concerne la question de la capacité de travail de la recourante, celles qui avaient été faites par le Centre d'Expertise S._____.

cc) Le résultat n'est pas différent si on analyse la situation à la lumière de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). Certes convient-il d'admettre, à la lecture du rapport d'expertise, que la recourante présente des facteurs d'affaiblissement potentiels de ses ressources, tels que la durée de la symptomatologie douloureuse, la présence de problèmes psychosociaux importants ou l'existence de traits de la personnalité passifs et dépendants. On peine cependant à se convaincre que la problématique médicale de la recourante présente un degré de gravité fonctionnel important. Les observations cliniques rapportées par le docteur D._____ ne mettent pas en évidence des limitations importantes dans les fonctions de la vie quotidienne (absence de fatigue ; absence de ralentissement psychomoteur ; absence de comportement algique). Ce constat est corrélé par l'examen des thérapies suivies par la recourante. De même que l'absence de prise d'un traitement antidouleur contraste avec l'importance des douleurs alléguées par la recourante, l'absence d'un suivi thérapeutique intensif, que ce soit en termes de consultation (un rendez-vous par mois) ou de médication, ne s'accorde pas avec la gravité du diagnostic psychiatrique invoqué par le docteur H._____ (qui fait état d'un trouble dépressif récurrent). L'examen des interactions sociales de la recourante démontrent quant à elles qu'elle dispose de ressources mobilisables. A la lumière des explications données par la recourante, il y a en effet lieu de nier l'existence d'un retrait social important de la recourante dans toutes les manifestations de la vie. Même si elle peine à sortir de chez elle, elle entretient des relations étroites avec l'ensemble des membres de sa famille (son mari, ses enfants, sa petite-fille, ses frères), n'hésitant pas le cas échéant à faire de longs déplacements - en voiture ou en avion - pour aller à leur rencontre.

e) En l'absence d'avis médicaux susceptibles de jeter le doute quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise du docteur D._____, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

f) Au vu du tableau clinique mis en évidence par le docteur D._____ et des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale susceptibles d'influencer la situation de la recourante, il y a lieu au final de retenir que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité de type quasi sédentaire ne nécessitant pas de station statique debout prolongée) et que, partant, elle ne subit pas de perte de gain susceptible d'ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que celle-ci a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

d) Par décision du juge instructeur du 18 mai 2016, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et obtenu à ce

titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Catherine Merényi. Celle-ci a produit sa liste des opérations le 7 février 2019, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat.

Partant, pour la période du 6 mai 2016 au 31 décembre 2017, il convient de retenir 13 heures et 42 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 2'466 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 8 %, soit un montant de 2'663 fr. 30.

Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 7 février 2019, il convient de retenir 4 heures et 27 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 801 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7 %, soit un montant de 862 fr. 70.

A ces montants, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 100 francs (art. 3 al. 3 RAJ), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 107 fr. 70.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 3'633 fr. 70.

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Catherine Merényi est arrêtée à 3'633 fr. 70 (trois mille six cent trente-trois francs et septante centimes), TVA comprise.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité 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 Catherine Merényi, avocate (pour G. _____),
- 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 :