

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère de deux filles nées en 2008 et 2020 de deux unions, d'une première union, titulaire d'un CFC de vendeuse, travaille en qualité de dégustatrice auprès de [...] à concurrence de 7 heures par semaines.

Le 8 juin 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'une dépression existant depuis environ 2009.

Le Dr [...], médecin traitant, a indiqué le 27 juin 2016 à l'OAI que sa patiente souffrait d'un problème psychiatrique et renvoyé l'Office à la Dre Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Aux termes du formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » complété le 1<sup>er</sup> juillet 2016, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 100 %.

Dans un rapport du 18 juillet 2016, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, (F33.1) existant probablement depuis 2008, de trouble anxieux phobique (F40.9) existant depuis l'enfance ou l'adolescence, de trouble de la personnalité, du registre psychotique, (F60.9) existant depuis la fin de l'adolescence, et de trouble du comportement alimentaire (DD anorexie) existant depuis début 2015. La psychiatre a précisé suivre l'assurée depuis le 4 avril 2011. Elle a expliqué que, sur un plan médicamenteux, l'intéressée avait bénéficié avec plus ou moins de succès de différents antidépresseurs mais qu'elle avait décidé d'arrêter deux ans auparavant et qu'elle restait très déterminée sur ce point. Professionnellement, l'assurée avait occupé des postes de vendeuse mais avait été en incapacité partielle et totale de travail. Elle avait ensuite été en recherche d'emploi, mais toujours avec une incapacité de travail attestée de 50 %.

Depuis 6 mois, elle travaillait comme dégustatrice chez [...] à un petit pourcentage. Selon son état, elle se sentait régulièrement débordée et peu efficace dans son travail. La Dre Q.\_\_\_\_\_ a précisé que les incapacités de travail avaient été de 100 % entre le 11 janvier et le 28 février 2013, de 60 % entre le 19 août et le 8 octobre 2013, de 100 % entre le 9 octobre 2013 et le 31 juillet 2014 et de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2014. Elle a indiqué que, du point de vue médical, l'activité exercée était toujours exigible, sans diminution de rendement, au taux maximum de 50 % depuis deux ans. Elle a posé les conclusions suivantes :

« Tableau d'une personnalité fragile, au fonctionnement fluctuant entre divers registres, passablement démunie, comme non inscrite dans un contexte, une temporalité, une causalité, renvoyant à une structure psychotique. Elle dispose de peu de ressources défensives, luttant activement surtout avec des raccrochages à la réalité pour essayer de la comprendre et de la contrôler, pour faire face à un fond dépressif et à beaucoup d'angoisses flottantes : angoisse de perte d'intégrité corporelle, de manque de repères et de vide, ainsi que des angoisses du registre persécutoire (méfiance, humiliation, maltraitance, tromperie), une angoisse de séparation et de perte d'objet à coloration anéantissante aboutissant à une tendance au repli et à des idées de mort qui affleurent de temps à autres. Mme G.\_\_\_\_\_ est une personne qui a été confrontée jeune à un vécu lourd, a dû être très carencée au niveau affectif, pour qui la relation, la vie en général comprennent des aspects effrayants et chez qui l'affect dépressif est encore bien présent, parfois d'allure quasi mélancolique ».

Il ressort d'une note d'entretien du 13 janvier 2017 de l'OAI avec la Dre Q.\_\_\_\_\_ ce qui suit :

« Nous demandons à la Dresse Q.\_\_\_\_\_ à quoi correspond la capacité de travail de max. 50% qu'elle a indiqué[e] dans son rapport médical. Elle nous répond que ce taux correspond aux ressources de l'assurée pour son travail et pour ses responsabilités familiales.

Selon la Dresse Q.\_\_\_\_\_, l'activité que l'assurée exerce comme dégustatrice (8 heures par semaine réparties sur 4 jours de la semaine) est le maximum que l'on peut exiger de l'assurée.

Lors de la dernière consultation (le 19 décembre 2016), le médecin a trouvé que Mme G.\_\_\_\_\_ allait moins bien que les mois précédents. Le médecin se rend compte qu'à la moindre difficulté, l'assurée est déstabilisée.

A ce jour, il n'est pas souhaitable [de] proposer à l'assurée des mesures de réinsertion pour des raisons de santé ».

