

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente

Mmes Röthenbacher, juge, et Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure

Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Me Karim
Hichri, avocat, à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, divorcée, est mère de trois enfants désormais adultes (nés respectivement en 1994, 1998 et 2004). Sans certification professionnelle, elle a été formée en entreprise en qualité de secrétaire dès 1987.

L'assurée a requis une orthèse tibiale le 10 août 2004 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), laquelle lui a été refusée par décision du 6 septembre 2004, faute de nécessité d'une durée minimale d'un an.

B. Par demande formelle déposée le 3 juillet 2006 auprès de l'OAI, B._____ a sollicité une rente de l'assurance-invalidité. Dans un courrier d'accompagnement du 29 juin 2006, elle a exposé avoir souffert de plusieurs problèmes de santé, à savoir un accident vasculaire cérébral (AVC) en septembre 2002, une opération du cœur en novembre 2002, une hernie discale L5-S1 diagnostiquée par une imagerie par résonance magnétique (IRM) en mai 2003, un accouchement par césarienne en mars 2004, en raison de son hernie discale douloureuse, et une ablation de l'utérus en juillet 2004, à la suite d'une perforation de la vessie. Elle précisait rencontrer des sciatiques et lumbagos à répétition du fait de son hernie discale. Sur le plan économique, elle a indiqué avoir été mère au foyer durant dix ans avant de reprendre une activité de secrétaire à 80 % dès janvier 2005 auprès de la société F._____ SA. Elle avait dû réduire son taux d'activité à 69 % dès avril 2005 au motif de ses problèmes de dos. Après avoir démissionné avec effet au 30 juin 2005, elle avait été réengagée par son employeur à 40 % dès le 1^{er} septembre 2005. Vu ses nombreux arrêts de travail, elle avait à nouveau démissionné pour le 30 avril 2006.

Dans un rapport du 28 août 2006, le Dr C._____, médecin généraliste, a posé les diagnostics incapacitants de discopathie L5-S1, de lumbagos à répétition et de hernie discale L5-S1 gauche luxée vers le bas. Il avait prononcé divers arrêts de travail de 100 % et de 50 % entre le 26

avril 2005 et le 30 avril 2006. L'état de santé de l'assurée s'améliorait et l'activité habituelle demeurait exigible, à temps partiel, sous réserve de l'aménagement du poste de travail, lequel devait permettre l'alternance des positions et exclure le port de charges supérieures à 5 kg.

F. _____ SA a complété un rapport d'employeur le 29 août 2006, confirmant les explications fournies par l'assurée. La société soulignait que l'assurée avait été initialement engagée à un taux de 80 % pour un salaire mensuel brut de 3'500 francs.

Par rapport du 5 mars 2007, le Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, a mentionné les diagnostics de lombalgies sur discopathie L5-S1 modeste et de petite hernie discale L5-S1 paramédiane gauche peu symptomatique, au titre des diagnostics influant sur la capacité de travail. Il relevait que l'assurée avait bénéficié d'un programme de reconditionnement rachidien, avec incitation à poursuivre une physiothérapie. Il estimait que dès juin 2006, sa capacité de travail était totale dans une activité de secrétaire ou toute autre activité épargnant le rachis. Il ne la suivait toutefois plus depuis cette date.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage le 2 mai 2007. Le rapport corrélatif a retenu que l'assurée revêtait un statut mixte, à savoir active à 80 % et ménagère à 20 %. L'assurée indiquait avoir repris une activité de secrétaire à 80 % auprès de F. _____ SA à partir du 15 février 2007. Elle peinait toutefois à assumer ce taux d'activité. L'enquêtrice de l'OAI a pris en compte des empêchements dans le ménage totalisant 15,25 %, au vu des difficultés rencontrées par l'assurée pour l'alimentation, l'entretien du logement, le soin aux enfants et la gestion du jardin potager.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a estimé, le 28 août 2007, que l'assurée était dotée d'une capacité de travail entière dans toutes activités.

Par projet de décision du 27 novembre 2007, repris dans une décision du 23 janvier 2008, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité chiffré à 3,05 % selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

C. B._____ a requis une nouvelle fois des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle adressée à l'OAI le 15 janvier 2014. Elle a indiqué présenter une hernie cervicale depuis 2012, des lombalgies sur status post cure de hernie discale L5-S1 en 2008 et des douleurs cervico-dorso-scapulaires. Etaient notamment jointes à son envoi diverses pièces médicales, à savoir :

- deux certificats médicaux du Dr C._____ des 10 septembre 2011 et 9 décembre 2013, lequel relatait, en premier lieu, que sa patiente ne pouvait porter des charges dépassant 5 kg et manifester une attention intellectuelle soutenue ; il a, dans un second temps, signalé qu'à la suite d'une cure de hernie discale L5-S1 en 2008, elle avait présenté une amélioration jusqu'en 2011, avant une recrudescence des douleurs, devenues continues depuis mai - juin 2013 ; elle souffrait également de cervicobrachialgies droites ; des antalgiques puissants et une prise en charge spécifique étaient nécessaires ; l'incapacité de travail était totale depuis le 17 septembre 2013 ;
- un rapport d'IRM du 29 mai 2012, faisant état d'une petite hernie discale médiane et paramédiane droite, pré-foraminale des deux côtés, au niveau de C5-C6 ;
- un rapport d'IRM du 8 octobre 2013, faisant état d'altérations dégénératives sous forme principalement d'une discarthrose L5-S1 et d'une spondylarthrose L4-L5 droite et L5-S1 gauche, ainsi que d'une lésion kystique compliquée de 5,5, cm de l'annexe droite.

Par rapport du 4 février 2014, l'employeur de l'assurée a indiqué avoir résilié le contrat de travail avec effet au 31 mars 2014.

L'assurée avait été employée à 60 % depuis juillet 2008 pour un revenu mensuel de 3'300 francs.

Sur question de l'OAI, l'assurée a précisé, le 4 février 2014, que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de secrétaire depuis février 2007 par nécessité financière.

Le 12 février 2014, le Dr C._____ a complété un rapport médical, relevant que l'assurée présentait, au titre de diagnostics incapacitants, des lombalgies chroniques sur discarthrose L5-S1, une spondylarthrose L4-L5 droite et L5-S1 gauche, un status post cure de hernie discale L5-S1 en 2008, des cervicobrachialgies droites et un status post hernie discale C5-C6 droite traitée conservativement en 2012. L'incapacité de travail de 100 % dès le 17 septembre 2013 était ramenée à 75 % dès le 1^{er} février 2014.

Sur questions du SMR, le Dr C._____ a signalé, le 2 juillet 2014, que l'état de santé de sa patiente demeurait stationnaire, malgré une prise en charge intensive et multidisciplinaire conduite au Centre hospitalier D._____. La capacité de travail était nulle, à son avis, dans toutes activités, l'assurée ne parvenant pas à maintenir une position statique prolongée, ni à porter des charges.

La Dre J._____, médecin associée du Service de rhumatologie du Centre hospitalier D._____, a exposé, le 7 août 2014, que l'assurée ne pouvait pas accomplir une activité de secrétaire en raison de la nécessité de maintenir une position assise prolongée, incompatible avec les lombalgies. Des cervico-scapulalgies contre-indiquaient par ailleurs le travail sur ordinateur. Une capacité de travail de 50 % pouvait être attendue dans une activité adaptée. Le cas était stabilisé du point de vue physique, l'aspect psychologique représentant toutefois, de son point de vue, un frein majeur à des mesures de réadaptation.

Le SMR a préconisé la réalisation d'une expertise orthopédique, dans un avis du 30 août 2014. Le mandat a été confié au Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport le 23 janvier 2015. Il a retenu les diagnostics de status post cure de hernie discale L5-S1 gauche, de spondylarthrose débutante L4-L5 et L5-S1 et de protrusion discale C5-C6 sans neurocompression, avec influence sur la capacité de travail. Il recommandait d'évaluer « à distance » l'hypothèse d'une fibromyalgie, au vu des signes dominant le tableau clinique. L'expert a conclu que toute activité ménageant le rachis (sans port de charges de plus 5 kg, sans mouvements répétitifs en flexion, extension ou torsion, sans escaliers, ni marche en terrain accidenté ou glissant, sans travail en position accroupie, sans obligation de ramper ou de grimper) était compatible avec l'état de santé de l'assurée, à temps et rendement complets. L'activité habituelle de secrétaire lui paraissait pleinement exigible.

Le Dr C. _____ a fait part d'un état de santé stationnaire, le 22 juillet 2015, relevant une discordance entre les plaintes et les constats cliniques et radiologiques, avec une évolution vers un trouble douloureux.

Par rapport du 7 septembre 2015, le Centre de psychiatrie du [...] a communiqué avoir pris en charge l'assurée du 8 mai au 28 août 2015 et posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme probable, accompagné d'une symptomatologie dépressive moyenne consécutive aux douleurs chroniques. La capacité de travail était de 50 à 60 % du point de vue psychiatrique. Le pronostic demeurait réservé en raison de l'incapacité de l'assurée à investir un traitement psychologique.

