

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2019

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Sandro Brantschen,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 1^{er} décembre 2004 en qualité de caissière auprès de la X. _____.

En incapacité totale de travailler depuis le 24 juin 2013 en raison de cervicobrachialgies et de lombosciatalgies, elle a déposé le 22 juillet 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des doctoresses B. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapports des 3 septembre 2013 et 23 avril 2014), et T. _____, spécialiste en neurologie (rapport du 21 mars 2014).

Avec l'aide de l'OAI, la recourante a pu reprendre son activité habituelle le 19 mai 2014, d'abord à un taux de 20 %, puis à un taux de 25 % à compter du 1^{er} juillet 2014 et de 35 % à compter du 28 juillet 2014. Après une interruption de la mesure de réinsertion entre le 18 août et le 14 septembre 2014 en raison d'une tendinite au bras gauche, celle-ci a repris le 15 septembre suivant à un taux de 35 %, lequel a été augmenté à 50 % le 1^{er} octobre 2014.

Afin de déterminer plus précisément la capacité de travail de l'assurée, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique au docteur H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Dans son rapport du 6 janvier 2015, il a posé les diagnostics - avec répercussion durable sur la capacité de travail - de lombopygialgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et de troubles dégénératifs postérieurs étagés, de

signes de surcharge du muscle moyen fessier et pyramidal gauches, de cervicobrachialgies gauches non déficitaires dans un contexte de protrusions discales uncarthrose et troubles dégénératifs postérieurs étagés et de neuropathie irritative du nerf cubital gauche. Au terme de son analyse, il a retenu les conclusions suivantes :

Lors de l'entretien, Mme P. _____ décrit son poste actuel comme caissière à la X. _____, réalisé à 50 %. Il s'agit d'une activité que nous considérons comme modérément contraignante pour le rachis, ceci malgré l'utilisation d'une chaise ergonomique. Son activité de caissière entraîne des rotations répétées du tronc, des déplacements répétés des articles sur le tapis roulant, un rendement imposé. Dans le poste qui a été partiellement adapté, l'assurée peut changer de position à sa guise. Le port de charges est considéré comme léger.

Mme P. _____ se plaint, au 1^{er} plan, d'une lombopygalgie gauche (douleur lombaire irradiant à la fesse) de type mécanique. Au 2^e plan, elle annonce des cervicobrachialgies G [gauche] irradiant jusqu'aux coudes. Une diminution de la sensibilité des 2 derniers doigts à G est revenue après un traitement conservateur de sa neuropathie cubitale. L'assurée annonce également avoir des douleurs du coude G si elle porte des charges. Elle porte en permanence une attelle palmaire au poignet G et une contention sur les muscles radiaux au coude G.

Elle prend quotidiennement un traitement anti-inflammatoire et antalgique simple à doses modérées, ainsi qu'un myorelaxant.

L'examen clinique montre une assurée de 56 ans, avec un état général global que nous qualifierons de conservé, ceci au vu d'une obésité de classe II, d'une tension artérielle augmentée. Il n'y a pas de signes d'insuffisance cardiaque.

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire, tant au niveau cervical que lombaire. Il n'y a pas de sciatalgies irritatives.

Nous n'avons pas de séquelles dans les suites de l'opération du tunnel carpien bilatérale.

Nous avons un doute sur la persistance d'une neuropathie cubitale irritative au coude G, avec un signe de Tinel déclenchant des douleurs locales et des douleurs au niveau de l'avant-bras, mais pas des douleurs attendues dans les 2 derniers doigts. L'assurée n'a pas de déficit sensitif ou moteur sur le territoire de son nerf cubital, cela a été déjà montré par la Dresse T. _____. Pour rappel, la Dresse T. _____ avait conclu à une discrète neuropathie cubitale à sa consultation du 25.11.2013.

L'examen articulaire périphérique permet d'exclure une épicondylite fonde au niveau du coude G. L'assurée n'a qu'une légère douleur à la palpation de l'épicondyle, pas de douleurs à la mise sous tension des muscles radiaux ou à leur contraction contre résistance.

Il n'y a pas d'atteinte de la coiffe des rotateurs pouvant expliquer les douleurs ressenties au membre supérieur G.

L'examen du pied D [droit] est ce jour normal, nous n'avons pas d'évidence pour un névrome de Morton ni pour des douleurs en relation avec des troubles dégénératifs de l'avant-pied.