Dans un rapport du 22 mai 2017, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

**« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?**

Trouble dépressif récurrent, épisode récent moyen (F33.1)

Trouble anxieux phobique (F40.9)

Trouble de la personnalité, du registre psychotique (F60.9)

Trouble du comportement alimentaire (DD anorexie)

**2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?**

L'état psychique s'est aggravé en décembre dernier avec un nouvel épisode dépressif dont l'évolution est lente. Par ailleurs, de nombreux symptômes, sont présents en continu et la limitent dans sa vie quotidienne : phobies, notamment du monde médical, indécision même pour des choses sans importance, difficulté à hiérarchiser les priorités, se perd dans les détails. Un trouble du spectre de l'autisme a été diagnostiqué chez sa fille, ce qui nécessite une prise en charge importante et un investissement de la patiente, entraînant fatigue et angoisses. Elle est constamment à la limite de ses forces psychiques.

**3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?**

L'activité professionnelle actuelle (dégustation de café) de 8 heures par semaine représente la capacité de travail maximale exigible à long terme, compte tenu qu'elle doit aussi s'occuper de sa fille. Ceci depuis au moins décembre 2016.

**4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?**

La capacité de travail ne dépend pas de l'activité.

**5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?**

Fatigabilité, intolérance au stress, à la surcharge ou à la pression. Lenteur liée à sa difficulté à prendre des décisions, à sa tendance à se perdre dans les détails. Tendance au retrait social, manque de confiance.

**6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?**

100% du 11.01.13 au 28.02.13

60% du 19.08.13 au 08.10.13

100% du 09.10.13 au 31.07.14

50% du 01.08.14 au encore en cours

NB : la capacité de travail de 50% inclut l'activité professionnelle, les soins à sa fille ainsi que la gestion du ménage.

**7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?**

Suivi médico-psychiatrique mensuel de soutien.

Ergothérapie hebdomadaire visant la diminution des symptômes psychiques et le développement d'interactions sociales.  
Pas de médication psychotrope. La patiente est très angoissée face aux possibles effets secondaires des médicaments ».

Dans un avis médical du 27 juin 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que la situation médicale de l'assurée n'était pas claire. Le traitement médical léger mis en place lui paraissait en effet peu cohérent avec l'importance et la gravité de la symptomatologie rapportées. En outre, l'évolution et la gravité de la situation étaient en décalage avec le contenu de certains documents produits par l'assurée à l'appui de sa demande de prestation tels ses certificats de travail ou une ordonnance de mesures protectrices de l'union conjugale. Le médecin a dès lors préconisé la mise en place d'une expertise psychiatrique, qui a été confiée à la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès de R.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport d'expertise du 4 avril 2018 auquel étaient annexés un résumé du dossier médical de l'assurée ainsi qu'un questionnaire médical rempli par cette dernière, la Dre E.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué :

« II.2.a.1 Examen psychiatrique

[...] Il n'est pas noté le jour de l'expertise de trouble de l'attention ou de la concentration. Elle a du mal avec les dates et s'emmêle les pinceaux. [...]

Il n'est pas noté le jour de l'expertise de ralentissement psychomoteur, d'aboulie, de tristesse de l'humeur, ni de symptôme en lien avec une symptomatologie d'ordre dépressif. Il n'y a pas de signe de la série psychotique. Il n'est pas noté le jour de l'entretien de symptôme d'ordre obsessionnel, ni sur le plan idéique, ni sur le plan moteur.

Il est noté des traits de personnalité particuliers évoluant depuis l'enfance, la personne assurée ayant besoin de tout contrôler. Elle semble sensitive et interprétative, ce qui explique la tendance de la personne assurée à procrastiner, à douter et à hésiter, ce qu'elle décrit comme des « obsessions ». [...]

**II.2.b Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé**

II.2.b.1 Épïcrise : observations et conclusions médicales

[...]

Le jour de l'expertise, il n'est pas constaté de symptomatologie psychiatrique limitante.

Les symptomatologies d'allure dépressive récurrente sont totalement inexistantes.

Les traits de personnalité d'allure psychotique sont peu repérables le jour de l'entretien au vu de la capacité fonctionnelle de la maman qu'elle est, de son organisation pour la prise en charge de sa fille et de toutes les problématiques de santé que cette dernière présente.

[...]

### **II.2.c Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)**

Des facteurs étrangers à l'invalidité n'ont pas été pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail. Seules les limitations fonctionnelles ci-dessous ont été considérées :

Le jour de l'expertise, il n'est pas noté de limitation particulière.

La personne assurée est dynamique. C'est une femme forte, une maman très responsable qui fait tout ce qu'il faut pour fonctionner normalement.

Il n'y a pas de déficience intellectuelle, de problème de formation, ni de facteur socioculturel à retenir le jour de l'expertise. Les problèmes socio-économiques et environnementaux sont au premier plan.

