

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 370 vom 24. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__370

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 370 du 24 juin 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 370 del 24 giugno 2019

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE | 28 al. 1 let. c LAI, 4 al. 1 LAI, 61 let. c LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.06.2019 Arrêt / 2019 / 370

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE | 28 al. 1 let. c LAI, 4 al. 1 LAI, 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 123/18 - 187/2019 ZD18.016395 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 24 juin 2019 _____ Composition : Mme Durussel , présidente
Mmes Di Ferro, juge et Silva, assesseure Greffier : M. Schild ***** Cause
pendante entre : I. _____ , à Lausanne, recourante, représenté par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne, et E. _____ , à Vevey, intimé. _____ Art. 61 al. 1 let. c
LPGA, art. 4 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la
recourante), femme au foyer née en 1962, réside en Suisse depuis 1999. Le 26 mai 2015,
elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un diabète de
type 2, d'un syndrome métabolique et d'une dépression récurrente de degré moyen. Saisie
de la demande précitée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :
l'OAI ou l'intimé) a requis des informations médicales auprès du Dr B. _____,
spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a indiqué le 15 juillet 2015 qu'il ne
suivait plus l'assurée depuis plusieurs années. Dans un rapport médical du 13 août 2015, le
Dr T. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a retenu les
diagnostics avec effets sur la capacité de travail de dépression récurrente avec épisodes
moyens à majeurs, de diabète du type II insulino-dépendant et d'hypoacousie bilatérale sur
otospongiose. Il a également mentionné une hypertension artérielle, une
hypercholestérolémie ainsi qu'une tachycardie sous traitement depuis 2000 en tant que
diagnostics dénués d'effet sur la capacité de travail. Ce médecin a estimé qu'en ne tenant
pas compte de son handicap psychique, l'assurée pouvait en théorie travailler à 50% dans
une activité compatible avec son hypoacousie et sa fatigue rapide vu son diabète mal
équilibré. A l'appui de ses conclusions, il a fait état des éléments suivants : « Sa maladie
psychiatrique est suivie et a nécessité également des modifications thérapeutiques
épisodiques. Malgré une situation sociale qui s'est stabilisée avec l'obtention d'un permis B,
les troubles psychiques persistent et s'accompagnent de difficultés d'insertion dans le
quotidien. La patiente ne parle toujours pas le français. En 2011, on retiendra une
cholécystectomie. L'intervention s'est bien déroulée et, une investigation pour une
bronchopathie a été faite ne conduisant pas au diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil.
Constat médical Femme de 53 ans, faisant son âge, d'hygiène soignée mais se tenant

toujours en retrait. Elle vient soit avec une traductrice soit avec ses enfants. Son poids est de 76 kg pour une taille de 170 cm (IMC 26,3). Le status respiratoire est dans les limites de la norme. L'auscultation cardiaque confirme une tachycardie à 100/minutes, régulière, sans souffle surajouté. Baisse de la sensibilité posturale aux membres inférieurs. Pour le status psychiatrique, s'en référer au bilan spécialisé. » Dans un rapport médical daté du 7 octobre 2015, le Dr A. _____, spécialiste en endocrinologie et en diabétologie, a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un syndrome métabolique avec un diabète de type 2 diagnostiqué en 1995, chroniquement déséquilibré, compliqué d'une polyneuropathie des membres inférieurs, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une obésité de classe I selon l'Organisation mondiale de la santé ainsi qu'un trouble anxio-dépressif. Ce médecin n'a retenu aucune incapacité de travail au plan endocrinologique et diabétologique, indiquant les éléments suivants : « Le diabète en lui-même n'amène pas de telles restrictions, mais des exigences minimales pour permettre une gestion sûre et efficace du traitement au quotidien : temps, lieu et conditions d'hygiène disponibles pour effectuer injections d'insuline, autocontrôles de la glycémie, prise de collations et repas. Une liberté de mouvement et dans l'organisation du travail suffisante doit permettre en tout temps une mesure de glycémie et une prise de sucre pour corriger une hypoglycémie. Des activités nécessitant un degré de concentration élevé avec risque de mise en danger de soi ou d'autrui en cas de malaise sont à éviter (p.ex. travail en hauteur, conduite de machines). » Le Dr A. _____ mentionnait également que le diabète et les facteurs de risques associés n'étaient pas déterminants afin de retenir une activité adaptée, les problèmes de l'assurée résidant plutôt dans ses troubles psychologiques et de l'adaptation. Dans un rapport du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 7 juillet 2016, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne, a retenu une pleine capacité de travail de l'assurée, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. A l'appui de ses conclusions, ce médecin a évoqué les éléments suivants : « Assurée de 53 ans, kosovare, en suisse depuis le 1.6.1999, mariée, 3 enfants (1997--2001-2004), sans formation, déclarant pouvoir être active à 100% mais être « femme au foyer ». Elle a été suivie il y a plusieurs années par le Dr. B. _____, Psychiatre FMH. Ce dernier nous donne ce seul renseignement par rapport à la demande de rapport initial. Les Drs. T. _____ et A. _____ signalent respectivement une dépression récurrente et un trouble anxio-dépressif. Le diabète est « chroniquement déséquilibré et compliqué d'une légère polyneuropathie des membres inférieurs. L'assurée est le plus souvent en hyperglycémie, ce qui ne représente pas un risque de perte de connaissance. Par contre il se peut que des hypoglycémies surviennent, notamment si elle omet de s'alimenter correctement ou si l'insuline injectée diffuse de manière anarchique en raison de la lipodystrophie. Les symptômes sont facilement reconnaissables et pouvant être palliés par une absorption rapide d'hydrate de carbone, ne doivent pas être considérés comme une cause éventuelle d'IT. L'élément mis en avant pour justifier une IT est donc l'incapacité de l'assurée à reconnaître le bien-fondé d'un enseignement tel qu'il est pratiqué aux diabétiques concernant la connaissance de leur maladie. Le Dr. A. _____ estime la chose impossible, d'autant que l'assurée ne parle pas toujours le français depuis son entrée en Suisse en 1999. On s'interroge sur la valeur d'un suivi psychiatrique mené par le Dr. B. _____. Il s'agit là d'un problème d'acculturation avec une résistance de l'assurée à s'intégrer. Il faut reconnaître que sans cela l'assurée serait capable de travailler à 100% dans une activité légère comme le nettoyage pour lequel sa polynévrite de degré légère ne devrait pas un obstacle. Ne recevant aucun traitement de type psychopharmacologique et n'ayant plus