L'assurée a des troubles statiques modérés du rachis, se manifestant surtout par un important relâchement de la sangle abdominale dans un contexte d'obésité de classe II ; nous constatons également un effacement de la cyphose dorsale. Elle n'a pas d'attitude antalgique. La mobilité cervicale est conservée, douloureuse en flexion et en rotations ; la palpation de la nuque est indolore au niveau cervical moyen et bas, où se situent les troubles dégénératifs, elle est seulement douloureuse au niveau cervical haut à G, sans contracture. Nous excluons un syndrome rachidien cervical.

Au niveau lombaire, la mobilité est dans les limites de la norme, la flexion déclenche une douleur au niveau de la fesse G. Nous retenons des signes de surcharge du moyen fessier G et du pyramidal G, pouvant expliquer une partie des douleurs ressenties par l'assurée ; cette surcharge est susceptible d'amélioration après des étirements musculaires réalisés avec un physiothérapeute. La palpation est douloureuse sur les 2 derniers étages lombaires et au niveau du sacrum, avec une légère contracture paravertébrale lombaire G. La mobilité lombaire objectivée et la palpation nous font retenir tout au plus un syndrome rachidien léger. Il existe une incohérence entre la gestuelle spontanée de l'assurée, fort limitée dans ses transferts assis-debout et la mobilité lombaire objectivée. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux. Nous n'avons pas non plus de polyinsertionnisme d'accompagnement.

L'analyse du dossier radiologique montre déjà en 2008 la présence de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, avec des protrusions discales sur les 2 derniers étages, des troubles dégénératifs postérieurs ; les troubles dégénératifs n'ont pas progressé sur la dernière IRM à disposition de 2013. Nous constatons également une infiltration graisseuse de la musculature lombaire dans un contexte de déconditionnement. L'obésité joue un rôle aggravant dans la tolérance des troubles dégénératifs et on ne peut que recommander à l'assurée de perdre du poids, voire d'être suivie par une diététicienne.

Nous n'avons pas à disposition l'IRM cervicale de 2010. Le radiologue mentionne des troubles dégénératifs modérés tant discaux qu'articulaires postérieurs et une uncarthrose. Les problèmes cervicaux sont actuellement en 2^e plan, c'était déjà le cas lors de la consultation de la Dresse A. _____ du 24.10.2013.

En conclusion, l'examen de ce jour nous fait retenir des limitations fonctionnelles en 1^{er} lieu du rachis lombaire, puis du rachis cervical et du coude G. Les limitations fonctionnelles sont partiellement respectées dans le poste actuel de caissière. Dans ce poste, il n'est pas possible d'exiger davantage de l'assurée que les 50 % réalisés.

Dans une activité, totalement adaptée, l'exigibilité est légèrement supérieure, nous l'estimons à 75 % ou l'équivalent de 2 x 3 heures par jour. Nous retenons une diminution de 25 % de la capacité de travail, même dans une activité adaptée, ceci au vu des nombreuses limitations fonctionnelles retenues. Idéalement, il y aurait lieu de voir la possibilité d'une reconversion professionnelle en interne.

Le 21 février 2015, P. _____ a été victime d'une chute qui a entraîné une fracture-luxation trimalléolaire de la cheville gauche, laquelle a été ostéosynthésée le jour même ; le 4 juin 2015, elle a fait une appendicite.

L'assurée a repris son travail le 15 juin 2015, d'abord à un taux de 25 %, puis à un taux de 37,5 % à compter du 30 juin 2015 et de 50 % à compter du 13 juillet 2015.

Présentant à nouveau une incapacité totale de travailler depuis le 4 août 2015 en raison de douleurs à sa cheville gauche, l'assurée a été licenciée par son employeur avec effet au 29 février 2016.

Compte tenu de la persistance de douleurs chroniques à la cheville gauche, l'assurée a séjourné entre le 22 février et le 11 mars 2016 au sein du Département de l'appareil locomoteur du R. _____ (ci-après : R. _____). Le rapport établi le 19 avril 2016 à l'issue de ce séjour à l'attention de l'OAI avait la teneur suivante :

1. Quelle est l'évolution de l'état de santé ?

Madame P. _____ a bénéficié d'un séjour en Médecine Physique et Réadaptation durant 3 semaines du 22.02.2016 au 11.03.2016, permettant une évolution favorable de la symptomatologie.

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

D'un point de vue musculo-squelettique, nous proposons une reprise (habituelle ou adaptée) progressive jusqu'à 50 % puis réévaluation de la situation si projet d'augmenter le temps d'activité au-delà de 50 %, sous condition qu'elle puisse alterner des positions statiques régulièrement (assise et debout), qu'elle porte pas des charges lourdes, qu'elle doit pas marcher de manière répétitive sur des longs trajets.