[...]

### **II.2.g Analyse détaillée de la personnalité actuelle de la personne assurée et de son évolution**

Son comportement face à la maladie est exagéré.

Le sens de la réalité et la capacité de jugement sont tout à fait corrects. Elle est mère d'une fille qui a des difficultés et s'en occupe parfaitement. Elle est apte à gérer cette situation.

La capacité relationnelle est correcte.

L'aptitude à nouer des contacts est bonne.

La gestion de l'affect est correcte.

La faculté de contrôle des impulsions est peu correcte, la personne assurée ayant besoin de tout contrôler et pouvant se mettre dans un état de colère.

L'estime de soi est haute.

L'intentionnalité et le dynamisme sont très paradoxaux car elle n'a pas l'intention de reprendre une activité quelle qu'elle soit. Elle s'autolimité par rapport à sa capacité de travail. En même temps, elle se dit très préoccupée par l'état de santé actuel de sa fille et la nécessité de soins dont elle a la charge.

[...]

## **II.3 Diagnostics**

**II.3.a Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail**

Aucun.

**II.3.b Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail**

Aucun

[...]

**II.5 Cohérence**

**II.5.a Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialisations médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de la personne assurée**

Il y a une incohérence entre l'intentionnalité et le dynamisme car elle n'a pas l'intention de reprendre une activité quelle qu'elle soit. Elle s'autolimite par rapport à sa capacité de travail. En même temps, elle se dit très préoccupée par l'état de santé actuel de sa fille et la nécessité de soins dont elle a la charge, en plus des préoccupations liées au divorce.

**II.5.a.1 Commentaires sur le dossier médical reçu**

Il n'y a pas d'expertise médicale antérieure.

Il y a une grande divergence entre les diagnostics de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et l'examen de ce jour :

Un diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.1) n'est pas retenu le jour de l'évaluation car les critères diagnostics de ce trouble ne sont pas retrouvés. La personne assurée présente des traits de personnalité de type contrôlant et sensitif. Elle vit une situation réactionnelle à sa problématique de couple. Ceci pourrait être retenu comme étant un trouble de l'adaptation passager. La personne assurée n'a pas pris de traitements médicamenteux, ce qui corrobore la non présence de ce type de diagnostic (F33.1).

Les troubles anxio-phobiques (F40.9) ne peuvent pas être retenus. Il s'agit d'un diagnostic qui se pérennise dans le temps et se chronicise, surtout sans traitement médicamenteux. Or, aucun des critères diagnostics de ce trouble n'est relevé le jour de l'entretien.

L'anorexie, ne peut pas être retenue. Il s'agit d'un diagnostic de trouble du comportement alimentaire bien spécifique. La personne assurée dit avoir peu de moyens financiers, manger parfois peu et pouvoir perdre beaucoup de poids, comportement qui peut souvent être décrit dans les profils de personnalité contrôlante.

Le diagnostic de trouble de la personnalité (F60.9) n'est pas retenu devant le descriptif de l'histoire personnelle de la personne assurée. Elle présente un profil de personnalité à la fois contrôlant, sensitif, anxieux et anankastique, tout cela regroupé dans le cadre de traits de personnalité pathologique, mais n'entrant pas dans le cadre d'un trouble structuré de la personnalité. Les critères diagnostics ne sont pas remplis et ce diagnostic n'est donc pas retenu.

Ses difficultés d'adaptation, les périodes de détresse psychologique, le côté obsessionnel et anankastique, les pertes de poids, les inquiétudes au travail, les difficultés de gestion du stress et les troubles remontant à son enfance peuvent expliquer différents symptômes relevés au cours de l'anamnèse en raison des traits de personnalité sensitifs et contrôlants. Par contre, son fonctionnement actuel est tout à fait adéquat. Elle peut s'occuper de son enfant au quotidien et gérer son ménage malgré toutes ses plaintes. Des traits de personnalité particuliers et pathologiques ne représentent pas un facteur limitant de la capacité de travail. Une diminution de la capacité de travail comme mentionné dans le rapport du 22.05.2017 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ (la capacité de travail de 50% inclut le travail, les soins donnés à sa fille et la gestion du ménage) n'est par conséquent pas justifiée.

[...]

## **II.6.b Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

### II.6.b.1 Rétrospectif

Le jour de l'expertise, il n'est pas retenu de diagnostic qui pourrait justifier une incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail a toujours été de 100%.

### II.6.b.2 Actuel

A la date de l'expertise, la capacité de travail est de 100%.