consulté de psychiatre, nous n'avons aucun éléments pour envisager une diminution de la CT sur ce plan. Nous nous distançons de l'évaluation de la CT du Dr. T. _____ pour les raisons développées supra. » Par projet de décision du 26 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, retenant qu'elle était à même d'exercer, à plein temps, toute activité lucrative adaptée à sa situation professionnelle. L'assurée s'y est opposée le 25 août 2016 et a requis l'annulation du projet de décision précité. Elle faisait valoir qu'elle signalait des douleurs chroniques ininterrompues depuis plusieurs années, ses médecins traitants ayant constaté la péjoration régulière de son état de santé malgré les différents traitements entrepris. Dans un rapport médical du 26 août 2016, le Dr B. _____ a mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère constaté depuis 2012, en tant que diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a constaté que les restrictions, soit la dépression, les angoisses, l'anxiété, l'isolement, la peur constante et l'idéation noire se manifestaient au travail par un renfermement, une mise en échec et un rendement réduit. Ce médecin a retenu une capacité de travail nulle depuis 2012, indiquant les éléments suivants : « Sur le plan de l'humeur, nous constatons une thymie triste, avec des pleurs fréquents rapportés mais présents également durant les séances. Madame est en effet envahie par des idées noires, de maladie ou de mort. Nous avons par ailleurs observé une grande anxiété qui a tendance à se généraliser et à devenir envahissante. La patiente présente également une symptomatologie de lignée paranoïde. De même et cela nous étant rapporté par son conjoint, la vie familiale de la patiente souffre aussi de cette situation, Madame étant facilement énervée voir agressive si elle n'est pas perdue dans ses pensées ou paniquée par ses idées négatives et pessimistes. Les sentiments de culpabilité et responsabilité sont très présents mais aussi d'impuissance, de fatalité et d'immense dévalorisation. » Dans un avis médical du 12 septembre 2016, le Dr Z. _____ a préconisé l'établissement d'une expertise psychiatrique auprès d'un expert indépendant. La réalisation de dite expertise a été confiée au Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport d'expertise du 1^{er} mars 2018, le Dr G. _____ et P. _____, psychologue, n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, mentionnant uniquement un épisode dépressif majeur récurrent de gravité subclinique à légère, l'assurée pouvant parfaitement assumer ses tâches ménagères et investir la relation avec autrui. La capacité de travail de l'assurée était pleine sans baisse de rendement, le Dr G. _____ mentionnant les éléments suivants : « 2.1 Plaintes subjectives de l'assuré(e) Madame I. _____ se plaint de fatigabilité, de difficultés à faire face à son diabète. 2.2 Fonctionnement psychosocial de l'assuré(e) (Hors professionnel) Madame I. _____ se lève souvent à 10h00 ou 11h00 et ne se couche pas avant 2h00. Après avoir fait sa toilette et son ménage, l'assurée regarde beaucoup la télévision durant la journée. Quand ces filles rentrent pour manger à midi, elle prépare le repas. Elle sort peu la journée, si elle est seule. Madame I. _____ fait les commissions avec son époux en général. Après le souper, elle regarde volontiers la télévision avant de s'endormir. [...] 5.3 Analyse de la cohérence La cohérence est relativement mauvaise avec le rapport du Dr B. _____ du 24.08.2016. A ce titre, Madame I. _____ nous explique qu'en 2012, elle n'aurait jamais eu de consultation avec le Dr B. _____ ; seulement à une reprise, il y a sept mois environ, lorsqu'il lui a prescrit de l'Escitalopram, autrement dit un antidépresseur à raison de 10mg à 20 mg par jour. Ce confrère évoque la ménopause avec des vertiges, des bouffées de chaleur, de violents cauchemars qui ne sont ni objectivés ni objectivables et dont on ne comprend pas sur quel événement traumatique, ils pourraient prendre racine. L'anxiété et l'obsession par rapport au