Sur recommandation du SMR du 11 février 2016, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique, confiée au Prof. P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rédigé son rapport le 19 octobre 2017, concluant à un syndrome somatoforme douloureux depuis 2000 (F45.4), sans répercussions majeures sur l'équilibre psychique. Il a motivé son appréciation du cas comme suit :

« [...] Il n'y a pas lieu actuellement de débiter un suivi psychiatrique. Il s'agit d'un syndrome somatoforme douloureux classique mais sans répercussions majeures au niveau de l'équilibre psychique. De plus, l'expertisée reste attachée à la recherche d'une cause organique et l'exploration de son périmètre psychosocial ne

permet pas d'identifier des perturbations psychologiques qui pourraient faire l'objet d'un travail psychothérapeutique. Il est à noter que pour les personnes avec un tel diagnostic sans autres morbidités psychiatriques, le traitement par thérapie cognitivo-comportementale n'est pas supérieur au modèle de « enhanced care » qui inclut des consultations de la douleur, l'introduction de l'hypnose et la physiothérapie.

[...]

Des mesures de réadaptation sont possibles à temps plein d'un point de vue psychiatrique. Tenant compte des souhaits de l'expertisée et de son histoire récente, il convient de débiter par une activité à temps partiel dans un domaine de son intérêt.

[...]

Il s'agit d'une femme sans antécédents psychiatriques issue d'un milieu soutenant. On ne retrouve pas de conflits systémiques dans sa famille d'origine ni éléments ayant perturbé son développement psychosexuel. Dans l'ensemble sa trajectoire de vie a été lisse jusqu'à ses 30 ans lorsqu'elle a présenté des douleurs sous forme de lombalgies en 2000, peu de temps avant un AVC qui a nécessité une opération du cœur restant toutefois sans séquelles neurologiques. Comme souvent dans le cas du syndrome somatoforme douloureux, la fixation de la plainte se fera après un épisode de maladie physique aiguë et potentiellement menaçante pour la vie. A partir de cette date (2002), les douleurs ont fait partie du quotidien de l'expertisée. Elles s'aggraveront à partir de la découverte d'une hernie discale, puis donneront lieu à une opération du dos en 2008. Depuis lors, elles iront crescendo pour aboutir à l'abandon d'un travail bien investi en 2013. Il y a eu la tendance de donner une explication psychologique au syndrome douloureux somatoforme que l'expertisée présente sans aucun doute faisant référence à son divorce houleux avec scènes de violence à cause des alcoolisations de son ex-époux. Toutefois, une analyse plus approfondie montre que l'expertisée a su gérer cette période difficile mobilisant ses ressources et trouvant par la suite un nouveau compagnon. De plus, elle a préservé une bonne qualité de lien avec ses enfants. Ainsi, la péjoration du syndrome douloureux ne peut pas être mise sur le compte d'un facteur de stress psychosocial. Sur le plan du fonctionnement au quotidien, les douleurs ressenties affectent sa capacité de répondre aux sollicitations de sa fille cadette, alimentent des insomnies et diminuent sa capacité à investir des activités à l'extérieur. Toutefois, elles n'impactent pas sa capacité de tisser des liens et à avoir une vie sociale. De plus, l'expertisée ne présente pas de symptômes de décompensation dépressive mais uniquement des réactions de désarroi face à des douleurs qui restent à ses yeux inexplicables.

Sur le plan de l'invalidité, on peut considérer que le syndrome douloureux somatoforme (qui se retrouve ici sous une forme de mono-diagnostic ce qui est rare) empêche la reprise d'une activité professionnelle en économie libre (problèmes de mobilisation, difficultés à s'investir dans des activités physiques, insomnies) mais n'a pas d'impact sur une réadaptation professionnelle qui est clairement souhaitée de sa part. Débutant en temps partiel, cette activité pourrait se dérouler dans un milieu bienveillant dans un des domaines de sa prédilection (vente, gestion de bibliothèque). [...] »

L'expert a conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, sur le plan psychiatrique.

A la suite de plaintes de diplopie monoculaire gauche et droite apparaissant à la lecture prolongée, l'assurée a consulté l'Hôpital Q._____, où le Prof. S._____, médecin-chef, a conclu à un status neuro-ophtalmologique normal, sans dysfonction visuelle ni trouble oculomoteur, le 6 juin 2018. Seule une augmentation de la correction d'une presbytie était préconisée.

L'OAI a organisé une mesure d'observation professionnelle de l'assurée au sein du Centre E._____ du 29 janvier au 3 mars 2019 par communication du 23 janvier 2019. Ledit centre a communiqué son rapport le 18 mars 2019, mettant en évidence des rendements oscillant entre 13 % et 100 %. Il a relevé que l'observation avait été « émaillée par une organisation particulière », l'assurée ayant souhaité mettre en place des pauses allant jusqu'à 4 heures par jour et des activités aménagées par ses soins. Les maîtres socio-professionnels relevaient que tant des éléments médicaux que des facteurs psycho-comportementaux et environnementaux limitaient la capacité de travail de l'assurée. Ils n'avaient pas pu définir de capacité de travail sur le marché ordinaire du travail, sans retrouver, dans le dossier médical, de socle somatique susceptible d'expliquer l'ensemble des limitations fonctionnelles, la diminution du temps de travail et du rendement de manière objective.

L'assurée a fait parvenir à l'OAI, à l'occasion de divers échanges de courriels, des pièces médicales supplémentaires, dont notamment :

- un rapport d'IRM du 11 mars 2019, concluant à une importante discopathie L5-S1, associée à un débord disco-ostéophyttaire postérieur, responsable de la déviation de S1 gauche dans son récessus latéral, ainsi qu'une arthrose

facettaire modérée des deux derniers niveaux lombaires, associée à une composante inflammatoire droite ;

- un rapport du Prof. S. _____ du 13 août 2019, concluant à un status ophtalmologique superposable à celui décrit dans son rapport du 6 juin 2018.

Par avis du 2 septembre 2019, le SMR a estimé que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé durablement incapacitante.

L'OAI a dès lors établi un projet de décision le 6 septembre 2019, informant l'assurée de ses intentions de nier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Assistée d'un avocat, l'assurée a contesté le projet précité par correspondance du 10 octobre 2019, concluant à l'octroi de mesures de réadaptation sur la base des conclusions du Prof. P. _____ et du Centre E. _____. Elle a subséquemment produit de nouvelles pièces médicales, à savoir un rapport du 21 novembre 2019 de la Dre J. _____ et un rapport du 11 décembre 2019 de la Dre L. _____, médecin auprès de l'Hôpital Q. _____. La Dre J. _____ a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathie sévère L5-S1, status post cure chirurgicale de hernie discale L5-S1 en 2008, et de cervicalgies connues depuis 2014 en régression. Elle s'est exprimée comme suit :

« [...] Madame B. _____ souffrait de douleurs lombaires inconstantes depuis longtemps, et [...] elle avait développé, depuis l'automne 2013, des lombalgies très intenses, la limitant dans ses activités quotidiennes et professionnelles. Cette problématique est survenue 5 ans après une cure chirurgicale de hernie discale L5-S1. Divers traitements antalgiques effectués, ainsi que la physiothérapie, n'ont donné aucun résultat et, à l'époque déjà, la patiente prenait de la morphine (MST 30 mg 2x/jour), médication qu'elle suit encore actuellement.

Des gestes infiltratifs ont également été réalisés, sans aucune efficacité. La physiothérapie conventionnelle a été renforcée par un programme intensif et multidisciplinaire à l'Unité du rachis, prise en charge qui n'a pas été plus efficace.

[...] Elle se plaint toujours de douleurs lombaires permanentes et intenses (5/10 sur une échelle visuelle analogique), avec parfois une irradiation dans le MIG [réd. : membre inférieur gauche]. Elle annonce de temps en temps des cervicalgies. Les douleurs

lombaires la réveillent souvent la nuit et, à une époque, elle avait dû augmenter ses doses de morphine. Il n'y a pas de boiterie, mais elle se dit très limitée dans les activités quotidiennes, l'obligeant à s'arrêter, voire à s'allonger toutes les heures ou toutes les deux heures.

[...]

Dans un premier temps, nous avons repris la physiothérapie mais, hélas, elle reste toujours inefficace. Depuis quelques mois, la patiente a toutefois réussi à réduire la morphine à 2x 30 mg, dose qu'elle avait déjà en 2014, mais cela lui coûte beaucoup, car les douleurs semblent plus importantes.

[...]

5. Evolution de l'état de santé de Mme B. _____ et pronostic

Les plaintes de la patiente, ainsi que l'examen clinique, ne diffèrent pas de ce qui est noté dans le dossier du Centre hospitalier D. _____ de 2014-2015. L'examen clinique n'est pas contributif, et il n'y a aucun signe qui peut nous orienter vers un réel syndrome radiculaire. La discopathie bien mise en évidence à l'IRM est souvent l'évolution naturelle après une cure chirurgicale d'hernie discale, et elle était déjà présente en 2013.