### II.6.b.3 Evolutif/Pronostic

Le pronostic est bon, à condition que la personne assurée puisse envisager de ne pas s'autolimiter.

## **II.6.c Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée**

### II.6.c.1 Rétrospectif

La capacité de travail a toujours été de 100%.

### II.6.c.2 Actuel

La capacité de travail est de 100% ».

Dans un avis médical du 24 avril 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé et qu'elle disposait d'une entière capacité de travail, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par décision du 25 juin 2018, confirmant un projet du 26 avril 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée. Il a considéré que celle-ci ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante et qu'aucun élément objectif n'indiquait que sa capacité de travail soit limitée.

**B.** Par acte du 23 août 2018, G.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que soit constaté son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. La recourante a fait valoir que, comme l'avait relevé sa psychiatre traitante, elle ne disposait pas d'une capacité de travail supérieure à 50 %.

Par ordonnance du 27 août 2018, la juge instructrice a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 août 2018 et l'a exonérée d'avances et de frais judiciaires.

Par réponse du 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 26 novembre 2018, la recourante a persisté dans ses précédents moyens et conclusions. Elle a également produit :

- un rapport de la Dre Q.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2018 se plaignant du contenu lacunaire de l'expertise. La psychiatre relevait que l'examen psychiatrique n'avait duré qu'une heure et cinq minutes et que le rapport avait été rédigé en ne considérant que la situation de l'assurée au jour de cet examen sans tenir compte de l'historique ou des éléments anamnestiques fournis par ses rapports à l'OAI. La Dre

Q.\_\_\_\_\_ a également maintenu les diagnostics qu'elle avait précédemment posés. Elle a ainsi indiqué que l'assurée avait présenté plusieurs épisodes dépressifs de gravité moyenne à sévère justifiant le diagnostic de trouble dépressif récurrent selon les critères de la CIM 10. La psychiatre a également relevé que l'assurée présentait une phobie spécifique du monde médical somatique, en particulier des actes médicaux, et qu'elle souffrait, dans ces situations, d'une anxiété paralysante et de symptômes physiques allant jusqu'au malaise. L'assurée montrait régulièrement des symptômes de phobie sociale ainsi qu'une anxiété chronique importante vis-à-vis de toutes les décisions à prendre, importantes comme anodines. Ces symptômes permettaient de retenir l'existence d'un trouble anxieux phobique que leur absence à la date de l'expertise ne suffisait pas à exclure. La Dre Q.\_\_\_\_\_ a expliqué avoir posé le diagnostic de trouble de la personnalité, du registre psychotique, à l'issue de tests psychologiques effectués au début de son suivi. Ces tests démontraient clairement une structure psychotique ce qui signifiait qu'il existait une importante fragilité psychique constitutive. Le diagnostic se fondait ainsi sur ces tests et l'ensemble des traits de personnalité observés. La psychiatre a encore indiqué qu'elle ne retenait plus le diagnostic de troubles du comportement alimentaire au jour de son rapport. Elle a également relevé que sa patiente donnait bien le change et que derrière des ressources de surface - telles de bonnes capacités à s'exprimer, une bonne mémoire, des descriptions avec de nombreux détails - il y avait lieu de relever, en lien avec des co-morbidités psychiatriques, des limitations fonctionnelles se retrouvant dans tous les domaines de la vie, au niveau privé ou professionnel. L'assurée avait ainsi la sensation d'être débordée au moindre stress, à la moindre surcharge. Elle souffrait de panique et perdait ses moyens et ses capacités à réfléchir. Elle présentait une tendance à la méfiance ainsi qu'un fort besoin de contrôle, s'épuisant dans ces comportements ainsi que dans des ruminations obsessionnelles et de perpétuelles hésitations, d'où une grande fatigabilité. L'assurée présentait également une tendance au repli social. La Dre

Q.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu que, de son point de vue, la capacité de travail de l'assurée était clairement limitée à 50 %, et même très vraisemblablement inférieure ;

- un rapport d'évolution concernant l'ergothérapie adressé le 30 janvier 2018 par la Dre Q.\_\_\_\_\_ à la [...], assureur-maladie de l'assurée, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), de trouble anxieux phobique (F40.9) et de trouble de la personnalité (F60.9).