diabète sont contredites par le fait que Madame I. _____ semble surtout négligente ou a une mauvaise connaissance de cette maladie, ce qui semble aller de pair avec une très mauvaise intégration socio-culturelle. Même si ses trois filles et son époux parlent parfaitement le français, selon ses déclarations, elle ne maîtrise pas du tout cette langue. D'ailleurs, elle n'a montré que peu d'intérêt visiblement à s'insérer professionnellement, si l'on se réfère aux seuls éléments objectifs du dossier. A ce titre, Madame I. _____ n'a aucune explication "consistante" à apporter, si ce n'est, ses problèmes d'audition. On ne sait pas si l'appréciation contenue dans le rapport - qui a été peut-être rédigé par sa psychologue - est celle du Dr B. _____. Celui-ci dresse un tableau très noir, alors qu'il est bien difficile de saisir quels seraient les facteurs de stress qui pourraient intervenir dans cette situation, puisque les trois enfants sont parfaitement scolarisés ; certes, la deuxième fille a quelques retards et suit une classe spécialisée, mais évolue normalement. Quant à la situation administrative de Madame I. _____, elle semble réglée par l'obtention d'un permis B, suivi d'un déménagement dans un appartement plus grand. Son époux d'ailleurs, semble-t-il travaille et Madame I. _____ dépeint une excellente relation avec lui. L'assurée d'ailleurs entretient d'excellentes relations avec ses frères et sœurs et se rend au Kosovo en prenant probablement du Temesta, car elle a une phobie simple de l'avion. Enfin, le rapport du 24.07.2016, du Dr B. _____ est d'autant plus contradictoire qu'il mentionne que Madame I. _____ bénéficie d'un entretien toutes les deux semaines, hors les entretiens ont lieu tout au plus une fois par mois. D'autre part, il est fait état de la prescription de Temesta et de Zolpidem, soit une benzodiazépine et un inducteur du sommeil traitement sommes toute particulièrement "léger" et l'on ne peut que s'étonner de l'absence à l'époque d'antidépresseur, malgré le diagnostic d'un épisode dépressif sévère. Force est de constater d'ailleurs que depuis la prescription d'un traitement antidépresseur (Escitalopram), la symptomatologie anxio-dépressive de Madame I. _____ a quasiment disparu.

5.4 Appréciation de la capacité de travail sur le plan de la médecine des assurances

Au terme de notre appréciation, nous retrouvons le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité tout au plus légère, sans comorbidité psychiatrique. Il n'y a pas donc pas de trouble de la personnalité ou relatif à l'intelligence. Cette symptomatologie dépressive légère est sans incidence sur le fonctionnement quotidien, chez une assurée qui peut assumer ses tâches domestiques, s'occuper et investir la relation avec ses enfants et son époux, regarder la télévision même française, ce qui semble un peu douteux compte tenu de l'absence de maîtrise de cette langue. Il s'agissait d'un trouble de l'audition, dont on sait qu'une opération en 2005 aurait permis une nette amélioration, qui puisse justifier le fait que Madame I. _____ ne soit pas du tout intégrée au niveau social, linguistique et professionnel. Madame I. _____ est donc capable d'organiser ses journées, de gérer ses soins personnels, de développer des relations au sein de sa famille. L'assurée a aussi fait face à un déménagement avec satisfaction puisque tout le monde maintenant a un peu plus d'espace. Autrement dit, il n'y a aucun élément objectif qui puisse justifier une quelconque baisse de sa capacité de travail si tant est qu'elle ait présenté une symptomatologie dépressive plus consistante. La prescription d'un antidépresseur de type SSRI à 20 mg par jour a permis de venir à bout des quelques symptômes anxio-dépressifs qui étaient présents. Rien n'empêche Madame I. _____ de réaliser une activité simple, répétitive de femme de ménage ou autres. Manifestement l'assurée n'a aucune demande motivée en ce sens et à des motifs qui sortent largement du champ médical, tel que l'âge, l'absence d'intégration socio-culturelle, de qualification professionnelle ce qui explique la revendication d'un statut de malade. » Dans le chapitre dédié à l'examen des questions de l'OAI, le Dr G. _____ a

