

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2019

Composition : M. PIGUET, président
MM. Métral, juge, et Bonard, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C. _____, à R. _____, recourante, représentée par Me Guy Longchamp,
avocat à Assens,

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. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, est au bénéfice d'une patente de cafetier-restaurateur obtenue en 2006. De février 2009 à fin 2011, elle a exercé une activité indépendante au taux de 70% dans l'importation et le commerce de denrées alimentaires, en particulier d'huile d'olive. Parallèlement, elle a travaillé à 30% pour le compte d'un restaurant (service en salle).

Le 27 mai 2013, C._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a récolté diverses informations sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée, tout en versant au dossier les renseignements recueillis par l'assureur perte de gain. Y figurait notamment un rapport du 7 novembre 2011 de la Dresse D._____, psychiatre, dans lequel elle diagnostiquait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ayant entraîné une incapacité de travail totale du 1^{er} avril au 31 août 2011, puis de 50% entre le 1^{er} septembre et le 31 octobre 2011.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2013, la Dresse D._____ a posé pour seul diagnostic - sans effet sur la capacité de travail - celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en rémission. Elle a estimé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail et que l'activité de serveuse était exigible d'un point de vue psychiatrique. Sur le plan somatique, elle a signalé une opération des hémorroïdes le 10 mai 2012 ainsi qu'une hystérectomie le 29 avril 2013. Elle a également fait mention de problèmes au niveau des coudes.

Le 5 novembre 2013, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie viscérale, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI, dans lequel il a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de descente pelvienne avec rectocèle et cystocèle, mise en évidence lors

d'une déféco-IRM pratiquée le 25 juin 2013. Il a considéré que l'activité habituelle n'était provisoirement plus exigible et que la situation devait faire l'objet d'une évaluation ultérieure. Il a joint un rapport médical du 29 août 2013 établi à l'attention de la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant.

Dans un rapport du 27 décembre 2013 (date d'indexation), la Dresse B._____ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'importante descente pelvienne, d'épicondylite chronique du coude droit et de syndrome dépressif réactionnel. D'après ce médecin, la capacité de travail dans la profession de serveuse/commerçante était nulle depuis le 10 mai 2012. La reprise d'une activité professionnelle était envisageable, sans qu'une date précise puisse toutefois être avancée.

Ayant succédé à la Dresse D._____ dans le suivi psychiatrique de C._____, la Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé, le 11 avril 2014, un rapport médical à l'office AI. Elle y posait le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épisode dépressif moyen. En cas d'amélioration des symptômes cliniques, la capacité de travail pourrait être de 50% dans l'activité habituelle.

Dans un rapport du 21 mai 2014, le Dr P._____ a fait mention de l'intervention chirurgicale pratiquée le 5 février 2014 afin de corriger la descente pelvienne présentée par l'assurée. En relation avec les pathologies digestives, il a indiqué que l'incapacité de travail avait été de 100% jusqu'au 19 mars 2014, date à laquelle il avait renoncé à prolonger l'arrêt de travail.

Après examen des pièces médicales au dossier, le Dr J._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique, digestif et psychiatrique (avis du 26 août 2014).

Chargé par l'office AI de procéder à l'expertise de chirurgie digestive de C._____, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie viscérale, a déposé son rapport en date du 28 décembre 2016. Il a posé le diagnostic de constipation chronique. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, il a expliqué que l'intéressée somatisait sur la sphère anorectale un état dépressif, mais qu'il n'y avait objectivement aucune pathologie résiduelle qui justifiait une invalidité à ce niveau. L'ensemble des troubles était de type fonctionnel, sans aucune altération morphologique pouvant étayer une incapacité de travail.