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

D'un point de vue musculo-squelettique, nous proposons une reprise d'activité (habituelle ou adaptée) progressive jusqu'à 50 % puis réévaluation de la situation si projet d'augmenter le temps d'activité au-delà de 50 %.

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

La patiente présente une boiterie à la marche avec aide technique sur les longs trajets. Son périmètre de marche est limité, non quantifié. Les stations assise et debout prolongées sont limitées, non quantifiées. Des stratégies posturales lui avaient été proposées.

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

La patiente bénéficie d'un traitement antalgique par Dafalgan, Minalgin et Neurodol. Elle bénéficie aussi de séances de physiothérapie.

La patiente est tout à fait adhérente et compliant aux stratégies thérapeutiques proposées.

6. Autres remarques

Une réévaluation des imageries a été faite durant l'hospitalisation. Nous ne retrouvons pas à ce jour d'arguments pour un syndrome douloureux régional chronique (CRPS), mais plutôt un syndrome local douloureux chronique de la cheville G.

L'assurée a également séjourné du 1^{er} juin au 29 juin 2016 à la N._____ afin de bénéficier d'une évaluation multidisciplinaire et d'une rééducation intensive.

Le 3 juillet 2016, l'assurée s'est fracturé la malléole droite, fracture qui a été traitée par contention plâtrée.

Au vu de l'évolution de la situation, le SMR a confié la réalisation d'un nouvel examen clinique rhumatologique au docteur H._____, lequel s'est déroulé le 3 octobre 2016. Dans son rapport du 7 novembre 2016, il a posé les diagnostics - avec répercussion durable sur la capacité de travail - de maladie de Sudeck à un stade séquellaire au niveau de la cheville et du pied gauche (dans les suites d'une fracture de la cheville, ostéosynthésée, en février 2015), avec, comme diagnostics associés, des dorsolombalgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et de troubles dégénératifs postérieurs étagés, ainsi que des cervicobrachialgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales, uncarthrose et troubles dégénératifs postérieurs étagés. Au terme de son analyse, il a retenu les conclusions suivantes :

Durant l'entretien, Mme P. _____ nous annonce avoir été capable de reprendre à 50 % dans les suites de la fracture de sa cheville G, du 15 mai à fin juillet 2015. Elle est en arrêt de travail complet depuis lors. Elle n'a pas repris d'autre activité professionnelle. L'assurée a été finalement licenciée pour fin février 2016.

Le travail de caissière à la X. _____ est considéré comme modérément contraignant pour le rachis, il est également gênant pour le MIG [membre inférieur gauche], en raison de la position déclive prolongée du pied.

Ce jour, l'assurée se plaint de douleurs des chevilles, prédominant à G, de douleurs de la nuque, du MSG [membre supérieur gauche], de douleurs du bas du dos.

Les douleurs sont d'allure mécanique, apparaissent à la marche, apparaissent en position statique ou debout prolongée. Le dérouillage matinal est rapide.

Il existe une composante d'hyperpathie au niveau de la cheville et du pied G à l'anamnèse, compatible avec des séquelles de maladie de Sudeck.

Dans la tenue du ménage, l'assurée répond qu'elle se débrouille comme elle peut, souvent elle ne le fait pas ou elle fractionne les tâches. L'assurée est particulièrement gênée pour descendre la corbeille de linge.

L'assurée est capable de sortir de son domicile seule ; en se déplaçant avec une canne anglaise, elle peut marcher 15 à 20 minutes. Elle est capable de prendre les transports publics, elle est capable de conduire son véhicule automatique pour de courtes distances.

Nous concluons que l'assurée garde des ressources pour des activités physiquement légères.

L'assurée prend quotidiennement un traitement antalgique simple à dose modérée ; 2-3 fois par semaine, elle garde un opiacé en réserve. L'assurée a également comme traitement de fond de douleurs neurogènes, un traitement de Lyrica® 2 fois par jour.

Nous sommes frappés, lors de l'entretien, par le côté polyplaintif de l'assurée.

L'examen clinique montre une femme de 58 ans, avec un état de santé général que nous qualifions de conservé. L'assurée a une obésité de classe II, un déconditionnement physique. L'examen cardiopulmonaire est dans les normes.

Au niveau neurologique, l'assurée n'a pas de déficit de type radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis.

Nous confirmons la présence d'une hyperesthésie au niveau de la cheville et du pied G ; il existe même une hyperpathie (ressenti douloureux pour un stimulus non nociceptif). Nous n'avons pas de parésie.