estimé que la diminution des capacités fonctionnelles de l'assurée était en majeure partie liée à des facteurs ne pouvant être pris en considération par l'assurance-invalidité, soit la non-intégration socio-culturelle, l'absence de maîtrise du français, l'âge et le niveau de formation. Il a ajouté que la capacité de travail était entière sans baisse de rendement dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques objectivées et que rien n'indiquait la présence de symptômes de dépression sévère vu l'absence de prescription d'antidépresseur en 2015. Par décision du 5 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, estimant qu'il ressortait de l'instruction médicale qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. B. Par acte du 18 avril 2018, I. _____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Olivier Carré, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité ainsi qu'au renvoi de la cause devant l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle faisait valoir que l'expert G. _____ avait fait l'objet de nombreuses mises en cause quant à la qualité de ses rapports d'expertise, notamment par rapport à son approche extrêmement restrictive des cas soumis à appréciation, ce dernier étant passablement décrié dans le milieu de la psychiatrie. Elle a affirmé qu'une nouvelle évaluation pluridisciplinaire, neutre et indépendante, devait être ordonnée par la Cour de céans. Par réponse du 22 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il soulignait que l'assurée n'avait pas fait valoir de motifs de récusation lors de la nomination de l'expert G. _____ et retenait qu'il avait répondu aux exigences de la jurisprudence quant à la valeur probante des examens médicaux. L'office AI relevait également qu'au vu du rapport médical du Dr A. _____ et de la situation de l'assurée, de plus amples investigations médicales ne s'avéraient pas justifiées. Par décision du 19 avril 2018, la juge instructrice a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 avril 2018. Par acte du 18 septembre 2018, l'assurée a produit un courrier du 4 juin 2018 adressée au Dr T. _____ comprenant une réponse manuscrite de ce dernier, indiquant qu'il confirmait les déclarations du conseil de l'assurée selon lesquelles elle ne pouvait être imaginée de façon réaliste dans le monde du travail, à la fois pour des facteurs sociaux mais également sans doute du fait d'atteintes à la sphère psychique. Par réplique du 6 novembre 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions prises à l'occasion de son recours et soutenu que l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire. Elle a également produit un rapport médical du 31 octobre 2018 établi par le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et M. _____, psychologue et psychothérapeute. Ces derniers ont retenu une incapacité totale de travail en raison d'un état dépressif sévère, mentionnant les éléments suivants : « Bien que nous sachions pertinemment que notre mandat thérapeutique et celui de notre confrère diffèrent et que la patiente se présente différemment dans le cadre expertal et dans un cadre de thérapie de confiance - où l'alliance thérapeutique est acquise -, nous devons noter que les observations cliniques de l'expert diffèrent des nôtres et de notre connaissance de la patiente. Mais avant cela nous devons nous arrêter sur certaines informations qui pourraient être définies comme factuelles et sans grande importance, des informations obtenues a priori auprès de l'assurée et figurant dans le rapport précité, des renseignements et dires qui nous rendent perplexes. Tout d'abord dans le rapport d'expertise nous pouvons lire qu'il se base entre autres sur un long entretien clinique avec l'assurée en présence d'un interprète. Or immédiatement après l'entretien d'expertise notre patiente nous a informé que l'entretien n'a pas excédé 60 minutes et que durant l'entretien l'expert et l'interprète ont entamé une conversation au sujet d'un mot en