Nous nous trouvons devant une situation de douleurs chroniques et d'échec à tout traitement (médicaments, physiothérapie, gestes infiltratifs). Dans cette situation, il est illusoire de penser que d'autres traitements puissent aider la patiente, sinon un soutien psychologique et une aide financière qui l'aideraient à sortir de la misère sociale.

6. L'état de santé de Mme B. _____ s'est-il aggravé ? Si oui, depuis quand ?

La patiente dit avoir plus de douleurs depuis 2 ans, mais l'examen clinique reste comparable à 2014. Il s'agit donc d'une aggravation subjective. Quant à l'examen IRM effectué en mars 2019, et comparé avec l'imagerie de 2013, nous pouvons affirmer qu'il y a une progression de la perte de hauteur discale, avec apparition de signes de souffrance sous-chondrale (signe de Modic type I). Cela peut expliquer le ressenti douloureux de la patiente. [...]

7. Influence de l'état de santé sur la capacité de travail

Nous pouvons considérer que sa souffrance lombaire l'empêche d'avoir une activité à 100 %. Cependant, dans une activité adaptée, légère, où elle pourrait changer les positions assises-debout et ne devrait pas porter de charges, nous pouvons raisonnablement penser qu'elle a une capacité de travail maximale de 50 %.

Il faut retenir que Madame B. _____ est connue aussi pour des cervicalgies depuis 2014, en relation avec une petite hernie discale C5-C6, symptomatologie calme actuellement, mais qui pourrait à tout moment décompenser, même dans une activité de bureau. Elle est sous haute dose d'opiacé, ce qui explique le manque de concentration et, implicitement, la baisse de la rentabilité dans toutes les activités, y compris la plus légère, situation que nous prenons en compte pour apprécier sa capacité de travail.

Étant donné que plusieurs années sont passées depuis que la patiente est hors circuit professionnel, il faudra tenir compte qu'elle a besoin d'une période d'adaptation et qu'elle doit travailler dans un milieu rassurant et sans stress, seule possibilité de l'intégrer dans la vie active. [...] »

Quant à la Dre L._____, elle a rappelé que l'assurée présentait une vision double à la lecture prolongée ou à l'exposition à l'écran, ces symptômes s'inscrivant vraisemblablement dans une problématique de surface oculaire et d'hyperévaporation du film lacrymal. Elle avait introduit un nouveau traitement après l'échec de deux précédentes tentatives.

Sur recommandation du SMR du 16 janvier 2020, l'OAI a mandaté le Centre d'expertises médicales T.____SA (ci-après : le T.____SA) pour procéder à une expertise pluridisciplinaire de l'assurée le 11 février 2020.

Le 30 juin 2020, l'assurée a fait parvenir au centre précité les rapports établis respectivement les 19 et 26 juin 2020 par les Drs M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et N._____, spécialiste en chirurgie, lesquels se déterminaient sur les contre-indications éventuelles d'une intervention chirurgicale par voie antérieure au niveau L5-S1. Le Dr M._____ observait en effet qu'une IRM du 25 mai 2020 avait mis en évidence une importante inflammation au niveau des plateaux vertébraux en L5-S1 antérieurement, en présence toutefois d'articulations saines.

Les Drs V._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en rhumatologie, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rédigé leur rapport d'expertise le 24 juillet 2020, pour le compte du T.____SA. Ils ont retenu les diagnostics de lombosciatalgie gauche sur discopathie et protrusion discale L5-S1 (M54.3 et M53.9), de douleur du poignet après fracture du poignet droit (S62.8), de diplopie monoculaire au bout de 20 à 30 minutes de lecture, probablement iatrogène en l'absence d'anomalie ophtalmologique objectivée, avec prise de morphiniques au long cours, et de migraines ophtalmiques. Aucune maladie, ni trouble de la personnalité n'étaient relevés sur le plan psychiatrique. Au titre des limitations fonctionnelles, uniquement d'ordre rhumatologique, étaient mentionnés l'effort de soulèvement de plus de 5 kg, les positions en porte-à-faux et les

rotations répétée du buste, le port de charges supérieures à 5 kg proche du corps, le piétinement et la position assise prolongée, ainsi que le port de poids bras droit tendu en avant ou sur les côtés (poignet droit). L'assurée nécessitait de changer de position régulièrement, au moins trois fois par heure. Les experts ont conclu à une capacité de travail de 80 %, soit 100 % avec baisse de rendement de 20 %, en qualité de secrétaire depuis le 25 mai 2020 (date de la dernière IRM). Auparavant, la capacité de travail avait été de 100 % sans baisse de rendement, sous réserve des incapacités de travail temporaire (hospitalisation pour l'AVC survenu en septembre 2002, pour la chirurgie par cathétérisme cardiaque pour fermeture du foramen ovale en novembre 2002, pour hystérectomie compliquée d'une lésion de la vessie avec laparotomie en juillet 2004 et pour une réduction mammaire bilatérale à visée antalgique dorsolombaire à fin 2010). Les experts ont par ailleurs fait part des éléments suivants aux termes de leur évaluation consensuelle du cas (cf. rapport d'expertise du T. _____ SA du 24 juillet 2020, p. 3 - 5) :

« [...] Madame B. _____ a été opérée du rachis lombaire pour une hernie discale en janvier 2008 et depuis, elle a douleurs lombaires à type de crampes, limitant les positions assises et debout, l'obligeant à se mobiliser en permanence avec une irradiation à la face externe de la cuisse gauche ne correspondant pas à un territoire S1 alors qu'il a été constaté une inflammation de la racine S1, sur le dernier IRM. Il y a donc une inadéquation anatomo-clinique. Les réactions inflammatoires Modic I à l'étage L5-S1 expliquent, en revanche, les douleurs existantes à la fois au repos et pendant l'activité. Dans ce cadre, il est plutôt indiqué d'immobiliser le rachis lombaire par un corset en plastique thermoformable sur mesure pour obtenir la disparition de l'inflammation, après réalisation des infiltrations.

L'expertisée continue à prendre un traitement antalgique important à type de morphine qui est probablement responsable de sensations de diplopie survenant au bout de 20 à 30 minutes de lecture, alors que les consultations ophtalmologiques n'ont pas trouvé d'anomalie expliquant la symptomatologie. Le port de lunettes depuis 1 ½ an favorise la survenue de migraines ophtalmiques typiques, à IRM cérébrale normale.

[...]

L'examen clinique pluridisciplinaire se montre rassurant ne montrant à aucun moment de signes neurologiques et sans changement depuis 2015. Il n'y a donc, actuellement, aucun critère pour une indication chirurgicale.

[...]

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité, avec des mécanismes adaptatifs, n'a aucune incidence.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Pas de facteurs de surcharge chez Madame B. _____ qui réalise de nombreux gestes de la vie quotidienne à l'exception du ménage où elle ne peut effectuer que les poussières ou les travaux à hauteur. Elle est limitée pour maintenir une position fixe que ce soit en position assise ou en position debout. Par contre, elle est capable de marcher une heure, activité qu'elle effectue régulièrement. Nous avons donc constaté qu'elle est capable de s'adapter à des règles de routine, elle sait planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité, elle est capable de mobiliser ses compétences et ses connaissances même si elle dit qu'elle ne peut pas travailler à cause de ses douleurs. Elle est capable de changement et apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiative et d'activité spontanée. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, elle a le soutien de ses enfants et de son compagnon. Elle peut prendre soin d'elle-même, subvenir à ses besoins. Elle a les moyens de se déplacer, elle est venue seule en voiture à l'expertise. Sa capacité de résistance et d'endurance est toutefois légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

4.6. Contrôle de cohérence

Pour les experts en médecine interne et psychiatrie, les plaintes sont cohérentes et plausibles. En revanche, l'expert rhumatologue s'étonne de l'importance des douleurs lombaires ressenties par l'expertisée et de la prescription d'antalgique morphinique à forte dose.

Par ailleurs, Madame B. _____ (courrier du 9/6/2020) nous signale qu'elle a augmenté ses doses de morphine (en goutte) depuis la réalisation des expertises. Ceci montre, avec précision, que l'état de l'expertisée est dépendant des mouvements et des efforts qu'elle peut effectuer.

[...]

L'expert rhumatologue propose des infiltrations, immobilisation par corset et diminution du traitement antalgique.