En date du 6 avril 2017, le Centre d'Expertises N._____ a déposé son rapport en suite de l'expertise pluridisciplinaire de l'assurée des 23, 28 février et 9 mars 2017 pratiquée par les Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, G._____, spécialiste en rhumatologie et M._____, spécialiste en psychiatrie. Les experts ont retenu pour seul diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - celui de rupture transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec bursite d'accompagnement. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué treize pathologies relevant de diverses spécialités médicales (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et gynécologie). En ce qui concerne la capacité de travail, ils ont indiqué que l'activité de commerçante en huile d'olive n'était plus compatible avec l'état de l'épaule droite car elle nécessitait de porter et de charger des paquets d'environ 15 kg de façon répétée. L'activité dans la restauration était également déconseillée en raison de l'utilisation répétée du bras droit en élévation (porter des plateaux, servir, etc.). En revanche, dans une profession respectant ces limitations, la capacité de travail était de 100% sur le plan somatique depuis 2012/2013. Hormis une incapacité de travail de 100% puis de 50% en 2011, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable en lien avec une affection psychiatrique.

Ayant constaté que les experts ne se prononçaient pas sur le début de l'incapacité en activité habituelle ni sur le début de l'exigibilité d'une activité adaptée, la Dresse H._____, médecin au SMR, a rédigé une liste de questions à soumettre aux experts.

Dans leur rapport complémentaire du 21 juillet 2017, les experts du Centre d'Expertises N._____ ont expliqué que, sur le plan rhumatologique, il n'était pas possible de préciser une date concernant l'incapacité de travail liée à la pathologie de l'épaule. En effet, l'assurée souffrait depuis environ trois ans de douleurs de l'épaule droite en relation avec une périarthrite d'épaule, faisant remonter l'origine de cette affection aux années 2014/2015, période où elle était déjà en arrêt de travail. L'incapacité de travail était retenue surtout sur la base de la mise en évidence d'une déchirure transfixiante du sus-épineux à l'échographie du 9 mars 2017. Dès lors qu'il n'y avait pas anamnestiquement de période d'aggravation nette de ces douleurs à l'épaule droite, il n'était pas possible de savoir quand cette lésion de la coiffe était survenue. Sur le plan psychique, les experts estimaient que, selon l'anamnèse, il leur paraissait plus légitime de retenir des périodes d'incapacité de travail un peu plus courtes que celles figurant dans l'évaluation de la Dresse D._____ du 7 novembre 2011. Il en résultait une incapacité de travail de 100% du 1^{er} avril au 31 août 2011 puis de 50% du 1^{er} au 30 septembre 2011.

Dans un rapport du 28 juillet 2017, la Dresse H._____ a fait sienne l'appréciation des experts. Ayant retenu que l'atteinte principale à la santé était une tendinopathie de l'épaule droite, elle a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. En revanche, dans une activité adaptée excluant les mouvements répétés de l'épaule droite en élévation ou en abduction/adduction répétés ainsi que le port de charges répété, la capacité de travail était entière depuis 2014.

Par projet de décision du 18 décembre 2017, l'office AI a informé C._____ qu'il entendait lui dénier le droit à une rente d'invalidité. Sur le plan médical, il a retenu qu'elle présentait une incapacité de travail et de gain totale dans l'activité professionnelle habituelle depuis 2014. En revanche, sa capacité de travail dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites était entière dès 2014. Du point de vue économique, l'intéressée ne subissait aucun

préjudice, dès lors que le revenu d'invalidé auquel elle pouvait prétendre – fixé à 48'607 fr. 35 sur la base des salaires statistiques – était supérieur à celui réalisé avant son atteinte à la santé, lequel s'élevait à 47'313 fr. 67.

Le 1^{er} février 2018, C._____ a, par l'intermédiaire de son conseil, présenté des objections à l'encontre de ce projet. Contestant la capacité de travail retenue, elle a fait valoir que, compte tenu de son état de santé, elle ne pouvait excéder 50%. Il en résultait qu'elle n'était pas en mesure d'obtenir un revenu d'invalidé de 48'607 fr. 35.

En l'absence d'élément propre à justifier une modification de ses conclusions, la Dresse H._____ a maintenu sa position (avis du 2 mars 2018).

Par décision du 19 mars 2018, l'office AI a entériné son refus d'une rente d'invalidité, conformément à son projet du 18 décembre 2017.