albanais qui aurait interpellé l'expert, une conversation que Madame n'arrivait pas à suivre mais qui lui semblait fort plaisante pour les deux interlocuteurs durant entre 10 et 15 minutes. Comprenant qu'ils ne discutaient vraisemblablement pas d'elle et perdant quelque peu patience elle se souvient avoir toussé volontairement pour les rappeler qu'elle était toujours là. [...] Madame I. _____ a en effet des journées dominées par l'absence de rythme et d'occupations : le paragraphe que l'expert consacre à ce domaine est, à notre sens, réductionniste (page 9). Madame passe le plus clair de son temps couchée, sans motivation de faire quoi que ce soit, le ménage ou encore les repas comme le mentionne l'expert. Elle nous a narré a de nombreuses reprises que son état et son « absence » à la vie de famille ont et créent toujours de nombreuses tensions au sein de la famille et avec son époux. Si elle fait les repas et lorsqu'elle le fait c'est pour contrôler l'alimentation de ses enfants et aussi de son mari, la crainte voire l'obsession qu'ils pourraient souffrir du diabète étant omniprésente. De violentes disputes nous ont été rapportées à ce sujet notamment entre ses filles et elle, mettant les enfants dans des états de colère et Madame dans une tristesse profonde. Tant par rapport à son hypervigilance quant au diabète que par rapport aux remarques des membres de sa famille la rendant parfois responsable de son état, Madame évoque et éprouve un profond sentiment de culpabilité, contrairement à ce que mentionne le rapport d'expertise. Elle passe en effet ses journée et nuits devant la télévision mais sans aucun plaisir et la regarde sans la regarder, comme elle le dit. Elle n'a pas de film préféré ou d'émission qu'elle suivrait et n'arrive par ailleurs pas à évoquer quoi que ce soit qui aurait provoqué de l'intérêt chez elle. La nuit elle reste tard devant la télévision car elle n'arrive pas à dormir, en raison de ses ruminations et pas par intérêt pour des programmes de la nuit. L'expert affirme ne pas avoir observé de problèmes d'audition or à chacun de ses entretiens avec sa thérapeute nous avons pu les observer, Madame demandant de répéter, car elle n'a pas entendu, tournant la tête du côté de l'oreille où l'ouïe est moins atteinte ou encore faisant clairement mine de comprendre alors que ses réponses ou non réponses, ses réactions non verbales indiquaient clairement qu'elle n'a pas entendu. Si l'on s'arrête un peu plus sur cette problématique rappelons que Madame a évoqué ce problème d'ouïe en Suisse uniquement, auprès de son médecin traitant après un long suivi et confiance établie. Elle n'a jamais osé en parler au corps médical dans son pays d'origine et sa belle-famille n'a jamais été mise au courant. En effet dans les contrées de ses origines il s'agit d'un handicap ; or les personnes handicapées sont mises de côté, moquées et ont peu de chance de réussir sur quelque plan que ce soit. Donc ce qui pourrait être vu comme de la non observance du traitement ou de la négligence s'avère être l'impossibilité de se reconnaître malade voire handicapée pour des raisons profondément ancrées. Ceci va également dans le sens du refus de la patiente de prendre un traitement antidépresseur que nous avons tenté d'introduire bien avant 2017 mais qu'elle refusait catégoriquement pour plusieurs raisons et craintes. C'est la raison pour laquelle cette médication n'a pas pu être mise en place malgré la nécessité et l'évidence de la souffrance de Madame. De fait l'absence de la médication n'est, à notre sens, pas un argument tendant à prouver l'absence de la pathologie. [...] Nous nous demandons, en effet, comment l'expert a pu évaluer notre patiente en si peu de temps, si le biais de la situation expertale ni de la composante culturelle n'a pas été pris en compte. La patiente est en effet et par ailleurs une personne peu plaintive, qui accepte sa condition et qui n'a pas non plus les capacités cognitives ni d'expression pour pouvoir faire part de son état ni de ses souffrances dans un langage « occidental ». Par ailleurs il s'agit d'une personne fort « pudique » dans tous les sens du terme qui va chercher à garder la face et à se présenter de manière « convenable » surtout dans une relation « inégale ». Or le fait est qu'elle passe la grande