Le 24 janvier 2019, l'OAI s'est déterminé en produisant un avis du SMR du 3 janvier 2019. Aux termes de cet avis, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que le rapport du 14 novembre 2018 de la Dre Q.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément significatif nouveau sur le plan médical. Il a estimé que le maintien par la psychiatre traitante de ses diagnostics précédemment émis et réfutés par l'experte-psychiatre constituait une appréciation différente d'un même état de fait et que tous les éléments pertinents avaient été examinés à l'occasion de l'expertise. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a encore relevé que l'examen opéré par l'experte s'était déroulé sur une durée suffisante.

**C.** Le 29 octobre 2019, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont elle a confié la réalisation au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 18 septembre 2020, l'expert a posé les diagnostics de dysthymie, dépression anxieuse persistante (F34.1), existant depuis 2010, et d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1), existant probablement depuis l'adolescence. Le spécialiste a estimé que l'expertisée présentait une pleine capacité de travail au plan psychique. A l'appui de son évaluation, il a notamment retenu ce qui suit :

« *Constatations psychiatriques :*

Malgré une chronologie souvent approximative, surtout lors de la première séance d'examen, Mme G.\_\_\_\_\_ reconstruit suffisamment bien son anamnèse et donne souvent des informations détaillées, également avec des dates exactes. Je n'ai pas objectivé de troubles majeurs de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement ou d'agitation au plan psychomoteur chez une

expertisée qui accompagne ses propos parfois de gesticulations vives. Pendant les deux séances d[...]examen d'une durée de 180 minutes, je n'ai pas objectivé de signe de manque d'énergie ou de fatigue.

L'humeur est euthymique à la base avec des moments d'abaissement lorsque Mme G.\_\_\_\_\_ aborde le vécu avec son ex-mari. A ces moments, elle se montre légèrement dysphorique, notamment quand elle exprime son sentiment d'incompréhension et d'injustice concernant son ex-mari. L'humeur s'allège dès que des thèmes neutres ou positifs sont abordés, comme la bonne entente avec son mari actuel ou son plaisir de s'occuper de ses enfants, notamment d'accompagner sa fille aînée, et de passer des vacances en [...]. Authentique lorsqu'elle aborde son intérêt pour certaines émissions de TV, la peinture, la lecture ou des visites de musées, elle se montre souriante à plusieurs reprises. Lors de la deuxième séance d'examen, elle laisse apparaître un sens de l'humour en faisant de petites plaisanteries, par exemple à l'exploration de sa vie sentimentale. Mme G.\_\_\_\_\_ nie clairement d'idée noire ou suicidaire dans le passé et le présent ainsi que de tentative de suicide. Elle ne présente pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'une dépression majeure.

Sur le plan anxieux, Mme G.\_\_\_\_\_ ne présente pas symptôme objectivable d'un sentiment permanent d'angoisses entraînant une incapacité à se détendre en faveur d'une anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Elle ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie. Les traits anxieux présents lorsque Mme G.\_\_\_\_\_ aborde le vécu avec son ex-mari ainsi que ses difficultés lors de situations de stress et de surcharge restent relativement discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

Mme G.\_\_\_\_\_ s'exprime avec un discours fluide et riche qui devient parfois débordant et circulaire, notamment lors de la première séance d'examen, avec une tendance à se perdre dans des anecdotes afin d'expliquer son vécu, tout en restant toujours adéquate. Acceptant sans difficulté les interventions afin de structurer l'entretien, elle partage bien le focus d'attention pendant tout l'examen. Je n'ai pas objectivé de symptôme de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'une décompensation psychotique.

L'intelligence de Mme G.\_\_\_\_\_ lui permet de bien comprendre les enjeux de l'examen. En l'absence d'une plainte principale de douleurs d'une expertisée qui décrit des céphalées occasionnelles sous stress qu'elle gère avec la prise de Dafalgan® environ deux fois par mois, elle ne présente pas de comportement algique manifeste à l'examen. Mettant en avant sa sensibilité au stress et des angoisses, elle présente un tableau clinique incompatible avec un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Mme G.\_\_\_\_\_ présente une structure de personnalité marquée d'une labilité et hyper-expressivité émotionnelle dans le cadre d'une sensibilité aux blessures narcissiques, ce qui ne veut pas dire trouble de la personnalité. Je n'ai pas objectivé de trouble de la personnalité morbide.

## **7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc. discussion des chances de guérison.**

[...]