L'expert en médecine interne préconise qu'en supprimant la morphine de manière extrêmement progressive, on pourrait arriver à une amélioration des troubles visuels, probablement secondaires à la prise chronique de ce traitement. Aucun traitement n'est possible concernant les dysuries nocturnes, non incapacitantes. Enfin, il pourrait être envisagé un traitement spécifique de type triptans en cas de survenue de migraines, mais cela n'aurait pas d'influence sur la capacité de travail. [...] »

Sur le plan psychiatrique, le Dr W. _____ a relaté ses observations en ces termes (cf. ibidem, annexe 1, p. 9) :

« [...] L'expertisée est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et concernant la situation. Concernant les troubles cognitifs, pas de trouble de la concentration ou de la mémoire (faits anciens ou récents). Son intelligence correspond à son niveau de scolarité.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'expertisée ne présente pas de troubles formels de la pensée, pas de clivages du Moi, pas de barrages, pas de bizarreries

ou de réponses à côté. Il n'y a pas de troubles de la perception tels des hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Pas d'idées délirantes, notamment de persécution.

Pas d'idées interprétatives ou d'idées de concernement, simples ou délirantes.

Pas d'euphorie, pas de fuites d'idées. Pas de comportement familier, manipulateur ou vindicatif.

Concernant le registre dépressif, pas de tristesse. L'humeur n'est pas dépressive. Pas de signe clinique en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence d'un sentiment de dévalorisation et de désespoir par rapport à ses douleurs. Pas de sentiment d'infériorité, d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idée noire, pas de tentative de suicide, pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Troubles du sommeil en fonction de la douleur.

Concernant le registre anxieux, pas de tension nerveuse, pas de nervosité, pas d'irritabilité, pas d'angoisse. Sentiment d'inquiétude concernant son avenir.

Pas de rituels, pas de phobie.

Pas de signe clinique d'un état de stress post-traumatique. Pas de cauchemar ni de flashback.

Aucun trouble alimentaire. Pas d'anorexie, pas de boulimie.

Concernant le registre de l'addiction, l'expertisée fume 15 cigarettes par jour, elle ne consomme pas d'alcool ni de drogue.

Il n'y a pas de divergence entre les dires de l'expertisée et nos propres constatations. »

L'expert psychiatre a conclu à l'absence de trouble psychiatrique ou de trouble de la personnalité, en présence d'une assurée positive, dotées de ressources psychologiques et de mécanismes adaptatifs. Il a relevé que l'assurée n'avait jamais fait l'objet d'une prise en charge chez un psychiatre ou un psychologue, tandis qu'elle n'avait jamais reçu de traitement psychotrope. Sa capacité de travail était entièrement préservée, depuis toujours, du point de vue psychiatrique. L'expert signalait que, hormis une hernie discale qui provoquait des douleurs, la souffrance n'était pas prédominante, persistante, sévère ou pénible, et qu'elle n'entravait pas les activités principales de la vie quotidienne. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux ne pouvait donc pas être confirmé, qui plus est, de son point de vue, en présence du diagnostic somatique de hernie discale avec séquelles. L'adéquation du traitement antalgique devait, selon lui, être examinée par l'expert rhumatologue.

Le registre rhumatologique a été investigué par le Dr X._____, qui a qualifié de normal l'ensemble des examens réalisés (épaules, coudes, poignets/mains, hanches, genoux, chevilles) à

l'exception de celui du rachis où il a observé une douleur lombaire basse. Aucun signe de fibromyalgie n'était retrouvé. L'expert a notamment fait part de l'appréciation ci-après (cf. ibidem, annexe 2, p. 19) :

« [...] **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Il est plausible de ressentir des douleurs lombaires, après la réalisation d'une chirurgie lombaire. On peut s'étonner de l'importance de ces douleurs et de la prescription d'antalgique morphinique à forte dose.

[...]

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'expertisée réalise de nombreux gestes de la vie quotidienne à l'exception du ménage ou elle ne peut effectuer que les poussières ou les travaux à hauteur. Elle est limitée pour maintenir une position fixe que ce soit en position assise ou en position debout. Par contre elle est capable de marcher une heure, activité qu'elle effectue régulièrement.

Elle peut donc effectuer une activité sans effort mais avec des changements de position réguliers, son activité de secrétaire correspond tout à fait à ses possibilités.

Elle a le soutien de ses enfants et de son compagnon.

L'inadéquation entre les constatations objectives et l'importance du traitement antalgique me semble pouvoir être expliqué par d'autres éléments que somatique et rend encore plus prudent toute indication thérapeutique agressive. »

Du point de vue de la médecine interne, le Dr V. _____ a évalué la situation comme suit (cf. ibidem, annexe 3, p. 30) :

« [...] **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

La diplopie survenant au bout de 20-30 minutes de lecture peut correspondre à un effet secondaire des consommations de morphine depuis des années alors qu'aucune anomalie ophtalmologique n'a été mise en évidence.

L'expertisée se lève par ailleurs dès 30 minutes d'entretien et doit marcher en permanence durant l'heure qui suit afin de soulager ses lombalgies. Les transferts sont effectués sans difficulté et la position assise penchée en avant ne pose pas de problème. L'EVA est évaluée à 4/10 en permanence, jusqu'à 9-10/10 à maxima. Il semble exister une exagération de l'intensité douloureuse alors que l'expertisée continue de faire de la natation une fois par semaine pendant 1 heure, à marcher 1 heure par jour environ, à préparer et à cuisiner, à faire les courses, bien qu'aidée par ses enfants pour l'aspirateur, le nettoyage des sols et le balai.

Les céphalées récidivant depuis le port de lunettes correspondent à des migraines ophtalmiques probablement à composante psychogène et ophtalmologique.

Les dysuries nocturnes ont été objectivées par la débimétrie et correspondent à une vessie partiellement désinnervée.

Les atteintes sont plausibles.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame B._____ est âgée de 50 ans, peut se mobiliser sans difficulté. Elle a le permis de conduire, elle est d'un abord sympathique, a été assistante opérationnelle et même assistante de direction pendant de nombreuses années, pour un arrêt en lien uniquement avec les lombalgies. C'est plutôt la position statique qui lui pose problème. Les difficultés urologiques ne sont que nocturnes. Aucune thérapeutique n'a été évaluée concernant la survenue de migraines ophtalmiques actuellement. Il n'y a pas de somnolence diurne.

Les difficultés résident essentiellement dans les douleurs lombaires qui sont ressenties de manière très intense par l'expertisée.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle concernant la médecine interne générale. [...] »

Par rapport du 3 août 2020, le SMR s'est intégralement rallié aux conclusions des experts du T._____SA.

L'assurée a fait parvenir à l'OAI un certificat établi le 6 août 2020 par la Dre L._____ qui observait que, malgré ses différentes tentatives de soins, la diplopie dont se plaignait sa patiente ne s'était pas amendée. Elle concédait n'avoir pas d'explications sur cette diplopie monoculaire bilatérale et ne pouvait, de ce fait, se prononcer sur son évolution ou sur les traitements à envisager. Elle indiquait qu'un impact de cette problématique sur l'exercice de l'activité de secrétaire lui paraissait plausible.

L'assurée a également produit un rapport du Dr R._____, spécialiste en chirurgie viscérale, du 17 septembre 2020. Ce dernier mentionnait le diagnostic de cholélithiase symptomatique, pour lequel une intervention chirurgicale, suivie d'une courte hospitalisation, était envisagée dès le 5 octobre 2020.

Par courriel à l'OAI du 18 novembre 2020, l'assurée a transmis un tirage d'un rapport d'IRM de l'abdomen supérieur du 13 novembre 2020, lequel a mis en évidence un angiomyolipome du pôle inférieur du rein droit de 18 mm, sujet à contrôle par un nouvel IRM à l'échéance d'un délai de douze mois.

Le SMR a indiqué, le 11 janvier 2021, que ces nouveaux documents ne modifiaient pas les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du T. _____ SA.

Le service de réadaptation de l'OAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assurée le 22 janvier 2021, sur la base d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une baisse de rendement de 20 %), tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, il a abouti à un degré d'invalidité de 20 %. Il a exclu la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, l'assurée n'étant, à son avis, ni objectivement ni subjectivement apte à s'y engager.

Par un nouveau projet de décision du 2 février 2021, annulant et remplaçant celui du 6 septembre 2019, l'OAI a signalé à l'assurée qu'il envisageait de prononcer un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 20 %, déterminé notamment sur la base des conclusions médicales versées au dossier, dès le 25 mai 2020. L'assurée était en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité administrative ou dans une activité simple et répétitive du domaine industriel léger. Pour la période antérieure, l'assurée ne présentait, selon l'OAI, aucune atteinte à la santé durablement incapacitante.

L'assurée, avec le concours de Me Karim Hichri, avocat au sein d'Inclusion Handicap, s'est opposée au projet précité par courrier du 4 mars 2021. Elle a rappelé avoir subi une intervention chirurgicale selon la recommandation _____ du Dr R. _____ et contesté l'appréciation de son cas sur le plan psychiatrique. Elle estimait que les conclusions communiquées par le T. _____ SA de ce point de vue étaient dénuées de valeur probante, étant donné qu'elles divergeaient sensiblement des constats des autres médecins l'ayant examinée.