Au niveau du genou D, nous avons des signes de surcharge fémoro-patellaires, avec un signe du rabot qui est positif. Il n'y a pas d'épanchement, la mobilité est limitée par les tissus mous, mais pas

par les douleurs, elle est symétrique au côté G. Il n'y a pas d'amyotrophie. L'assurée a vraisemblablement un début de troubles dégénératifs fémoro-patellaires, que nous ne retenons pas comme incapacitant.

Au niveau des chevilles, il n'y a plus de tuméfaction, les cicatrices sont calmes du côté G (l'assurée a été traitée conservativement par botte plâtrée à D). Nous n'avons plus de rougeur, plus d'augmentation de la chaleur au niveau des chevilles. Nous retenons une maladie de Sudeck en phase séquellaire, avec légère limitation de la mobilité de la cheville G, la persistance de douleurs marquées à la palpation. Nous n'avons pas pu évaluer s'il existe une instabilité au vu du ressenti douloureux marqué. A droite, l'assurée a récupéré une mobilité complète, elle a une douleur à la palpation de la malléole externe. Fonctionnellement, l'assurée marche avec une vitesse réduite de 2 km/h, elle déroule mal le pas à G, elle a une boiterie modérée, elle est incapable de se mettre sur la pointe des pieds et sur les talons.

Il n'y a pas de signes de polyinsertionnisme

En station debout, l'assurée décharge son MIG, elle se tient en légère flexion antérieure du tronc. Nous avons un relâchement de la sangle abdominale. La mobilité de la nuque est légèrement restreinte en rotation de façon symétrique et en extension, l'assurée a des douleurs diffuses à la palpation du côté G, sans contracture. Nous retenons une certaine raideur cervicale, mais sans syndrome rachidien.

La mobilité lombaire est modérément restreinte, tant en flexion qu'en extension, elle est douloureuse en extension, orientant vers un problème articulaire postérieur. La palpation est douloureuse de façon multi-étagée, de L2 jusqu'au sacrum, avec une légère contracture paravertébrale G. Nous retenons un syndrome rachidien lombaire léger. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux.

L'assurée n'a pas de nouveaux documents radiologiques du rachis à disposition, que ce soit au niveau de sa nuque ou au niveau de son rachis lombaire. Notre étude du cas, en 2014, avait conclu à la présence de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, avec des protrusions discales sur les 2 derniers étages, des troubles dégénératifs postérieurs, visibles déjà depuis 2008, sans changement en 2013. Le radiologue mentionnait, sur l'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale de 2010, des troubles dégénératifs modérés, tant discaux qu'articulaires postérieurs et une uncarthrose. Nous n'avons pas pu voir cette IRM en 2014, cet examen n'étant pas à disposition.

Comme nouveaux examens radiologiques, nous avons à disposition les nouveaux bilans réalisés au niveau des chevilles. L'assurée a présenté une fracture trimalléolaire de la cheville G, qui a été ostéosynthésée le 21.02.2015. Les traits de fracture sont encore visibles sur les clichés de mai 2015. Fait intéressant, à cette date, il n'y a pas d'ostéopénie pour une algoneurodystrophie. Ce n'est qu'ultérieurement que l'assurée présente une algoneurodystrophie, avec une scintigraphie osseuse qui est pathologique le 03.12.2015.

Les dernières RX [radiographies] à disposition du 06.06.2016 montrent la persistance d'une ostéopénie au niveau de la cheville et du tarse. Le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé, il existe

vraisemblablement un petit pincement antérieur au niveau de la tibiotarsienne, pour un début d'arthrose.

Les RX de la cheville D, du 06.07.2016, montrent une banale fracture de la pointe de la malléole externe D, non déplacée.

Limitations fonctionnelles

Pied et cheville G : pas de marche sans s'arrêter au-delà de 500 mètres ; pas de travail sur un plan instable ou en hauteur ; pas de travail nécessitant une montée-descente répétée d'escaliers. Nécessité de surélévation du pied G en station assise.

Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotation répétée du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise prolongée au-delà de 1 heure, debout au-delà de 30 minutes. Pas de port de charges répété au-delà de 5 kg.

Rachis cervical : pas de rotation rapide de la nuque, pas de travaux prolongés les bras au-dessus de la tête, pas d'attitude prolongée la tête en extension.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Il y a lieu de reprendre les conclusions de mon examen du 10.12.2014.

ITT [incapacité de travail totale] initiale dans l'activité de caissière depuis le 24.06.2013 (date transmise par la Dresse B. _____ le 10.09.2013).

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Reprise de l'activité professionnelle à 35 % à partir du 15.09.2014, puis à 50 % dès le 01.10.2014.