Par conséquent, les éléments objectivables de l'anamnèse de Mme G.\_\_\_\_\_ et des examens contrastent avec une perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence, comme demandée pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

Cette différence d'appréciation avec la psychiatre traitante, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, semble s'expliquer par l'importance accordée aux éléments subjectifs, comme les plaintes de Mme G.\_\_\_\_\_ concernant un épuisement et des difficultés relationnelles. Or, ces plaintes montrent des incohérences manifestes avec des éléments objectivables mis en évidence par l'exploration des activités quotidiennes ou les observations. Par contre, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ base son diagnostic d'un trouble de la personnalité sur une évaluation psychologique de Mme [...] utilisant des tests projectifs, comme le test de Rorschach conçu en 1921. Ce test consiste en une série de planches graphiques présentant des tâches symétriques a priori non figuratives qui sont proposées à la libre interprétation de la personne évaluée. L'autre test utilisé par Mme [...] en 2011 est le TAT, Thematic Apperception Test de 1943, qui consiste à demander au candidat de raconter une histoire à partir d'une image. Dans le cas de ces deux tests, l'analyse du récit, respectivement des réponses, sert à évaluer la personnalité. Or, le test de Rorschach et le TAT font l'objet de nombreuses critiques et controverses, car des recherches psychométriques ne permettent pas à démontrer la validité de ces tests impliquant un risque manifeste aux faux positifs en diagnostiquant des individus sains comme déviants. Comme leur caractère subjectif rend hasardeux l'interprétation de ces tests, leur utilisation a presque disparu de la recherche scientifique et il est indiqué de les utiliser avec prudence à cause de leur valeur diagnostique limitée. Toutefois, ces tests ne permettent pas d'établir le diagnostic d'un trouble de la personnalité, qui doit s'appuyer sur les critères d'une classification reconnue, comme la CIM-10.

Dans le cas de Mme G.\_\_\_\_\_, les éléments objectivables de son anamnèse et des examens contrastent avec les critères diagnostiques de la CIM-10 ou de la DSM-V, mais correspondent à l'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, expliquant également les observations de Mme [...] en 2011. N'ayant pas de valeur de maladie, cette accentuation de certains traits de personnalité de Mme G.\_\_\_\_\_ favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de problèmes sortant du champ médical. En effet, Mme G.\_\_\_\_\_ rencontre des difficultés sur le marché du travail à cause des besoins de sa fille souffrant d'un autisme, notamment dans le cadre de la garde exclusive pour son enfant, après la séparation d'avec son premier mari fin 2011. Dans ce cadre, elle met en avant des plaintes dramatiques mais incohérentes contrastant par exemple avec sa capacité d'organiser ses journées en fonction des besoins de ses enfants, d'assurer seul[e] les tâches ménagères et de s'occuper des finances de la famille ainsi que de la correspondance, entre autres pour son mari. Sans signe de simulation, ces incohérences incompatibles avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie évoquent une tendance de Mme G.\_\_\_\_\_ à la dramatisation en lien

avec son hyper-expressivité émotionnelle. Dans ce cadre, les plaintes de Mme G.\_\_\_\_\_ ne motivent pas non plus de mise à contribution d'options thérapeutiques correspondant à un trouble psychique majeur. Cependant, les plaintes de Mme G.\_\_\_\_\_ semblent maintenues par des bénéfices secondaires, comme des prestations financières et le soulagement de l'obligation par l'aide sociale de chercher un travail à un taux au-dessus de 20 % pour mener une vie organisée en fonction de sa préférence pour son rôle de mère.

En faisant abstraction des plaintes incohérentes de Mme G.\_\_\_\_\_, l'exploration de ses activités quotidiennes et sociales ainsi que les éléments objectivables des examens psychiatriques mettent en évidence des ressources personnelles préservées d'une expertisée qui continue à mener une vie autonome et active. Par conséquent, l'effort à surmonter les symptômes affectifs légers dus à sa dysthymie afin de reprendre un travail, par exemple en qualité de vendeuse, reste raisonnablement exigible à 100 % au plan psychique.

### **7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité**

L'accentuation de certains traits de personnalité de Mme G.\_\_\_\_\_ favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de problèmes sortant du champ médical. [...]. Sans signe de simulation, ces incohérences incompatibles avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie évoquent une tendance de Mme G.\_\_\_\_\_ à la dramatisation en lien avec son hyper-expressivité émotionnelle. Dans ce cadre, les plaintes de Mme G.\_\_\_\_\_ ne motivent pas non plus de mise à contribution d'options thérapeutiques correspondant à un trouble psychique majeur.