Par plis subséquents des 7 avril et 10 mai 2021, l'assurée a adressé à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'IRM du rachis cervical du 2 mars 2021, concluant à une discrète discopathie dégénérative avec en particulier de petits complexes disco-ostéophytiques postérieurs C4-C5 médian et C5-C6 circonférentiel générant un discret rétrécissement canalaire, à l'absence de hernie discale et à un discret rétrécissement foraminaux C5-C6 droit ;
- un rapport du 16 avril 2021 du Dr M._____, lequel s'étonnait des conclusions communiquées par les experts rhumatologue et de médecine interne générale du T._____, SA, ainsi que des doutes soulevés par ces derniers quant à l'intensité de plaintes de l'assurée ; il rappelait l'indication opératoire posée dans le cas de cette dernière et estimait que ses troubles visuels impactait sa capacité de travail dans l'activité de secrétaire ; il considérait que le rapport du T._____, SA contenait « certaines incongruences » de nature à remettre en question l'évaluation de la capacité de travail ;
- un rapport du 3 mai 2021, établi par la Dre O._____, spécialiste en neurochirurgie, laquelle, à l'issue d'une scintigraphie osseuse, relevait une « très claire discarthrose hypercaptante érosive en L5-S1 », susceptible d'expliquer les symptômes allégués par l'assurée ; il y avait lieu, selon la spécialiste, de procéder à une fixation supérieure par vis transpédiculaires ; la capacité de travail était nulle et devait réévaluée à l'échéance de six mois post-opératoires.

Le 29 mai 2021, l'assurée a communiqué un tirage d'un rapport du 26 mai 2021, rédigé par le Dr Y._____, spécialiste en anesthésiologie. Il relevait qu'avant tout geste chirurgical, il comptait effectuer un dernier geste infiltratif, à savoir des blocs sacro-iliaques. Si l'assurée décidait de ne pas se faire opérer, il envisagerait alors une

neuromodulation spinale électrique ou médicamenteuse, voire, en cas d'échec, des injections intrathécales.

Le 14 juin 2021, le Dr M. _____ a répondu à des questions du SMR, indiquant que l'indication chirurgicale n'avait finalement pas été retenue pour l'assurée. Il n'avait pas planifié de prochaine consultation.

Quant à la Dre O. _____, elle a réitéré, le 8 juillet 2021, que l'indication opératoire était confirmée, mais qu'elle demeurait sans nouvelles de l'assurée à cet égard.

Le SMR a maintenu sa précédente appréciation le 14 septembre 2021.

Le 15 septembre 2021, l'OAI a établi sa décision, reprenant les termes de son projet de décision du 2 février 2021. Il a dès lors considéré que l'assurée avait présenté une pleine capacité de travail pour toutes activités jusqu'au 25 mai 2020. Dès cette date, un degré d'invalidité de 20 % pouvait être retenu, mais n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a ainsi rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité formulée par l'assurée.

D. **a)** B. _____, toujours représentée par Me Hichri, a déféré la décision de l'OAI du 15 septembre 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 21 octobre 2021. Elle a conclu, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision, et, subsidiairement, à la réforme de la décision en cause, sous suite de l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014. A titre liminaire, elle a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire, sur les plans psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne. Elle a, en substance, fait grief à l'OAI d'avoir statué prématurément sur son cas, considérant que le rapport d'expertise du T. _____ SA ne pouvait se voir conférer une valeur probante suffisante. Elle a rappelé en particulier les incohérences soulevées par le Dr

M._____, eu égard audit rapport. Elle a, par ailleurs, souligné les divergences diagnostiques quant à la présence d'un syndrome somatoforme douloureux et l'absence de traitement de substitution proposé par les experts en lieu et place de la morphine, alors que ses plaintes douloureuses avaient pourtant été jugées cohérentes et plausibles. Elle relevait également l'aggravation de son état de santé somatique au vu des conclusions du rapport d'IRM du 2 mars 2021 et de l'indication chirurgicale posée par la Dre O._____. En outre, l'assurée a reproché à l'OAI de ne pas lui avoir proposé de mesure de reclassement professionnel, alors que son degré d'invalidité le permettrait. Elle a, enfin, requis l'assistance judiciaire, étant donné la précarité de sa situation financière.

b) Par décision du 10 novembre 2021, la magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 octobre 2021, l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi que désignant Me Hichri en qualité d'avocat d'office.

c) L'OAI a répondu au recours le 8 décembre 2021, concluant à son rejet, sur la base des analyses successives du SMR et du rapport de son service de réadaptation du 22 janvier 2021.

d) Par réplique du 12 janvier 2022, l'assurée a maintenu ses conclusions. Elle s'est référée à un courrier du 25 octobre 2021 de la Dre O._____, laquelle réitérait son appréciation du cas et mentionnait derechef être sans nouvelles de l'assurée. Celle-ci a, par ailleurs, retranscrit les propos du Dr Z._____, nouveau médecin généraliste traitant, communiqués par courriel du 30 octobre 2021, selon qui une contre-expertise était nécessaire. Il rappelait que sa patiente présentait des lombalgies et des troubles intestinaux, ainsi que vésicaux, en lien avec l'inflammation chronique de la partie basse de la colonne, tandis qu'une indication opératoire avait été posée. Il soulignait également la prise de longue date d'un traitement opiacé très lourd, avec un effet de dépendance, ce qui apparaissait incompatible avec une activité lucrative régulière. Un trouble

somatoforme douloureux chronique était également qualifié de « très invalidant ». L'assurée indiquait enfin avoir été opérée à plusieurs reprises et présenter à vie des séquelles non négligeables.

e) Dans une duplique du 3 février 2022, l'OAI a maintenu sa position.

f) L'assurée a produit un rapport établi le 3 février 2022 par le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a fait part du suivi spécialisé intégré, instauré par ses soins dès le 13 octobre 2021. Il a également souligné que l'assurée avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale rénale le 23 janvier 2021 [recte : 2022], en raison d'une obstruction de l'écoulement causée par un calcul de 6 mm. Après avoir rappelé l'historique médical de sa patiente et exposé les différents diagnostics retenus dans son cas, il a, pour sa part, évoqué les diagnostics suivants ressortant à sa sphère de compétences :

- accentuation de traits de personnalité (anxieux, dysthymiques, somatoformes ; Z73.1) ;
- troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'opiacé, sous surveillance médicale (F11.22).

Il a rapporté le status de l'assurée et son évaluation du cas en ces termes :

« [...] Elle paraît épuisée, nerveuse, irritée, et non reconnue dans sa souffrance, allant jusqu'à évoquer l'injustice de ses deux parents décédés du cancer. Elle explique ne ressentir que du négatif ; elle tourne en rond et souffre.

Elle présente des troubles de la concentration, de l'attention, de la dévalorisation ; elle se focalise difficilement sur une tâche et se disperse. Elle présente des troubles du sommeil avec des réveils multiples.

Elle dort toute la journée selon elle, elle souffre, et ne se sent pas reconnue, et comprise par l'entourage. Elle se plaint de constipation, et de troubles urinaires, (récemment elle a eu un calcul), et des troubles visuels : elle voit double parfois.

Elle a mal aux cervicales, au dos, se déplace difficilement. Elle se plaint de fortes migraines, et la médication la tasse de sorte qu'elle n'a pas d'énergie pour avoir des activités. Elle assume difficilement

son ménage, et les gestes du quotidien. Une limitation du port de charge [à] 5 kg a été fixée.

[...]

Elle est à l'arrêt à 100 % depuis novembre 2013. Elle a été marquée par un refus d'aide de l'office AI en 2014, et 2017. Elle décrit depuis lors huit ans de procédure avec l'office AI et l'aggravation de son état de santé. Ainsi, on peut constater qu'il s'agit certainement d'une personne volontaire et travailleuse, qui a fait tous les efforts pour retrouver une activité professionnelle, puisqu'elle avait souffert d'un accident vasculaire cérébral en 2002 avec une hémiparésie gauche transitoire ; puis une opération neurologique du dos, en 2008 pour une hernie discale avec récurrence selon une IRM en 2021. Elle a néanmoins malgré cela travaillé jusqu'en 2013, en présence de deux enfants à éduquer.

Ainsi selon la jurisprudence en vigueur, on peut exprimer le fait qu'elle a fait tous les efforts que [l'on] peut attendre d'elle pour retrouver de l'emploi adapté à son état de santé.

Elle a des douleurs généralisées, cervicales et lombaires avec de l'arthrose avancée, des troubles neurologiques, issus des hernies discales, qui ont déjà été traitées sans succès. En outre elle souffre de nombreuses autres comorbidités (cf. les diagnostics) et est traitée par une médication morphinique.

Je rappelle que les traitements antalgiques sont donnés par palier : degré un) : Paracétamol et antipyrétiques, avec des risques hépatiques, degré deux) : les anti-inflammatoires dits AINS, avec leurs risques rénaux et gastriques, puis degré trois) : des traitements plus forts précurseurs des opiacés comme le Tramadol et enfin de degré quatre) : les opiacés lorsque aucun médicament de ces groupes, et autres calmants, tranquillisants, antiépileptiques, et antidépresseurs, ne sont actifs.