B. Par acte du 7 mai 2018, C._____ a recouru contre la décision du 19 mars 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle a, pour l'essentiel, contesté la capacité de travail retenue, estimant qu'au vu de ses limitations fonctionnelles et des atteintes à la santé présentées, il était manifestement faux de lui reconnaître un salaire exigible final de 48'607 fr. 35 alors qu'elle percevait un revenu de 47'314 fr. dans son activité de restauratrice. Dès lors, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de ses troubles à la santé, le revenu d'invalidé ne devait pas excéder 24'000 francs. Comparé au revenu sans invalidité de 47'313 fr. 67, il en résultait une perte de gain de 23'313 fr. 67, d'où une perte de gain de 49%.

Dans sa réponse du 14 août 2018, l'office AI a proposé le rejet du recours.

Le 18 février 2019, l'assurée a produit diverses pièces médicales (courrier électronique de la Dresse V. _____ du 5 février 2019, rapports médicaux du Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 17 mai et 5 juin 2018 ainsi qu'un certificat médical du 4 février 2019 de la Dresse U. _____, spécialiste en médecine interne générale) faisant état d'une péjoration de son état de santé sur les plans physique et psychique. Elle en déduisait qu'il était manifestement faux de retenir une capacité de travail de 100%, respectivement une perte de gain nulle.

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; 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 ss 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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 demi-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) 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).

5. a) En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante avait retrouvé dès 2014 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce que l'intéressée conteste.

aa) En ce qui concerne la pathologie gastro-entérologique, le Dr P._____ a indiqué, dans son rapport du 29 août 2013, que la déféco-IRM du 25 juin 2013 avait mis en évidence une importante descente pelvienne avec présence d'une rectocèle, d'une cystocèle et d'une péritonéocèle avec ébauche de sigmoïdocèle. Il a précisé que la défécation n'était pas réussie. L'incapacité de travail de la recourante était totale

dans l'activité de cafetier-restaurateur car elle devait pouvoir aller aux toilettes à n'importe quel moment. Toute situation de stress décompensait sa situation digestive avec peu de temps disponible pour soi-même. De plus, elle devait avoir besoin de retrouver son calme aux toilettes pour que le mécanisme défécatoire fonctionne bien. A la suite de l'intervention chirurgicale du 5 février 2014, le Dr P._____ a constaté que l'évolution était favorable et que l'intéressée avait récupéré un mécanisme de défécation à peu près correct. Aussi a-t-il retenu une incapacité de travail post-opératoire totale jusqu'au 19 mars 2014, date à laquelle il a renoncé à prolonger l'arrêt de travail (cf. rapport du 21 mai 2014). Tel est également l'avis du Dr S._____ selon lequel l'ensemble des troubles est de type fonctionnel, sans aucune altération morphologique pouvant étayer une incapacité de travail (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2016).

bb) Sur le plan rhumatologique, il ressort du rapport d'expertise complémentaire du 21 juillet 2017 que la recourante présente depuis 2014/2015 une rupture transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite qui, si elle l'empêche d'exercer son activité habituelle, ne constitue pas un obstacle à l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles n'impliquant pas de contraintes de charges ni de mouvements répétés du membre supérieur droit. Les experts du Centre d'Expertises N._____ ont par ailleurs relevé que l'intéressée décrivait une évolution favorable de l'épicondylite du coude droit depuis 2009/2011. Si des douleurs épisodiques persistaient toutefois, elles étaient peu gênantes et rapidement soulagées grâce à la prise d'antalgiques. L'intéressée confirmait que ses coudes n'entraînaient aucune gêne dans les activités de la vie quotidienne, que ce soit la préparation des repas ou le ménage. A l'issue de leur examen clinique, les experts ont estimé qu'il était vraisemblable que la recourante souffrait également de troubles dégénératifs au niveau de la charnière lombo-sacrée particulièrement au niveau des facettes articulaires en raison d'une certaine cambrure du bas du dos. Cependant, ces douleurs lombaires n'entraînaient pas de gêne dans les activités de la vie quotidienne pas plus qu'elles ne constituaient un handicap significatif à l'exercice de l'activité professionnelle.