majorité de ses journées chez elle, ne s'occupe pas de son ménage ni par ailleurs de sa personne. Il s'agit d'une femme qui fait plus que son âge. Elle est toujours habillée très simplement et nous ne pouvons pas dire qu'elle soit soignée sur sa personne, comme le note l'expert. En effet, Madame frappe régulièrement par des vêtements amples et simples, pas toujours soignés. Son visage est toujours extrêmement pâle, ses traits tirés, les yeux cernés, dénotant d'une fatigue et d'un manque de sommeil. Nous notons en effet un grand écart entre les descriptions de l'expert du fonctionnement de la patiente et nos observations et notre connaissance de la patiente. Elle ne s'est jamais présentée maquillée depuis qu'elle est suivie en psychothérapie. Madame note par ailleurs ne jamais porter de maquillage, décrivant n'avoir nullement la force ou un intérêt pour ce genre d'aspect, l'hygiène basique étant objectivement peu soignée. Nous apportons ces éléments, car nous les considérons comme significatifs dans le diagnostic d'un état dépressif sévère, le manque de soins, d'énergie et d'élan vital au premier plan chez la patiente. La thymie est triste, tout en présentant une distance émotionnelle (contenant ses pleurs). Madame évoque encore régulièrement et par des ruminations son sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Elle a une perception d'elle-même ébranlée par ses maladies, se dévalorise en tant qu'épouse, mère mais aussi en raison de l'absence de formation, culpabilise par rapport à son « être » ou inexistence auprès de sa famille, mais aussi concernant le handicap de sa fille qui est à notre sens à nouveau minimisé dans le rapport du médecin expert. En réalité c'est surtout l'avis et la détresse de cette mère qui sont minimisés plus que le handicap lui-même. Il est source de culpabilité, de dépression et d'anxiété chez cette mère qui se voit à travers sa fille et ne peut lui envisager un avenir heureux malgré le handicap. Cette symptomatologie fait partie d'un tableau clinique dépressif récurrent qui n'apparaît pas en tant que grave dans les observations de notre confrère. En réalité elle y apparaît, mais diffère de notre avis dans la mesure où elle n'est pas considérée comme handicapante. L'expert évoque que Madame ne fait pas part de manque d'élan vital, d'énergie ou de perte de plaisir. Or, et après des années de suivi, nous sommes plus que catégoriques. Cette patiente évolue dans un état quasi végétatif et vit, comme elle le dit, parce qu'il le faut. Elle n'a aucune projection dans l'avenir, aucun sentiment de plaisir ni de plénitude. Elle se sent jugée et se juge elle-même. De fait, elle évite d'être en contact avec des personnes de sa communauté et avec toute autre personne. L'expert le souligne par ailleurs en n'évoquant aucunement un quelconque réseau social ou amical. De fait, et à notre sens encore, Madame I. _____ présente tous les symptômes de la lettre B de la CIM-10 et plusieurs voire aussi tous les symptômes de la lettre C de la description diagnostique du manuel auquel fait référence le médecin expert (pages 16 et 17 de son rapport). En prenant connaissance du contenu de l'expertise, nous avons l'impression que la patiente expertisée et la patiente en psychothérapie sont deux personnes différentes, l'avis du médecin expert nous paraissant par ailleurs comme peu certain. Le sentiment de culpabilité est en effet omniprésent dans le récit de la patiente. Elle culpabilise de voir la souffrance de ses enfants, étant préoccupée et fortement anxieuse qu'il ne leur arrive un malheur. A l'heure actuelle encore, elle décrit un immense sentiment de culpabilité face au passé et aux violences subies. Elle se décrit également comme une « mère fardeau », qui a donné une image négative à ses enfants. Son rôle de mère « dépendante » des enfants lui pèse fortement, et Madame culpabilise de devoir autant faire appel à eux dans sa vie. Elle explique souvent que « c'est plus fort qu'elle », et que son anxiété l'envahit. Le sentiment de culpabilité n'est pas noté par notre confrère. Or nous objectivons une symptomatologie dépressive sévère, avec ruminations, dévalorisation, perte d'estime, perte d'élan vital, démotivation... Mais avec le temps et les réminiscences des

traumas et d'autres vécus difficiles, les défenses psychiques se sont affaiblies, rendant impossible une quelconque activité ou réadaptation professionnelle. Par ailleurs le traitement thérapeutique n'a pas été allégé au sens propre du terme, mais espacé en raison des modestes visées thérapeutiques et de traitement. Nous pouvons en effet dans le cas de cette patiente tout au plus espérer une stabilisation dans son état actuel mais aucunement une guérison. L'espacement des séances n'a pas de lien avec l'amélioration de son état mais avec à une volonté de stabilisation, le suivi nous montrant à l'évidence la chronicité de l'état de la patiente dont les faibles capacités d'introspection rendant les objectifs thérapeutiques très maigres et modestes. En conclusion, les divers diagnostics que nous avons retenus, comme nous l'avons expliqué ci-dessus. Madame a un vécu chargé dans le contexte de deuils prématurés et non élaborés, de guerre et de la migration. Ceci a progressivement entraîné une perte relationnelle et une perte d'autonomie. Dans ce contexte, la patiente a tendance à passer ses journées chez elle, avec beaucoup de difficultés à sortir à l'extérieur, n'ayant comme seuls liens sociaux que les entretiens chez ses médecins. Malgré son désir et sa volonté, elle est malheureusement en totale incapacité d'assumer une quelconque activité professionnelle, en raison de la symptomatologie. En raison de ces multiples désaccords entre l'avis du médecin expert un avis tiers et neutre est à notre sens au minimum nécessaire. » Dupliquant en date du 26 novembre 2018, l'OAI a confirmé ses conclusions, retenant les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. Par acte du 18 février 2019, le conseil de l'assurée a produit sa liste des opérations. 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 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 aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente. 3. a) Selon la jurisprudence, il convient de distinguer les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) ou 34 LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent ou allié en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente, du fait d'être lié avec une partie ou son mandataire par mariage, fiançailles, partenariat enregistré ou adopté, ou encore un lien de l'expert avec l'affaire pour d'autres motifs, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire. Ces motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas directement en cause