Tous les traitements opiacés créent de la dépendance, et de l'accoutumance et de nombreux effets secondaires. La morphine, mais également l'héroïne pour rappel, sont des opiacés.

Il est très difficile de travailler en soi avec ces médications qui provoquent des troubles de la concentration, de l'attention, de la fatigue, des troubles de l'équilibre et la proprioception, des sensations corporelles, des troubles urinaires, gastriques, visuels, des transpirations profuses et j'en passe.

Je suis surpris que le diagnostic de dépendance aux opiacés avec maintenance médicale, ne soit pas retenu par mes confrères, ce qui semble être une omission depuis le temps que cette patiente en bénéficie, et que ce trouble ne soit pas reconnu chez elle comme comorbidité majeure en raison de ses effets secondaires notamment, et prescrit dans les troubles douloureux les plus graves sur les échelles d'évaluation de la douleur.

Les personnes traitées par des opiacés, dans la société, sont des personnes qui ne travaillent généralement pas ou avec de telles difficultés que leur pourcentage de capacité de travail est, au grand maximum, de 30 % en moyenne, de mon expérience médicale. Je n'ai pas trouvé de valeurs statistiques fiables dans la littérature scientifique.

Ainsi pour les raisons pré-évoquées, la capacité de travail de cette patiente, est certainement nulle, et cela de manière définitive. En effet, la situation s'aggrave encore, et une nouvelle opération neurologique est définitivement envisagée [...]. »

g) L'OAI s'est déterminé le 17 février 2022. Il a maintenu ses conclusions en se fondant sur un nouvel avis du SMR du 11 février 2022. Ce service observait que la situation de l'assurée, consommant des opiacés sous surveillance médicale, n'était pas assimilable à un syndrome de dépendance en lien avec une toxicomanie, laquelle entraînait une consommation excessive avec un contrôle difficile des quantités et un retentissement dans toutes les sphères de la vie. Il relevait que l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles uniformes dans tous les domaines, au vu du descriptif de sa journée type et de ses compétences sociales. Elle conservait des ressources internes et externes mobilisables. Le SMR remarquait également que seules trois catégories d'antalgiques étaient prises en considération au sein des centres hospitaliers. S'agissant enfin des troubles visuels, il considérait que les experts s'étaient prononcés à cet égard. Une diminution de la morphine de manière très progressive avait été préconisée. Cela étant, l'assurée conservait une capacité à utiliser des écrans et à conduire un véhicule.

h) Le 13 avril 2022, l'assurée a adressé à la Cour de céans un nouveau rapport du Dr G. _____ du 1^{er} avril 2022, à l'appui de son recours. Ce spécialiste s'est exprimé comme suit :

« [...] Je me permets de vous adresser le rapport à l'identique [...], hormis la médication, qui est modifiée, et dans laquelle les opiacés sont prescrits à une dose plus importante, que mentionné dans mon précédent rapport. La patiente m'a transmis le nouveau dosage. Ainsi, je donne suite à votre courrier daté du 7 mars 2022, dans laquelle vous transmettez l'avis du médecin conseil du SMR, il ne s'agit évidemment pas d'une expertise, mais d'une évaluation médicale, qui reste sujette à discussion.

Je suis scandalisé par le fait que le traitement de cette patiente est fortement banalisé. Sans me répéter, je souligne qu'elle est traitée par une médication morphinique depuis 2013, année depuis laquelle elle ne travaille définitivement plus.

Les traitements morphiniques sont les médications les plus lourdes existantes, en termes d'antalgie et cela est banalisé voire dénié par ce médecin du SMR. [...]

À noter : la morphine est associée à un risque de dépendance psychologique et physique. Le patient peut également devenir tolérant au médicament, et être dans l'obligation d'augmenter les doses prises pour soulager sa douleur.

Je ne peux pas entrer dans la discussion du médecin du SMR, qui ne veut pas reconnaître la gravité des troubles médicaux, et la lourdeur du traitement, ni entrer dans la nuance qu'il veut apporter dans le diagnostic (F11.22), qu'il ne veut pas reconnaître sous cette forme. Il

s'agit ici effectivement d'un trouble douloureux avec en partie un substrat organique. Cependant les douleurs sont d'origine mixte somatique et centrales, donc intrapsychiques et d'origine cérébrale également.

De plus, la dépendance ne peut pas être remise en question. Un sevrage serait nécessaire au vue de la durée du traitement, mais la patiente ne peut pas envisager une baisse de cette médication à laquelle elle est accoutumée et devenue dépendante.

Je rappelle les nombreux diagnostics ci-dessous, et la dimension chronique des pathologies dont souffre cette patiente. La chronicité des troubles médicaux, la lourdeur du traitement, les effets secondaires auxquels, elle est sujette, depuis 9 ans maintenant, ne permettent pas d'entrevoir la moindre reprise de travail. Les handicaps fonctionnels sont multiples, et la capacité de travail est nulle. Une rente AI entière doit être attribuée. [...] »

i) L'OAI a une nouvelle fois maintenu sa position le 5 mai 2022, estimant que le psychiatre traitant de l'assurée ne fournissait aucun élément médical objectif nouveau. Une aggravation éventuelle de l'état de santé de l'assurée, postérieure à la décision litigieuse, ne pouvait au demeurant être prise en considération dans le cadre de la présente procédure.

j) Me Hichri a indiqué, le 6 février 2023, renoncer à déposer une liste de frais détaillée, malgré la demande du tribunal, et s'en est remis à justice pour la fixation de sa rémunération.

k) Par écriture spontanée du 29 mars 2023, l'assurée a rappelé son historique médical. Elle a produit, en sus du rapport établi par la Dre O. _____ le 3 mai 2021 et des conclusions communiquées le 18 mars 2019 par le Centre E. _____, un nouveau rapport d'IRM cervicale, daté du 15 février 2023. Cet examen mettait en évidence une petite hernie discale C4-C5 paramédiane gauche en contact antérieur avec la moëlle épinière, sans conflit radiculaire, une minime saillie discale C5-C6 paramédiane et apposition disco-ostéophyttaire droite en conflit avec la racine C6 droite sur son trajet récessal, l'absence de conflit radiculo-distal, une petite hernie discale C6-C7 latérale gauche et une petite hernie discale médiane C7-D1, des troubles statiques avec scoliose en S à la charnière cervico-thoracique et rectitude dans le plan sagittal du rachis cervical, ainsi que des troubles dégénératifs avec discopathies C2-C4, C6-D1 et discarthrose C4-C6, avec uncarthrose bilatérale C6.

E n d r o i t :

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

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 21 octobre 2021 contre la décision de l'intimé du 15 septembre 2021 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente et à des mesures professionnelles.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 15 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré

rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201]).

b) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021).

6. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une

demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

7. 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 (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 l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) Si l'administration 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 d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

8. a) Il convient, à titre préliminaire, de se prononcer sur l'opportunité d'une mesure d'instruction complémentaire sur le plan médical, singulièrement d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (des registres psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne), que la recourante revendique aux termes de son écriture de recours. Elle estime en effet que son cas aurait été tranché prématurément, sans que l'intimé n'ait pris en compte l'aggravation de son état de santé somatique, ni les répercussions d'un trouble somatoforme douloureux.

b) La requête de la recourante peut d'emblée être écartée par appréciation anticipée des preuves. On rappelle que celle-ci a d'ores et déjà fait l'objet de plusieurs expertises au cours de l'instruction de sa demande de prestations, lesquelles fournissent un tableau extrêmement complet de son état de santé et de son évolution jusqu'à la date de la décision litigieuse. La recourante a été examinée par le Dr K._____, lequel a fait part de ses conclusions sur le plan orthopédique le 23 janvier 2015. Elle a également fait l'objet d'une investigation psychiatrique par le Prof. P._____, synthétisée dans le rapport du 19 octobre 2017. Ultérieurement, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire des registres pertinents auprès du T._____SA. Au demeurant, la recourante a régulièrement fait parvenir à l'intimé les rapports émis par les différents spécialistes consultés, de sorte que l'on dispose de pièces étayées, exhaustives et actualisées sur les différentes atteintes à la santé dont souffre la recourante et leurs conséquences. On ne voit ainsi pas en quoi une nouvelle expertise pluridisciplinaire permettrait d'apporter un éclairage nouveau de sa situation. On ajoutera que les nouveaux médecins traitants de la recourante, plus particulièrement les Drs O._____ et G._____, ont également fait part de leurs appréciations respectives, produites auprès de la Cour de céans, laquelle est en mesure de statuer sur l'aspect médical du dossier de la recourante (cf. infra dès consid. 9).