cc) En ce qui concerne la pathologie psychique, les experts du Centre d'Expertises N._____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en rémission, expliquant pour quels motifs ils écartaient le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par la Dresse V._____ dans son rapport du 11 avril 2014. Ils ont constaté que l'anamnèse de même que l'examen clinique ne retrouvaient pas d'organisation pathologique de la personnalité et que l'examen psychiatrique était dans les limites de la norme. D'après eux, la dégradation de la situation de la recourante était davantage liée à une détérioration de ses conditions sociales et économiques qu'à des limitations fonctionnelles en lien avec un diagnostic psychiatrique. L'intéressée disposait de ressources, pouvait s'adapter, s'organiser, prendre des décisions et respecter un cadre. Elle était au surplus rationnelle et autonome au quotidien. Ayant constaté que leur appréciation clinique rejoignait celle de la Dresse D._____, ils ont confirmé l'incapacité de travail totale retenue par ce médecin entre le 1^{er} avril et le 31 août 2011, tout en estimant que l'anamnèse justifiait de retenir une incapacité de travail de 50% du 1^{er} au 30 septembre 2011 et non jusqu'au 31 octobre 2011. Depuis le 30 septembre 2011, il n'y avait pas d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles et le rendement était complet.

d) Dans la mesure où le courrier électronique de la Dresse V._____ du 5 février 2019, les rapports du Dr Q._____ des 17 mai et 5 juin 2018 ainsi que le certificat médical de la Dresse U._____ sont postérieurs à la décision attaquée, il n'y a pas lieu de les prendre en considération dans le cadre de la présente procédure (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Au demeurant, ces médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'intéressée.

e) Sur le vu de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que la recourante dispose depuis le 20 mars 2014 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

f) Cela étant, au regard de la pleine capacité de travail présentée par la recourante, le calcul du revenu d'invalidé doit s'effectuer en fonction d'une capacité de travail de 100% et non pas, comme elle le prétend, d'une capacité de travail de 50%. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, qui n'est pas contestée pour le surplus.

g) Ainsi, l'intimé était fondé à considérer que les conditions pour l'ouverture du droit à une rente de l'assurance-invalidité n'étaient pas réunies et, partant, à nier le droit à une telle prestation.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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 (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Guy Longchamp avec effet au 7 mai 2018 (décision du magistrat instructeur du 2 juillet 2018). Le 18 février 2019, Me Longchamp a produit sa liste

d'opérations faisant état de 16 heures et 20 minutes de prestations d'avocat ainsi que de 21 fr. 60 de débours pour la période comprise entre le 17 janvier 2018 et le 18 février 2019. Cette liste a été contrôlée au regard de la présente procédure et doit être réduite pour les motifs suivants.

aa) D'une part, il convient de retrancher les opérations effectuées durant la période antérieure au 7 mai 2018, celle-ci ne faisant pas l'objet de la décision du 2 juillet 2018, ce qui représente 5 heures. D'autre part, il y a lieu d'admettre que les courriels adressés à la recourante le même jour qu'une lettre envoyée à la Cour de céans constituent une copie de ce même courrier. Il s'agit des courriels envoyés les 7 mai, 22 juin et 26 juin 2018 ainsi que les 8 et 18 février 2019. De tels envois représentent des charges relevant du secrétariat, lesquelles font partie des frais généraux couverts par le tarif de 180 fr. de l'heure prévu par l'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). Il se justifie dès lors de retrancher 42 minutes à ce titre. Il y a ainsi lieu de retenir une durée totale de 10 heures et 38 minutes.

bb) L'indemnité d'honoraires s'élève donc à 1'914 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7% par 147 fr. 35, ce qui représente un montant total de 2'061 fr. 35.

cc) A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ), avec TVA au taux de 7,7% en sus, soit 103 fr. 05.

dd) L'indemnité globale en faveur de Me Longchamp doit donc être fixée à 2'164 fr. 40.

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RSV 272], applicable par renvoi

de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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 19 mars 2018 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 Guy Longchamp est arrêtée à 2'164 fr. 40 (deux mille cent soixante-quatre francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- 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 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 Guy Longchamp, avocat (pour C._____),
- 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 :