l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à prendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée. Ces derniers motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C_552/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2 ; TF 8C_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 ; TF 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1). b) Il s'agit de sauvegarder le droit des parties d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie (TFA [Tribunal fédéral des assurances] M 3/04 du 31 octobre 2005 consid. 2). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2 ; TF 8C_531/2014 du 23 janvier 2015 consid. 6 in SVR 2015 IV n° 23). c) En premier lieu, la recourante formule des critiques personnelles et générales sur l'expert G._____. Elle allègue notamment que ce dernier avait fait l'objet de nombreuses mises en cause quant à la qualité de ses rapports d'expertise, dues notamment à son approche excessivement restrictive des cas soumis à son appréciation, l'expert accueillant rudement, brièvement et avec désinvolture les expertisés. Elle s'étonnait également que le Dr G._____ ait été nommé par l'intimé afin de conduire l'expertise contestée, ce médecin n'ayant plus été sollicité par l'OAI pendant une certaine période malgré ses conclusions régulièrement favorables à l'intimé. Par ailleurs, la recourante relève que, selon le site internet du Groupement des psychiatres et psychothérapeutes vaudois, le Dr G._____ ne pratiquerait pas d'expertises AI. Dans la mesure où ces critiques, au demeurant non-étayées, relèvent d'impressions générales formulées par la recourante et non pas d'un motif de récusation décrit précédemment, soit notamment l'existence d'éléments extérieurs propres à induire un doute quant à l'impartialité de l'expert envers l'intéressée (mariage, fiançailles, partenariat enregistré, adoption, amitié étroite ou inimitié), elles doivent être écartées. 4. 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 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. 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). b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure 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 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. a) 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). b) 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).

7. a) En l'occurrence, Dr G._____ se fonde sur une bonne connaissance du dossier médical, relève les plaintes subjectives de la recourante et motive à satisfaction son diagnostic, notamment en quoi il n'a pas retenu de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère contrairement au Dr B._____, mais un épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère, soulignant une recourante plutôt souriante répondant sans difficulté aux questions posées dans sa langue maternelle, l'absence de troubles du sommeil, l'absence de problème d'appétit, d'anhédonie ou d'aboulie allant de pair avec sa capacité d'assumer ses tâches ménagères et d'investir la relation avec autrui. Le Dr G._____ retient également l'évolution favorable d'un épisode dépressif ou trouble de l'adaptation en 2012. L'expert se montre convaincant en exposant les contradictions du rapport du Dr B._____, notamment quant à la fréquence des entretiens et à la médication prescrite par ce dernier, peu adéquate en vue du traitement d'un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Concernant les critères développés par le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé ainsi que le succès du traitement introduit chez la recourante ont été analysés. Le Dr G._____ examine également de manière détaillée le critère de la cohérence, particulièrement pertinent afin d'évaluer le caractère invalidant d'une atteinte à la santé psychique, relevant une situation familiale positive tant avec son mari, ses enfants ou sa fratrie. Il expose valablement les incohérences du rapport du Dr B._____, dans la mesure où ce dernier décrit un tableau clinique passablement sombre, sans pour autant mentionner les facteurs de stress pouvant intervenir dans cette situation, le Dr B._____ constatant lui aussi une cellule familiale intacte et dont les relations sont bonnes. Concernant les ressources de la recourante, le Dr G._____ fait état de la capacité d'organiser ses journées, de préparer le repas pour ses filles, de gérer ses soins personnels, d'organiser un déménagement ou encore de se rendre au Kosovo. Pour l'expert, la diminution des capacités fonctionnelles chez la recourante relève de facteurs qui sortent du champ médical, liée essentiellement à sa non-intégration socio-culturelle, l'absence de maîtrise du français, son âge et son niveau de formation. Ces différents éléments mènent le Dr G._____ à retenir une pleine capacité de travail.

b) S'écartant de manière justifiée des conclusions prises par le Dr B._____, la position du Dr G._____ ne saurait également être remise en cause par le rapport du 31 octobre 2018 établi par le Dr Q._____ et Mme M._____, médecin traitant, respectivement psychologue de la recourante. Le Dr Q._____ et Mme M._____ relèvent des inexactitudes concernant l'aspect physique de la recourante en observant, au contraire du Dr