L'aggravation de l'état de santé par la suite est en relation avec la fracture trimalléolaire de la cheville G, compliquée d'une maladie de Sudeck. Nous retenons une ITT dans toute activité initialement à partir du 21.02.2015.

Nous considérons que l'activité habituelle de caissière à la X. _____ n'est plus exigible au vu de la position assise prolongée et de la station déclive du MIG.

Par contre, dans une activité adaptée, nous retenons une exigibilité depuis la sortie du Service de rééducation du R. _____ le 11.03.2016. Nous nous alignons sur le 50 % de CT [capacité de travail] retenu par les Drs Q. _____ et D. _____, cf. courrier à l'AI du 19.04.2016.

Dans leur RM [rapport médical], les spécialistes en médecine physique et réadaptation concluent que, d'un point de vue musculo-squelettique, ils proposent une reprise d'activité progressive jusqu'à 50 %, puis réévaluation de la situation.

En comparant l'état de santé actuel avec celui décrit dans notre examen clinique du 10.12.2014, il existe une aggravation de l'état de santé, avec une atteinte persistante au niveau de la cheville G. La situation au niveau du rachis cervical et lombaire ne s'est pas modifiée, la situation au niveau de la cheville D ne justifie pas de LF [limitations fonctionnelles] durables à ce niveau.

Il existe non seulement des LF d'épargne supplémentaires au niveau du MIG, mais également une composante de douleurs inflammatoires de la cheville et du pied G, justifiant une baisse de CT même dans une activité adaptée.

Nous considérons que le cas est stabilisé à la sortie du Service de rééducation le 11.03.2016. Nous sommes alors à 1 an et 3 semaines de la fracture de la cheville G.

Par la suite, il existe une ITT de courte durée, en relation avec la fracture de la malléole externe D. Dans leur RM, les spécialistes traitants retiennent une IT [incapacité de travail] de 6 semaines. Cela nous amène à une exigibilité à 50 % à nouveau à partir du 19.08.2016, dans une activité adaptée.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation : 11.03.2016

Pronostic

Les chances de succès de mesures d'ordre professionnel sont faibles, au vu du ressenti douloureux de l'assurée, du déconditionnement physique et de l'obésité.

En ce qui concerne les diverses atteintes ostéoarticulaires, le pronostic reste bon au niveau du rachis, il est bon au niveau de la cheville D, il est moyen au niveau de la cheville G, puisque nous avons une atteinte actuellement qui est séquellaire.

Du 24 octobre au 4 novembre 2016, l'assurée a été hospitalisée au sein du Service de chirurgie viscéral du R._____ en raison d'une ischémie mésentérique associée à une thrombose de la veine mésentérique supérieure.

A la demande de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), l'assurée a été vue par le docteur J._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 9 février 2017, ce médecin a retenu les conclusions suivantes :

Sur le plan traumatologique, Mme P._____ est donc une patiente victime d'une fracture-luxation de la cheville gauche le 21.02.2015 et d'une fracture de la malléole externe droite en juillet 2016. La fracture-luxation de la cheville gauche a été traitée par réduction, ostéosynthèse puis AMO [ablation de matériel d'ostéosynthèse], suivie/accompagnée d'une physiothérapie intense. Il est possible que cette fracture se soit compliquée d'une algoneurodystrophie. L'évolution de l'atteinte a été très modérément favorable bien qu'actuellement la situation soit clairement meilleure qu'en début d'évolution.

Spontanément et à la demande, Mme P._____ ne signale pas de troubles sensitivo-moteurs nets au niveau du membre inférieur gauche même s'il existe, à l'examen clinique, de possibles atteintes sensitives.

Pour ce qui est du membre inférieur droit, l'évolution paraît avoir été plus favorable bien que la patiente signale encore actuellement une gêne aux déplacements.

Le traitement actuel comporte Dafalgan, Xarecto suite à une thrombose intestinale, Lyrica 150 (1 comprimé matin et soir), Minalgine, physiothérapie et drainage lymphatique.

En résumé, l'examen clinique pratiqué chez une patiente collaborante mais pas toujours précise, met en évidence des troubles statiques vertébraux modérés chez une patiente présentant une importante surcharge pondérale. On note une limitation de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire en partie antalgique. La station debout et les différentes épreuves de marche paraissent fortement limitées par des douleurs importantes au niveau des 2 pieds. L'examen des membres supérieurs est sans anomalie bien significative, si ce n'est un signe de Tinel sur le nerf ulnaire gauche au passage du coude, ceci sans altération de la trophicité musculaire, de la force brute, des réflexes tendineux et de la sensibilité. A l'examen des membres inférieurs, il n'y a pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radiculaire et polyneuropathique. On note par contre une possible méralgie paresthésique droite et des troubles sensitifs distaux du membre inférieur gauche d'appréciation difficile étant donné le caractère variable et sans topographie bien précise des atteintes.