9. a) Il s'agit à ce stade de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, cette dernière reprochant à l'intimé de s'être basé exclusivement sur les conclusions du rapport d'expertise du T._____SA,

alors que ce document serait entaché, selon ses médecins, d'incohérences et ne tiendrait pas compte de l'impact concret de ses nombreuses pathologies.

b) On peut en l'occurrence considérer, à l'instar de l'intimé, que le rapport d'expertise du T. _____ SA est exhaustif et que les experts se sont déterminés en pleine connaissance de cause sur l'ensemble des problématiques évoquées dans le cas de la recourante. Quoi qu'en dise cette dernière, les experts ont pris en compte l'évolution de son état de santé, singulièrement l'aggravation observée dès l'IRM du 25 mai 2020, ainsi que l'éventuelle indication opératoire avancée par le Dr M. _____. Contrairement à ce que prétend d'ailleurs ce spécialiste, on ne saurait retenir des « incongruences » dans la mesure où les spécialistes du T. _____ SA ont justifié leurs points de vue respectifs, en fonction des différents constats cliniques ressortant à leurs champs de compétence. Leurs conclusions sont au demeurant dûment motivées et apparaissent en accord avec les précédentes appréciations expertales, de sorte qu'on ne voit aucune raison objective de s'en écarter.

10. a) Sur le plan somatique, singulièrement rhumatologique, on observe que le Dr X. _____ a mis en évidence les diagnostics incapacitants de lombosciatalgie gauche sur discopathie et protrusion discale L5-S1 et de douleur du poignet droit après fracture, sous suite de limitations fonctionnelles destinées à épargner le rachis et le poignet. Ce spécialiste s'est par ailleurs étonné de l'importance des douleurs alléguées au vu de la pauvreté des constats cliniques objectifs. Il a dès lors conclu à une capacité de travail pour l'essentiel préservée. Son appréciation s'avère ainsi superposable à celle effectuée en son temps par le Dr K. _____, lequel considérait également que la recourante était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité ménageant le rachis, en présence de signes de non-organicité (cf. rapport du 23 janvier 2015, p. 34). Cela étant, le Dr X. _____ a dûment pris en compte l'aggravation observée à l'IRM du 25 mai 2020, dans le cadre de la consultation du Dr M. _____. Il s'est par ailleurs prononcé en défaveur d'une intervention chirurgicale, en justifiant son point de vue et en proposant des traitements

alternatifs de la symptomatologie présentée par la recourante (infiltrations et port d'un corset).

b) On ne voit pas que les documents médicaux produits par la recourante postérieurement à l'examen rhumatologique conduit au T._____SA soient susceptibles de remettre en question l'appréciation du Dr X._____. En particulier, les observations du Dr M._____ du 16 avril 2021 apparaissent insuffisantes à cet égard. On note en effet que ce spécialiste s'est partiellement exprimé sur les plans de la médecine interne et de la psychiatrie, hors de son champ de compétences. Quant aux critiques relatives à l'appréciation de la capacité de travail et de la plausibilité des douleurs alléguées, on rappellera, contrairement à ce qu'indique le Dr M._____, que tant le Dr K._____ que le Dr X._____ se sont interrogés sur l'intensité des douleurs en présence de constats objectifs relativement pauvres et ont tous deux conclu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative ménageant le rachis. Eu égard à l'indication opératoire, invoquée par le Dr M._____, ce spécialiste a finalement signalé que celle-ci n'avait pas été retenue (cf. réponses du 14 juin 2021 du Dr M._____ au SMR). Cette indication a certes été à nouveau préconisée par la Dre O._____ le 3 mai 2021, sans toutefois que la recourante n'ait, en l'état, donné suite à cette suggestion. La Dre O._____ a en effet expressément indiqué être sans nouvelles de la recourante aux termes de ses rapports des 8 juillet et 25 octobre 2021. Quant au rapport du Dr Y._____ du 29 mai 2021, ce praticien paraît rejoindre l'avis exprimé par le Dr X._____, en envisageant un geste infiltratif avant toute intervention chirurgicale.

c) On ajoutera enfin que le rapport d'IRM cervicale du 15 février 2023 ne saurait être pris en considération à ce stade, puisque ce document reflète une situation largement postérieure à la date de la décision litigieuse.

d) En définitive, il convient de retenir l'évaluation rhumatologique communiquée par le Dr X._____ pour le compte du

T._____SA, selon laquelle la recourante est dotée d'une pleine capacité de travail dans toutes activités jusqu'au 25 mai 2020, puis d'une capacité de 80 %, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %, dans toutes activités respectant les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

11. a) Le volet de médecine interne, investigué par le Dr V._____ au sein du T._____SA, ne prête pas davantage flanc à la critique. On observe que ce spécialiste a examiné l'ensemble des pathologies affectant ou ayant affecté la recourante, se concentrant sur les affections actuelles, à savoir la diplopie monoculaire, les migraines ophtalmiques et les dysuries nocturnes documentées au dossier. Son appréciation apparaît cohérente eu égard aux rapports médicaux à disposition, en particulier ceux établis au sein de l'Hôpital Q._____, lesquels n'ont mis en évidence aucune atteinte spécifique de ce registre. On ajoutera que la suggestion du Dr V._____ de diminuer progressivement le traitement opiacé dans le but de réduire la diplopie apparaît adéquat en l'absence de toute pathologie oculaire avérée. En outre, l'évaluation de l'impact des dysuries, survenant uniquement durant la nuit, n'est contredite par aucun élément au dossier de la recourante.

b) La recourante a mentionné subséquemment une cholélithiase symptomatique (cf. rapport du Dr R._____ du 17 septembre 2020) et une lithiase rénale (cf. rapport du Dr G._____ du 3 février 2022), pour lesquelles des interventions chirurgicales avaient été nécessaires. Ces affections, somme toutes banales, n'ont a priori nécessité que de courtes hospitalisations, tandis qu'aucune pièce au dossier ne vient documenter des complications ou des répercussions fonctionnelles significatives qui en auraient découlé. Dès lors, ces problématiques ne sauraient justifier de s'écarter de l'évaluation de médecine interne communiquée par le T._____SA.

12. a) L'aspect psychiatrique du cas de la recourante a fait l'objet de l'analyse du Dr W._____ pour le compte du T._____SA, lequel a exclu toute pathologie de sa sphère de compétences, y inclus un éventuel trouble somatoforme douloureux, en présence de diagnostics somatiques

avérés. Ce spécialiste a conclu à une capacité de travail préservée « depuis toujours » sur le plan psychiatrique, relevant l'absence de tout suivi spécialisé de la recourante. Quoi qu'en dise cette dernière, cette appréciation n'est pas sensiblement différente de celle communiquée en son temps par le Prof. P._____. Ce dernier avait certes conclu à un syndrome somatoforme douloureux depuis l'année 2000, mais néanmoins à une capacité de travail de 100 % « dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée ». Il préconisait au surplus une réadaptation professionnelle « dans un milieu bienveillant dans un des domaines de sa prédilection ». Ses explications ne permettaient toutefois pas de justifier une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de secrétaire, faute de toute décompensation dépressive observée, alors que la recourante conservait « une capacité à tisser des liens et à avoir une vie sociale » (cf. rapport d'expertise du Prof. P._____ du 19 octobre 2017, p. 13).

b) En l'état, il convient néanmoins de déterminer si l'appréciation communiquée par le Dr G._____ les 3 février et 13 avril 2022 est de nature à faire douter de l'évaluation des experts psychiatres, singulièrement de la capacité de travail attribuée à la recourante.

13. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'un trouble psychique ou d'une dépendance suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

c) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

14. a) En l'espèce, les différents spécialistes en psychiatrie divergent sur le plan diagnostique. Le Dr W._____ a exclu toute pathologie de ce registre, alors que le Prof. P._____ estimait que la recourante présentait un syndrome somatoforme douloureux. Le Dr G._____, de son côté, considère que sa patiente présente une accentuation de traits de personnalité (anxieux, dysthymiques et somatoformes) et des troubles mentaux et du comportement liés à la

consommation d'opiacés sous surveillance médicale. Selon lui, la capacité de travail serait durablement nulle depuis 2013.

b) S'agissant du trouble somatoforme douloureux, on peut d'emblée observer que si ce diagnostic devait être retenu, il ne revêtirait en aucun cas un degré de gravité suffisant pour être considéré comme invalidant au regard de la jurisprudence fédérale mentionnée supra (cf. consid. 13). On observe en effet tout d'abord qu'une comorbidité psychique a été niée tant par le Dr W. _____ que par le Prof. P. _____. En outre, la recourante n'apparaît pas affectée dans la même mesure dans tous les domaines de la vie. On relève que celle-ci est dotée de ressources substantielles, notamment en présence d'un entourage soutenant (famille et compagnon) et d'un réseau social préservé. La recourante est également en mesure de réaliser différentes activités quotidiennes (nombreux gestes de la vie courante, marche et déplacements), tout en prenant soin d'elle-même. Elle a été considérée comme capable de s'adapter à une routine, de planifier et structurer ses journées, ainsi que de créer et de maintenir des liens sociaux. Elle est également en mesure de se déplacer librement au moyen de son véhicule (cf. rapport d'expertise du T. _____ SA du 24 juillet 2020, p. 4 ; rapport d'expertise du Prof. P. _____ du 19 octobre 2017, p. 13). On ne voit dès lors pas qu'un éventuel trouble somatoforme douloureux réponde aux critères requis par le Tribunal fédéral, de sorte qu'il convient de nier tout impact d'une telle affection en termes de capacité de travail. Il en va de même d'une éventuelle accentuation de traits de personnalité, laquelle ne constitue d'ailleurs pas un trouble de la personnalité au sens strict, faute de répercussions significatives sur les ressources objectivées auprès de la recourante.