G._____, une expertisée habillée simplement, faisant plus que son âge et qui ne se maquille pas. Le psychiatre et la psychologue de la recourante précisent les antécédents médicaux de l'intéressée, notamment quant au suivi du Dr B._____, ces imprécisions traduisant selon eux le manque de rigueur du Dr G._____. Ils font en outre état d'une discussion d'une quinzaine de minutes entre le Dr G._____ et l'interprète présent lors de l'entretien concernant un terme utilisé, s'ajoutant à un entretien déjà passablement court (60 minutes). Ils mentionnent également les problèmes d'ouïe de la recourante. Les auteurs du rapport du 31 octobre 2018 soutiennent également que la composante culturelle n'a pas été suffisamment prise en compte par le Dr G._____. En l'espèce, les inexactitudes factuelles des antécédents médicaux de la recourante ne suffisent pas afin de remettre en cause l'entier de l'expertise réalisée. Concernant l'aspect soigné et correspondant à l'âge de la recourante, les considérations formulées par le Dr G._____ sont partagées par le Dr T._____ dans son rapport médical du 13 août 2015. Au regard de la discussion précitée ayant eu lieu entre l'interprète et le Dr G._____, on relèvera que la recourante n'a pas réussi à saisir le sens de cette conversation et qu'elle ne portait vraisemblablement pas sur elle. Dite conversation n'apparaît ainsi manifestement pas de nature à invalider l'expertise en question. Concernant l'ouïe de la recourante, l'expert relève que l'entretien n'a pas été entravé de manière insurmontable par les problèmes d'audition de la recourante. Sans nier cette problématique, le Dr G._____ a constaté que l'intéressée était capable de suivre un entretien, cette dernière ne relevant au demeurant aucun problème de compréhension. On ne saurait en outre reprocher à l'expert de ne pas avoir tenu compte de la composante culturelle, puisqu'il conclut que les limitations de la recourante ont précisément pour origine une non-intégration socio-culturelle et l'absence de maîtrise du français. c) Il sied de rappeler qu'il existe, en droit des assurances sociales, un principe général selon lequel il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (ATF 129 V 460 consid. 4.2; 123 V 230 consid. 3c ; 117 V 275 consid. 2b). En l'espèce, il ressort de l'expertise du Dr G._____ que la recourante suivait notamment un traitement à l'Escitalopram, traitement antidépressif dont l'expert relève la bonne observance et l'évolution favorable suite à sa prescription. Quant au rapport du 31 octobre 2018, le médecin traitant de la recourante et sa psychologue mentionnent son refus poursuivre un traitement antidépresseur, et ce en raison de craintes quant à une médication. On déduit donc que la recourante a cessé son traitement entre l'entretien nécessaire à l'établissement de l'expertise, soit le 12 décembre 2017, et le 31 octobre 2018, date de l'établissement du rapport produit par l'intéressée. Une telle différence de médication peut ainsi expliquer les divergences des médecins, surtout dans un contexte de bonne tolérance au traitement introduit, comme le relève le Dr G._____. Si l'absence de traitement ne saurait nier l'existence d'une pathologie dépressive comme le mentionne le Dr Q._____ et Mme M._____, elle influe de manière non-négligeable sur les limitations fonctionnelles d'un assuré. Le Tribunal fédéral rappelle d'ailleurs l'importance d'un traitement conduit dans les règles de l'art, le critère de la résistance à un tel traitement faisant partie des indicateurs à examiner dans le cadre de l'étude du cadre global de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4). Il en résulte qu'un traitement conduit dans les règles de l'art n'a pas toujours été suivi dans le cas de la recourante, une totale incapacité de travail ne saurait ainsi être retenue tant qu'un traitement, au demeurant accessible, ne soit correctement mené. Au vu de ce qui précède, on ne saurait dès lors reprocher à l'intimé de s'être fondé sur les conclusions prises par le Dr G._____ dans son rapport d'expertise du

1^{er} mars 2018. 7. a) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 119 V 335 consid. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références). b) La recourante conclut à l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire. En l'occurrence, on constate que le dossier est complet. La problématique psychique a fait l'objet de plusieurs rapports émanant de différents médecins, en particulier une expertise dont la valeur est probante. Concernant le volet somatique, la situation médicale est claire, le Dr A. _____ dans son rapport du 7 octobre 2015 constate notamment que le diabète de la recourante n'induit pas de limitations fonctionnelles, outre le fait d'éviter des activités nécessitant un degré de concentration élevé et comprenant des risques de mise en danger de soi ou d'autrui en cas de malaise. Aucune pièce au dossier ne permet de douter de ces conclusions. Au vu de ce qui précède, il n'existe aucun motif d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 bis 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). 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). d) Par décision du juge instructeur du 19 avril 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 avril 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 18 février 2019, qui comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Au final, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 2'171 fr. 90 concernant ses honoraires (correspondant à 12.066 heures x 180 fr.), auquel s'ajoute un montant forfaitaire de 108 fr. 60 concernant les débours ainsi que 175 fr. 60 de TVA, soit un total de 2'456 fr. 10. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il 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 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision du 5 mars 2018 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat. V. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'456 fr. 10 (deux mille quatre cents cinquante-six francs et dix centimes), débours et TVA compris. La présidente : Le

greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :
■ Me Carré, pour la recourante, ■ l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - l'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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.