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Mme G.\_\_\_\_\_ fait preuve de ressources d'adaptation lui permettant de suivre avec succès sa scolarité obligatoire, malgré l'absence de soutien par ses parents maîtrisant peu le français, avant de surmonter un échec aux examens finaux de son apprentissage de vendeuse qu'elle termine avec un CFC. Sans soutien par ses parents décrits comme dépassés par la vie en Suisse, elle affronte des expériences d'exclusion sociale, notamment des moqueries et harcèlements à l'école, et poursuit sa scolarité. En effet, elle explique un seul redoublement à l'école enfantine ou à l'école primaire par ses difficultés de langue car elle ne parle pas le français au début de sa scolarité en vivant de manière isolée avec ses parents qui limitent leurs contacts à la communauté [...] en Suisse. Néanmoins, elle surmonte sa timidité et son sentiment de gêne face à autrui, par exemple pour s'engager dans une première relation amoureuse à l'âge de 15 ans. A 16 ans, elle explique sa décision de mettre un terme à sa deuxième relation sentimentale par le manque d'expérience et la timidité de son partenaire. Après plusieurs relations sentimentales avec des partenaires d'origines différentes qu'elle doit cacher à ses parents, elle se réjouit de son autonomie à l'âge de 19 ans, selon ses propres dires, et s'engage dans une relation conjugale décrite comme positive au début. Dans ce cadre, Mme G.\_\_\_\_\_ montre des capacités d'affirmation de soi laissant planer des doutes sur ses plaintes d'une timidité à l'origine de blocages lors de son apprentissage et son

travail de vendeuse. Capable de s'adapter à différents contextes culturels et professionnels, elle poursuit des activités chez plusieurs employeurs, entre autres avec des engagements de plus que deux ans. En parallèle, elle fonde une famille et s'oppose à son premier mari en prenant l'initiative de se séparer de lui, entre autres contre le gré de ses parents, en 2011.

En l'absence de soutien par ses parents, par exemple concernant son intégration en Suisse ou son parcours scolaire et professionnel, Mme G.\_\_\_\_\_ fait preuve d'autonomie et de capacités résiliences. Ainsi, elle peut affronter des facteurs de stress importants, comme l'échec de son premier mariage ou les problèmes de développement de son premier enfant, sans signe d'un trouble psychique majeur. Malgré la phase dépressive décrite en réaction à la séparation d'avec son mari en novembre 2011, elle s'engage rapidement dans une nouvelle relation amoureuse avec un ancien partenaire, dont elle se sépare après 6 mois à cause de la consommation de stupéfiants de ce dernier. Puis, elle s'engage dans des relations de courte durée avec des hommes contactés sur internet, jusqu'à la rencontre de son futur deuxième mari en juillet 2012. En effet, elle surmonte l'échec de son premier mariage, notamment les menaces et le comportement conflictuel de son premier mari, sans signe d'une décompensation psychique nécessitant un traitement psychiatrique intense, voire une hospitalisation. Limitant son seul suivi psychiatrique à des consultations mensuelles depuis 2011, et une médication psychotrope légère qu'elle arrête en 2015, Mme G.\_\_\_\_\_ détient la garde parentale exclusive pour sa fille aînée, depuis la séparation d'avec son premier mari, fin 2011. Comme en témoigne l'ordonnance de mesures protectrices de l'union conjugale du 16.01.2012, citée par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 27.06.2017, elle reste toujours capable d'assumer son rôle de mère et s'adapte aux besoins de sa fille souffrant d'un autisme à l'origine d'importants problèmes de comportement depuis la jeune enfance. Après la rencontre d'un nouveau partenaire lors de ses vacances en 2012, Mme G.\_\_\_\_\_ s'engage dans une nouvelle relation sentimentale décrite comme harmonieuse et le couple fête son mariage en août 2015. Ainsi, elle continue à mener une vie autonome et active dans un cadre psychosocial marqué de relations proches et stables, surtout au plan familial. Dans ce contexte, elle affronte des facteurs de stress, comme une fausse couche en 2017 ou une grossesse à risques en 2019, sans signe d'une décompensation psychique d'une expertisée qui interrompt son suivi psychiatrique entre novembre 2019 et août 2020 ».

Se déterminant sur le rapport d'expertise le 16 octobre 2020, l'OAI a confirmé ses précédentes conclusions. La recourante ne s'est quant à elle pas déterminée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a et 96 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'octroi d'une rente.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**e)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

**4.** En l'occurrence, dans ses rapports des 18 juillet 2016 et 22 mai 2017, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, (F33.1), de trouble anxieux phobique (F40.9), de trouble de la personnalité, du registre psychotique, (F60.9) et de trouble du comportement alimentaire (DD anorexie). Afin de pouvoir statuer sur la question du droit à d'éventuelles prestations, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, comme préconisé le 27 juin 2017 par le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR. Celle-ci a été confiée à R.\_\_\_\_\_ et réalisée par la Dre E.\_\_\_\_\_.