c) Eu égard à des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'opiacés, on relève que ce diagnostic est évoqué pour la première fois par le Dr G. _____, à compter de sa prise en charge (au demeurant postérieure à la date de la décision litigieuse). En l'état, il s'agit toutefois d'écarter une telle pathologie, que le Dr G. _____ ne motive que par des considérations d'ordre général sur les conséquences

de la prise d'opiacés, alors qu'aucun des spécialistes ayant examiné la recourante n'a mentionné cette problématique. On observe en effet que ni le Prof. P._____, ni le Dr W._____, ni le Centre de psychiatrie [...] (où la recourante a été brièvement suivie durant l'été 2015) n'évoquent un trouble mental consécutif à la prise de morphine. Cet aspect n'a au surplus jamais été soulevé par les somaticiens ayant assumé la prise en charge de la recourante. On peut donc s'en tenir aux appréciations expertales à la date de la décision querellée, étant souligné que si l'état de santé psychique de la recourante devait faire l'objet d'une dégradation significative et durable, il lui appartiendrait de requérir une révision de sa situation auprès de l'intimé. On ajoutera que si une telle dégradation devait être avérée à compter de la prise en charge du Dr G._____, elle constituerait de toute façon une nouvelle atteinte à la santé, partant un nouveau cas d'assurance, pour lequel un délai de carence d'une année devrait être pris en considération (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

d) Etant donné les éléments qui précèdent, il convient de retenir, à la date de la décision litigieuse, que la recourante est dotée d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, selon les considérations du T._____SA.

e) Il s'agit en définitive de s'en tenir à l'évaluation consensuelle communiquée par ledit centre, selon laquelle la recourante a conservé une capacité de travail entière dans toutes activités jusqu'au 25 mai 2020, puis une capacité de travail de 80 % en raison des restrictions fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

15. a) Il y a lieu à ce stade de se prononcer sur l'aspect économique du cas de la recourante, à savoir sur l'évaluation de son degré d'invalidité, étant souligné qu'il n'est pas contesté qu'elle revêt désormais un statut de personne active à plein temps.

b) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette

disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

16. a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

b) En l'espèce, il convient, à l'instar de l'intimé, de déterminer le revenu sans invalidité au moyen de l'ESS dans la mesure où la recourante a cessé toute activité lucrative dès septembre 2013 et a vu son contrat de travail résilié par son employeur en 2014. Il y a lieu de tenir compte de l'évolution des salaires jusqu'à l'année d'ouverture théorique du droit à la rente, à savoir 2021, étant rappelé que les experts du T._____SA ont retenu une capacité de travail partielle uniquement à partir de mai 2020.

c) L'intimé s'est fondé sur le montant total, tous secteurs d'activités confondus (production et services), du TA1 tirage_skill_level de l'ESS 2018, mettant en évidence un salaire de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, réalisable par une femme exerçant une activité ne nécessitant pas de compétence ou de formation particulière (niveau de

compétence 1). Ce montant doit être porté à 4'556 fr. 77 compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2021 (cf. Indicateurs du marché du travail 2021 ; TA2.1). Après indexation de 1 % en 2019, de 0,9 % en 2020 et 0,6 % en 2021, selon l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2021 »), on aboutit à un revenu annuel de 56'059 fr. pour une activité exercée à 100%.

d) On relève qu'au vu du parcours professionnel de la recourante, laquelle n'a jamais exercé d'activité du secteur de la production, il aurait été envisageable de prendre en considération le salaire ressortant au secteur des services (lignes 45-96) du TA1 tirage_skill_level de l'ESS 2018, à savoir un salaire mensuel de 4'293 fr., part au treizième salaire comprise, réalisable par une femme sans qualifications particulières (niveau de compétence 1). Ce montant devrait être porté à 4'475 fr. 45 compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2021 (cf. Indicateurs du marché du travail 2021 ; TA2.1). Après indexation de 1 % en 2019, de 0,9 % en 2020 et 0,6 % en 2021, ressortant de l'ISS (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2021 »), on aboutirait à un revenu annuel de 55'059 fr. pour une activité exercée à 100%.

17. a) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – c'est-à-dire lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

b) Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la

rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2).

c) Dans le cas particulier, le recours au montant total, tous secteurs d'activités confondus (production et services), du TA1 tirage_skill_level de l'ESS 2018 n'apparaît à l'évidence pas critiquable, puisque la recourante est sans activité depuis 2013. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1). Ce montant doit être porté à 4'556 fr. 77 pour prendre en considération la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2021 (cf. Indicateurs du marché du travail 2021 ; TA2.1). Après indexation de 1 % en 2019, de 0,9 % en 2020 et de 0,6 % en 2021 selon l'ISS (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2021 »), on aboutit à un revenu

de 56'059 fr. par an pour une activité exercée à 100 % et donc de 44'847 fr. pour un taux d'activité de 80 %.

d) On peut suivre le raisonnement de l'intimé s'agissant de l'absence d'abattement effectué sur le revenu d'invalidé. La recourante est en effet dotée d'une capacité de travail préservée en dépit d'une baisse de rendement de 20 %, laquelle tient compte adéquatement de ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, la recourante dispose de capacités d'adaptation et d'intégration, ne rencontre aucun problème linguistique et est suisse.

18. a) S'agissant du degré d'invalidité de la recourante, ce taux est nul jusqu'en mai 2020 puisqu'elle ne présentait aucune incapacité de travail reconnue, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité adaptée.

b) A partir du mois de mai 2020, le degré d'invalidité de la recourante s'est élevé au maximum à 20 % ($[56'059 - 44'847 \times 100] / 56'059$), ainsi que l'a retenu l'intimé. On ajoutera que ce degré aurait pu être fixé à 18,55 % ($[55'059 - 44'847 \times 100] / 55'059$) en se fondant sur le secteur d'activités des services pour déterminer le revenu sans invalidité.

c) Sur le vu de ce qui précède, l'intimé était légitimé à nier le droit à la rente de la recourante, son degré d'invalidité s'avérant largement inférieur au seuil de 40 % fixé par l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021).

19. a) Reste à se prononcer sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement à un reclassement professionnel, dans la mesure où elle fait grief à l'intimé d'avoir d'emblée nié le droit à ces prestations.

b) Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient

nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3, let. b, LAI ; cf. également art. 15 à 18d LAI).

c) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TFA I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in VSI 2002 p. 112).

d) En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

e) En l'espèce, on peut se rallier à l'analyse opérée par l'intimé le 22 janvier 2021, en ce sens que la recourante ne présente pas les conditions subjectives et objectives requises pour se voir accorder une

mesure d'ordre professionnel, plus particulièrement un reclassement professionnel. On rappelle en effet que la recourante s'estime totalement incapable de travailler pour des raisons de santé, en dépit des conclusions communiquées par les experts mandatés par l'intimé. La mesure d'observation professionnelle diligentée du 29 janvier au 3 mars 2019 au sein du Centre E. _____ s'est du reste soldée par l'impossibilité de définir une activité sur le marché ordinaire du travail, la recourante s'étant montrée limitée notamment par des facteurs psycho-comportementaux et environnementaux (cf. rapport du Centre E. _____ du 18 mars 2019). Par ailleurs, la liste exemplative d'activités énoncée par l'intimé le 22 janvier 2021 (réception, scannage, back office, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement léger) correspond au potentiel de la recourante et respecte ses limitations fonctionnelles. De telles activités lui sont accessibles sans formation particulière. On soulignera, au surplus, que la recourante n'est pas en possession d'une formation certifiée, de sorte qu'elle ne saurait de toute façon prétendre à des mesures destinées à lui fournir un niveau supérieur à l'activité antérieure (cf. notion de l'exigence de l'équivalence approximative avec l'activité antérieure : in Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 455 et 456, n. 1696 et 1697 et références jurisprudentielles citées).

20. a) En conclusion, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 15 septembre 2021 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1_{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 10 novembre 2021.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Me Hichri a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 21 octobre 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par courrier du 6 février 2023, il s'est remis à justice s'agissant de la fixation de son indemnité. Compte tenu de la complexité de la cause, il y a lieu d'arrêter son intervention à 9 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 81 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 131 fr., ce qui représente un montant total de 1'832 fr. pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle demeure tenue de rembourser la somme de 2'432 fr. (1'832 fr. + 600 fr.), dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité.

Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

**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 15 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Hichri, conseil de la recourante, est fixée à 1'832 fr. (mille huit cent trente-deux francs), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :