

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G._____, à H._____, recourante, représentée par Me Lionel Zeiter,
avocat à Prilly,

et

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

Art. 6 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. Née en 1962, G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), mère de deux enfants nés en 1997 et 2003, séparée depuis 2004, a exercé depuis 1995 diverses activités pour le compte de plusieurs employeurs entrecoupées de périodes de chômage. Elle est au bénéfice du revenu d'insertion depuis le 1^{er} janvier 2006. Une incapacité totale de travail est attestée depuis le 3 juillet 2013.

Souffrant d'une arthrose aux genoux et aux épaules, l'assurée a déposé en date du 14 février 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les rapports médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs W. _____, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 21 mars 2014) et N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 24 mars 2014). Etaient joints les courriers adressés par le Dr N. _____ au Dr W. _____ les 12 juin 2013 et 25 février 2014. Du point de vue somatique, l'assurée présentait essentiellement une gonarthrose débutante prédominante des compartiments fémoro-patellaires aggravée par un état d'obésité ainsi qu'une tendinopathie du sus et sous-épineux de l'épaule gauche. Une fibromyalgie était également diagnostiquée. Sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation ainsi qu'un état dépressif chronique étaient retenus.

Invité à se déterminer sur les pièces médicales au dossier, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume de la Dresse F. _____, spécialiste en chirurgie, a considéré que la situation médicale devait être éclaircie aux plans psychiatrique et somatique, de sorte que des investigations complémentaires s'avéraient nécessaires (avis du 8 juillet 2014).

Le 12 août 2015, l'office AI a chargé le Centre d'Expertise V._____ de J._____ de procéder à une expertise pluridisciplinaire comportant un examen de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie.

Dans leur rapport du 27 novembre 2015, les Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics incapacitants de « gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante, depuis 2012 » et de « tendinopathie discrète de la coiffe des rotateurs à gauche, depuis 2013 ». Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, une obésité sévère, un syndrome du côlon irritable à type de constipation ainsi que des céphalées de tension chronique. Tant d'un point de vue somatique que psychique, les médecins prénommés ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était complète en temps et en rendement dans des activités légères et exercées essentiellement en position assise.

Après avoir pris connaissance de cette expertise, la Dresse F._____ a déclaré, en date du 15 décembre 2015, qu'il n'y avait pas de motifs de s'écarter de ces conclusions.

Le 21 juin 2016, l'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage. Le rapport dressé en date du 1^{er} juillet 2016 faisait état d'une péjoration progressive de l'état de santé de l'assurée sous la forme d'une aggravation de ses douleurs au niveau des genoux irradiant jusqu'au bas du dos et aux talons accompagnées d'oedèmes quotidiens. L'assurée a également signalé avoir dû subir la veille de l'enquête un IRM en raison de fortes douleurs à la tête et à la nuque irradiant jusque dans les bras. Les médecins auraient évoqué une inflammation des muscles de la tête survenue deux mois auparavant. L'enquêtrice concluait à un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, les empêchements ménagers s'élevant à 46%.

Par projet de décision du 26 juillet 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que d'un reclassement au motif que le taux d'invalidité global qu'elle présentait, fixé à 9,2%, était inférieur au seuil, respectivement de 40% et 20%, ouvrant droit à ces prestations. En outre, des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'intéressée, sans préjudice économique significatif.

En date du 22 août 2016, l'assurée a contesté cette appréciation en invoquant divers problèmes de santé.

A la demande de sa patiente, le Dr W._____ a fait parvenir à l'office AI un courrier daté du 23 septembre 2016 dans lequel il mentionnait les diagnostics suivants : gonalgies bilatérales, état dépressif avec somatisations, obésité, état anxieux avec état de stress post-traumatique chronique, reflux gastro-oesophagien et céphalées tensionnelles.

Le 20 octobre 2016, l'office AI a rendu une décision aux termes de laquelle il entérinait son refus d'octroyer toutes prestations à l'assurée. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il indiquait que les éléments avancés en procédure d'audition avaient déjà été pris en compte dans l'appréciation de l'exigibilité médicale.

B. Par acte du 21 novembre 2016, G._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont elle a demandé, sous suite de frais et dépens, l'annulation, en ce sens qu'elle soit reconnue totalement invalide. Elle a reproché à l'office AI de ne pas avoir correctement tenu compte de ses limitations physiques au moment d'évaluer sa capacité de gain, faisant plus particulièrement fi de ses importantes céphalées. Son absence de formation constituait par ailleurs un obstacle pour trouver un emploi sur le marché équilibré du travail.

Tout en faisant remarquer que l'assurée n'avait pas critiqué les éléments fondant le calcul du préjudice économique, l'office AI a, dans sa réponse du 16 janvier 2017, relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR se fondaient sur les résultats de l'expertise réalisée par le Centre d'Expertise V._____, à laquelle il convenait d'accorder une pleine valeur probante. De plus, l'assurance-invalidité n'avait pas pour but de combler les lacunes de formation des assurés. Il a en conséquence conclu au rejet du recours.