En conclusion, à nouveau, le présent bilan ne démontre pas de participation neurologique significative aux plaintes formulées par la patiente au niveau distal des 2 membres inférieurs. Il n'y a notamment pas d'éléments en direction d'une atteinte des nerfs tibial, péronier et sural, tant proximal que distale. Pas d'éléments non plus en direction d'une atteinte polyneuropathique. On retrouve des éléments en direction d'une méralgie paresthésique droite et un Morton droit, clairement sans relation avec les événements accidentels. Le Morton reste possible mais douteux sur la base des éléments actuellement à disposition.

Du point de vue strictement neurologique, je n'ai pas de proposition particulière en relation avec les facteurs accidentels. Je pense qu'il s'agit de poursuivre le traitement actuellement en cours en mettant l'accent sur la mobilisation, les drainages lymphatiques.

Sur le plan strictement neurologique, rien ne s'oppose à ce que Mme P. _____ reprenne une activité professionnelle sédentaire en débutant par un taux de présence de 50 % à type de réentraînement à l'endurance. A terme, sur un plan strictement neurologique, la capacité de travail, pour ce qui est des suites des événements accidentels, devrait être de nouveau complète. Cette appréciation ne tient pas compte des éléments orthopédiques.

Estimant, sur la base des renseignements médicaux recueillis, que l'assurée disposait sur le plan médico-théorique d'une capacité de travail qui ne dépassait pas 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le SMR a proposé de soumettre l'assurée à une mesure professionnelle afin de pouvoir objectivement apprécier cette capacité de travail (avis du 7 août 2017).

L'assurée s'est vu allouer une mesure d'observation professionnelle, laquelle s'est déroulée à un taux de 50 % du 23 octobre au 17 novembre 2017 auprès de l'Orif [centre d'intégration et de formation professionnelle] de [...]. Aux termes de la mesure, les conclusions suivantes ont été rendues (rapport du 28 novembre 2017) :

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que l'assurée tient notre temps de travail les matins à 50 % et que ses rendements dans des activités comme du contrôle de qualité et de l'emballage léger sont proches de la norme. Mme P._____ a des rendements qui chutent dans des activités qui ne la motivent pas. L'assurée se sent incapable d'assumer un quelconque travail, notamment à cause de ses douleurs aux chevilles. Nous pensons que son employabilité sera difficile compte tenu de son manque de motivation.

Dès lors, nous pouvons répondre à la question posée par votre Office de la manière suivante :

- *Selon le SMR, il convient de soumettre l'assurée à une mesure professionnelle afin de pouvoir objectivement apprécier sa CT dans une activité adaptée.*

Mme P._____ peut tenir notre horaire à 50 % les matins avec des rendements dans la norme, pour du travail de contrôle qualité et de l'emballage léger.

A l'appui de ce rapport était jointe une appréciation médicale rédigée par la docteur Z._____, médecin consultant à l'Orif de [...], dont les conclusions étaient les suivantes :

Mme P._____ est une vendeuse en parfumerie CFC [certificat fédéral de capacité] de 59 ans, qui a travaillé dans les dernières années comme caissière à la P._____, jusqu'en août 2015, où elle a été licenciée. Elle a des cervicalgies et lombalgies de longue date sur troubles dégénératifs, des paresthésies du bras gauche après traumatisme du nerf cubital au coude, un status douloureux après fractures malléolaires aux deux chevilles dans des accidents différents, avec SDRC [syndrome douloureux régional complexe] à gauche et pseudarthrose à droite, un status après thrombose et infarctus mésentérique sur mutation du facteur II, nécessitant une résection partielle du grêle et une anticoagulation en Sintrom au long court, des apnées du sommeil, une obésité. Le SMR l'estime apte à travailler à 50 % dans une activité adaptée. Elle pense qu'elle ne peut plus rien faire et attend une rente. A l'examen, nous sommes surtout frappés par un discours centré sur elle-même, projectif et globalement revendicateur. La marche est entravée par la faible mobilité des chevilles. Il n'y a pas d'œdème, ni de troubles neuro-vasculaire des membres inférieurs.