L'expertise de la Dre E.\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction. Cette spécialiste n'a en effet procédé à aucune anamnèse des troubles psychiques présentés par la recourante. Elle n'a pas discuté du diagnostic de dépression post-partum et a oublié de mentionner l'existence de

plusieurs phases dépressives attestées par la Dre Q.\_\_\_\_\_, ni ne s'est déterminée sur les périodes d'incapacité de travail attestée par la psychiatre traitante. L'histoire de la maladie n'est pas non plus évoquée au motif que, le jour de l'examen, il n'a pas été observé de syndrome dépressif. Or, le fait qu'à un jour donné, il n'y ait pas de dépression n'exclut pas l'existence d'un trouble dépressif récurrent invalidant. L'experte E.\_\_\_\_\_ s'écarte en outre des constats de la Dre Q.\_\_\_\_\_ sans expliquer les raisons de cette différence d'appréciation. Ses arguments en lien avec l'absence de suivi d'un traitement médicamenteux régulier sont à cet égard et à eux seuls insuffisants pour retenir l'absence d'atteinte à la santé psychique. Le diagnostic de trouble de la personnalité est écarté alors même que la Dre E.\_\_\_\_\_ retient l'existence de traits de personnalité contrôlante, sensitive, anankastique, anxieux et interprétative. Ainsi, selon l'experte, la recourante présente des traits pathologiques psychotiques obsessionnels et anxieux, ce qui devrait justifier que soit reconnue l'existence d'une maladie psychiatrique. L'experte précise que ces traits seraient présents depuis l'enfance alors même que son rapport ne fait aucunement allusion à des aspects pathologiques durant cette période.

Dans son rapport du 18 septembre 2020, faisant suite à deux entretiens, le Dr B.\_\_\_\_\_ a repris l'anamnèse détaillée de la recourante. Il a relevé l'ensemble de ses plaintes. Il a traité avec soin de son parcours, de sa vie sociale, de son histoire médicale et a décrit le quotidien de la recourante et son environnement. Il a ensuite fait état de ses constats. Dans ce cadre, l'expert a relevé les plaintes dramatiques mais incohérentes de la recourante, lesquelles contrastaient avec sa « capacité d'organiser ses journées en fonction des besoins de ses enfants, d'assurer seul[e] les tâches ménagères et de s'occuper des finances de la famille ainsi que de la correspondance, entre autres pour son mari ». Le Dr B.\_\_\_\_\_ a dès lors relevé une tendance, chez la recourante, à la dramatisation en lien avec son hyper-expressivité émotionnelle. L'expert a constaté les ressources personnelles préservées, les nombreuses compétences et aptitudes de la recourante. Il a ainsi relevé son « autonomie et capacité de résilience [...], elle peut affronter des facteurs de stress importants, comme l'échec de son

premier mariage ou les problèmes de développement de son premier enfant, sans signe d'un trouble psychique majeur ». Les plaintes de la recourante semblaient ainsi motivées « par des bénéfices secondaires, comme des prestations financières et le soulagement de l'obligation par l'aide sociale de chercher un travail à un taux au-dessus de 20 % pour mener une vie organisée en fonction de sa préférence pour son rôle de mère ». Le Dr B.\_\_\_\_\_ a enfin bien expliqué pour quelles raisons son appréciation se distancie de celle de la Dre Q.\_\_\_\_\_, laquelle reposait sur l'importance accordée par la psychiatre traitante à des éléments subjectifs et l'utilisation de critères extérieurs à ceux de la classification CIM-10.

L'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3e *supra*). Non seulement, comme indiqué ci-dessus, l'anamnèse est bien décrite, mais ce médecin a pris le soin d'exposer les raisons le conduisant à nier l'existence d'une atteinte invalidante au plan psychiatrique. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Il n'y a pas lieu de s'en écarter. Le fait que la Dre Q.\_\_\_\_\_ apprécie le cas de sa patiente de manière différente est sans effet à cet égard. Outre le fait que le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour son patient (cf. consid. 3d *supra*), la Dre Q.\_\_\_\_\_ ne fait pas mention, dans ses rapports, d'éléments qui auraient été ignorés par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son expertise (cf. consid. 3d *supra*). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_. Il en découle que, faute d'atteinte invalidante à la santé, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit être nié.

**5. a)** En conclusion, le recours 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 contestation 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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et

mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 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 RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 juin 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- 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).

La greffière :