En annexe à sa réplique du 7 février 2017, l'assurée a joint un rapport du 30 novembre 2016 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, dans lequel celui-ci indiquait suivre l'intéressée depuis le 31 août 2016 pour des céphalées tensionnelles, lesquelles apparaissaient souvent en relation avec des problèmes d'arthrose cervicale ou une tension musculaire trop haute se transmettant vers le crâne. Selon ce praticien, un état dépressif ou anxio-dépressif de même que des problèmes socio-familiaux étaient susceptibles de déclencher, aggraver, voire entretenir une telle symptomatologie malgré un traitement adéquat. Dans son écriture, l'assurée a fait remarquer que le Dr C._____ ne s'était pas exprimé quant à l'influence des céphalées sur sa capacité de travail de sorte qu'il convenait de procéder à une expertise complémentaire « afin d'obtenir une image complète et actuelle de la situation. »

Dupliquant en date du 28 février 2017, l'office AI a estimé, d'une part, que l'instruction médicale avait été menée de manière satisfaisante et, d'autre part, qu'il ne lui incombait pas de fournir une liste détaillée des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées par la recourante.

Par ordonnance du 29 juin 2017, le magistrat instructeur a demandé au Dr C._____ de lui faire parvenir l'ensemble des documents établis ou recueillis dans le cadre de la prise en charge de l'assurée.

En date du 10 juillet 2017, ce médecin a transmis (outre le rapport du 30 novembre 2016) le rapport dressé le 31 août 2016 ensuite

de l'examen neurologique pratiqué par ses soins le même jour. Il y faisait état de céphalées tensionnelles, dont la persistance en dépit de la prescription d'antalgiques paraissait évoquer la présence de céphalées médicamenteuses.

Dans ses déterminations du 10 août 2017, l'office AI a souligné que les rapports du Dr C._____ des 31 août et 30 novembre 2016 confirmaient les conclusions de l'expertise du Centre d'Expertise V._____, selon lesquelles, grâce à un suivi adéquat, l'assurée était en mesure de recouvrer une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Il lui incombait en outre d'améliorer sa capacité de gain en se sevrant totalement de tout antidouleur pendant une durée d'au moins un mois. Partant, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

Par pli du 22 août 2017, l'assurée a indiqué que, dans la mesure où le Dr C._____ prescrivait lui-même un anti-douleur, il était erroné de soutenir que sa situation pourrait s'améliorer en se sevrant d'un tel médicament. Ce médecin ayant par ailleurs mentionné qu'un état dépressif était susceptible d'aggraver la situation, elle a confirmé la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 26 septembre 2017, l'assurée a produit un rapport du Dr W._____ daté du 13 septembre précédent. Tout en rappelant que sa patiente avait fait l'objet de diverses investigations en relation avec les plaintes exprimées (douleurs articulaires, lombalgies, cervicalgies, fatigue), il déplorait qu'il n'en avait pas été de même s'agissant des céphalées présentes depuis de nombreuses années. A son avis, une réadaptation professionnelle était illusoire.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 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 ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les conditions de forme 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.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) 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).

c) 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).

4. a) Pour rendre leurs conclusions, les experts du Centre d'Expertise V._____ ont procédé à un examen clinique complet de la recourante sur les plans rhumatologique et psychiatrique.

aa) Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu que la recourante présentait principalement des gonalgies d'origine probablement dégénérative, lesquelles étaient aggravées par l'obésité et le déconditionnement, ainsi que des douleurs de l'épaule gauche (avec description en 2014 d'une tendinopathie modérée de la coiffe). Sur un plan fonctionnel, les problèmes de genoux entraînaient des limitations dans les positions debout prolongées, les travaux lourds, les escaliers et

les marches prolongées, tandis que les problèmes de l'épaule gauche entraînaient des limitations dans le port de charges avec le bras gauche et les mouvements répétés en élévation du membre supérieur gauche. Si une activité d'aide-cuisinière était trop lourde, la capacité de travail demeurait complète en temps et en rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité légère, plutôt assise, de type secrétariat.

bb) Sur le plan psychiatrique, les experts n'ont retenu la présence d'aucune affection psychiatrique, hormis un syndrome douloureux somatoforme persistant - avec description de douleurs diffuses au niveau des genoux, du dos et des épaules, ainsi que des douleurs abdominales - et une dysthymie. Le tableau clinique n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique particulière ; l'anamnèse ne faisait mention d'aucun épisode dépressif suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail par le passé et la recourante ne faisait l'objet d'aucun traitement psychotrope - hormis 1 mg de Temesta avant de se coucher - et d'aucun suivi psychiatrique. La recourante parvenait à faire des connaissances et disposait d'un réseau social tout à fait satisfaisant ; elle parvenait également à se mobiliser pour se rendre régulièrement dans son pays. Les capacités à se mobiliser au quotidien étaient en revanche difficiles à évaluer : même si la recourante parvenait à assumer ses tâches administratives, elle alléguait être empêchée d'effectuer ses activités ménagères en raison de ses douleurs et être aidée à ce titre. Selon les experts, les troubles psychiques n'étaient pas suffisamment sévères pour réduire les ressources internes. Il n'y avait notamment pas de trouble de la personnalité entraînant de possibles comportements dysfonctionnels et de restrictions sociales.