A l'atelier, Mme P. _____ comprend facilement les consignes, mais les respecte peu et exécute mal les travaux, ronchon, rouspète avant chaque tâche, ou en refuse, disant que ce n'est pas pour elle, que ce sera trop pénible, que ça déclenchera des douleurs cervicales. Elle abandonne plusieurs tâches. Sa motivation laisse à désirer, ce qui se ressent sur le rythme - faible -, sur les rendements - misérables - et sur la qualité - le plus souvent invendable. Elle se plaint pendant le travail de douleurs variées surtout rachidiennes et de paresthésies dans ses bras, soupire beaucoup de façon démonstrative. Elle travaille en position assise, mais se lève toutes les 45 minutes pour faire quelques pas dans l'atelier. On ne remarque pas de limitation fonctionnelle évidente en position assise. Un test de connaissance en français est excellent, mais elle refuse le test de mathématiques. Une seule tâche de contrôle lui a plu : là, elle a respecté les consignes, obtenu un rendement de 75 % et rendu un travail de bonne qualité.

Au terme de ces quatre semaines de stage, notre groupe d'observation conclut que Mme P. _____ a tenu le 50 % du temps. Les rendements et la qualité misérables sont à mettre sur le compte du manque de motivation et pas sur celui de limitations fonctionnelles. Lorsqu'un travail lui plait, elle est capable de l'exécuter à satisfaction. Elle-même pense qu'elle ne peut plus rien faire et attend une rente. Dans ce mi-temps, elle peut atteindre des rendements proches de la norme sur du travail léger en position assise, permettant une alternance des positions par moments, par exemple du conditionnement ou du contrôle de qualité. Quant à son employabilité, elle dépendra de sa motivation.

Malgré les prises de positions réitérées de la doctoresse B. _____, selon lesquelles la capacité résiduelle de travail de sa patiente était nulle, l'OAI a, par décision du 18 juin 2018, alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 décembre 2014, un quart de rente du 1^{er} mai au 31 juillet 2015, une rente entière du 1^{er} août 2015 au 30 juin 2016, puis enfin une demi-rente à compter du 1^{er} juillet 2016.

B. a) Par acte du 18 juillet 2018, P. _____, représentée par Me Sandro Brantschen, avocat à Lausanne, a déféré la décision du 18 juin 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle estimait que la position de l'office AI se fondait sur une appréciation manifestement incomplète et inexacte des faits pertinents résultant d'une instruction viciée de la cause. Elle reprochait en particulier à l'OAI de n'avoir pas tenu compte dans le cadre de son appréciation de

l'avis exprimé et des certificats médicaux établis par son médecin traitant, la doctoresse X._____, laquelle estimait qu'elle ne disposait d'aucune capacité résiduelle de travail quelle que soit l'activité envisagée.

b) Dans sa réponse du 23 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant, en ce qui concernait l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, à l'avis du SMR.

c) Dans ses déterminations du 5 septembre 2018, P._____ a reproché le caractère sommaire des déterminations de l'OAI, lui faisant particulièrement grief de ne pas prendre position sur plusieurs arguments développés à l'appui de son recours. Il convenait ainsi de constater que la réponse de l'OAI ne contenait aucune explication pertinente susceptible de remettre en cause les éléments figurant dans le recours. Au vu de la situation, il se justifiait à tout le moins d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, afin de déterminer si elle disposait ou non d'une capacité résiduelle de travail.

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) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et

respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son d'être entendue, en tant que l'office intimé ne se serait pas déterminé sur plusieurs griefs qu'elle avait soulevés à l'appui des déterminations qu'elle avait rédigées le 25 janvier 2018.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que le juge mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. L'autorité n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties; elle peut au contraire se limiter aux points essentiels pour la décision à rendre (ATF 133 III 439 consid. 3.3 et les références citées).

b) Pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée est mal fondé en l'espèce. La motivation de ladite décision permet de comprendre parfaitement quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. En réalité, en tant que la recourante reproche à la juridiction cantonale d'avoir omis d'examiner certains éléments qu'elle jugeait pertinents pour la solution du litige, elle formule des griefs qui relèvent de la constatation des faits et de l'appréciation des preuves et qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