b) L'expertise pluridisciplinaire du Centre d'Expertise V. _____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts, dont l'indépendance n'est pas remise en cause, ont fondé leur rapport sur un examen clinique et paraclinique complet et ont 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 des rapports des Drs W._____ et N._____. La description de la situation et son appréciation sont claires.

c) Aucune pièce médicale versée au dossier ne justifie de s'écarter de l'expertise du Centre d'Expertise V._____. Le Dr W._____ n'avance aucun élément objectif susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise. Il est vrai que ce médecin, spécialiste en médecine interne générale, met en avant, dans sa prise de position du 13 septembre 2017, la présence d'atteintes à la santé relevant de la sphère psychiatrique, soit un état dépressif avec somatisation et un état de stress post-traumatique chronique. Ce faisant, il ne tient pas compte du fait que la recourante a fait l'objet d'une évaluation psychiatrique circonstanciée qui a écarté de tels diagnostics. Faute pour ce médecin d'expliquer les raisons pour lesquelles l'analyse opérée par les experts du Centre d'Expertise V._____ serait erronée, il n'y a pas lieu de donner suite à son invitation tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Par ailleurs, il n'y a rien à tirer des rapports établis par le Dr N._____ les 12 juin 2013 et 25 février 2014, dès lors qu'ils ne font que décrire la prise en charge thérapeutique des gonalgies et des douleurs aux épaules, sans prise de position quant à la question de la capacité de travail. Quant au caractère invalidant de la symptomatologie douloureuse présentée par la recourante, il convient de constater que les experts ont mis en évidence, sur la base des indicateurs définis par la jurisprudence (ATF 141 V 281), que la recourante avait conservé des ressources personnelles et adaptatives suffisantes pour une reprise d'activité.

d) La recourante allègue souffrir également de céphalées importantes. Dans le rapport d'expertise du Centre d'Expertise V._____, il est effectivement fait mention de céphalées tensionnelles, lesquelles n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. A la lumière des rapports médicaux établis par le Dr C._____ les 31 août et 30 novembre 2016, il y a lieu d'admettre que les céphalées se sont exacerbées à partir de la fin du mois de juin 2016 (« *La patiente me décrit de souffrir depuis 2 mois de maux de tête tous les jours et toute la journée* » ; voir également

le rapport d'enquête économique sur le ménage du 1^{er} juillet 2016). Dans l'hypothèse où il y aurait lieu d'admettre à compter de la fin du mois de juin 2016 une incapacité totale de travailler en raison des maux de tête - question qui peut demeurer en l'espèce indéterminée -, la requérante ne pourrait en tout état de cause prétendre à une rente de l'assurance-invalidité qu'à partir du mois de juin 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse du 20 octobre 2016. On ne saurait par conséquent faire le reproche à l'office intimé d'avoir rendu, sur la base des informations dont il disposait à ce moment-là, une décision de refus de rente. Ce nonobstant, il appartient à l'office intimé de prendre en considération ces nouveaux rapports médicaux et de les traiter comme une nouvelle demande. Aussi convient-il de renvoyer le dossier à l'office intimé afin qu'il examine la situation pour la période postérieure à la décision litigieuse.

5. La requérante conteste également le fait qu'il existerait sur le marché du travail des activités exigibles de sa part.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, *in* RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25

janvier 1989 consid. 4a, *in* RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, *in* VSI 1999 p. 246).

b) Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît exigible. Si l'âge de la recourante (54 ans lorsque la décision attaquée a été rendue), les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Abstraction faite d'une activité de type secrétariat mentionnée au cours de la procédure, le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle.

6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 20 octobre 2016 par l'office intimé 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 de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui

succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle 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) La recourante bénéficie néanmoins, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Lionel Zeiter (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par courrier du 1^{er} novembre 2017, Me Zeiter a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 13 heures, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]), soit 2'340 fr., à quoi s'ajoutent 200 fr. de débours, ce qui représente un montant total en faveur de Me Zeiter de 2'743 fr. 20, TVA au taux de 8% par 203 fr. 20 comprise.

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). Il incombera 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 20 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

VI. L'indemnité d'office de Me Lionel Zeiter est arrêtée à 2'743 fr. 20 (deux mille sept cent quarante-trois francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

VII. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Lionel Zeiter, avocat (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 :