6. a) En l'occurrence, il convient de constater que la recourante a présenté une première incapacité totale de travailler à compter du 24 juin 2013 en raison principalement de cervicobrachialgies et de lombosciatalgies. D'après les conclusions du rapport établi le 6 janvier 2015 par le docteur H._____, la recourante avait recouvré à compter du 16 décembre 2013 une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cet avis médical complet. Certes la recourante a repris son activité de caissière auprès de la X._____ (d'abord à un taux de 20 % à compter du 19 mai 2014, puis de 25 % à compter du 1^{er} juillet 2014, de 35 % à compter du 28 juillet 2014 et de 50 % à compter du 1^{er} octobre 2014), sans jamais réussir à atteindre le taux d'activité indiqué par le docteur H._____. Il convient néanmoins de souligner que ce médecin ne considérait que comme partiellement indiquée l'activité de caissière exercée par la recourante eu égard aux limitations fonctionnelles que

celles-ci présentait. De même, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'avis du docteur G._____, médecin-conseil auprès du SMR, selon lequel la recourante avait présenté une incapacité totale de travailler du 24 juin 2013 au 30 septembre 2014 et de 50 % à compter du 1^{er} octobre 2014 ; le point de vue défendu par ce médecin s'écarte sans explication aucune des conclusions du docteur H._____ et est au surplus contredit par la reprise progressive d'activité de la recourante au sein de la P._____ à compter du 19 mai 2014.

b) Le 21 février 2015, la recourante a été victime d'une chute qui a entraîné une fracture-luxation trimalléolaire de la cheville gauche. En raison des séquelles de cette fracture, associées à ses troubles du rachis, la recourante n'a pas été en mesure - à l'exception d'une courte période courant du 15 juin au 3 août 2015 - de reprendre une activité lucrative. D'après le rapport du 19 avril 2016 de la Division médecine physique et réhabilitation du R._____ et les conclusions du rapport établi le 7 novembre 2016 par le docteur H._____, confirmées par les observations réalisées au cours de la mesure d'observation professionnelle faite à l'Orif de [...] (cf. rapport médical du 17 novembre 2017 du docteur Z._____ et rapport de synthèse du 28 novembre 2017), la capacité de travail de la recourante s'élevait, compte tenu de l'ensemble du tableau clinique, à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 12 mars 2016, terme de son séjour au sein de la Division médecine physique et réhabilitation du R._____. Seul l'avis du médecin-traitant de la recourante, la doctoresse B._____, diverge en l'occurrence de cette appréciation. Ce médecin a retenu de façon constante que la capacité de travail de sa patiente était désormais nulle, quelle que soit l'activité envisagée (rapports des 20 avril 2016, 23 novembre 2016, 2 mai 2017, 24 novembre 2017, 9 janvier 2018 et 11 juillet 2018). Les avis exprimés par ce médecin, principalement axés sur les plaintes de la recourante, demeurent cependant trop succincts pour qu'ils suscitent un doute quant au bien-fondé de l'appréciation de la capacité de travail faite par les intervenants susmentionnés. Au demeurant, aussi bien la N._____ (rapport du 18 août 2016) que l'Orif de [...] (rapport du 17 novembre 2017 du docteur Z._____) ont mis en évidence le fait que la recourante sous-

estimait le niveau d'activité qu'elle pouvait réaliser et manquait de motivation, ce qui se reflétait ensuite sur la qualité de son travail et son rendement (voir également le compte-rendu établi par la recourante de son passage à l'Orif).

c) Il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre de la présente analyse des périodes d'incapacité de travail consécutives à la tendinite au bras gauche (du 18 août au 14 septembre 2014 [certificat d'arrêt de travail du 9 septembre 2014 de la doctoresse [...]]), à la fracture de la malléole droite (du 3 juillet 2016 pour une durée de six semaines [cf. rapport du 17 août 2016 du Service d'orthopédie et traumatologie du R. _____]) et à l'ischémie mésentérique associée à une thrombose de la veine mésentérique supérieure (du 24 octobre 2016 au 20 novembre 2016 [cf. rapport du 4 novembre 2016 du Service de chirurgie viscéral du R. _____]). Inférieure à trois mois, la durée de ces péjorations de l'état de santé de la recourante ne peuvent en effet être prises en considération pour fixer le droit aux prestations (cf. art. 88a al. 2 RAI).

d) De même, il n'y a pas lieu de tenir compte d'une éventuelle incapacité de travail liée à des motifs psychiques. S'il est certes fait mention de l'existence de symptômes anxio-dépressifs dans certaines pièces du dossier (rapport du 18 août 2016 de la N. _____ ; rapport du 11 juillet 2018 de la doctoresse B. _____), il y a également lieu de constater que cette symptomatologie - peu documentée - ne fait l'objet d'aucune prise en charge spécifique, ce qui incite à relativiser l'impact réel de ces troubles.

e) Au final, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail de 100 % du 24 juin 2013 au 15 décembre 2013, de 25 % du 16 décembre 2013 au 20 février 2015, de 100 % du 21 février 2015 au 11 mars 2016 et de 50 % à compter du 12 mars 2016.

7. La manière dont l'office intimé a fixé le droit à la rente de la recourante n'est manifestement pas conforme au droit fédéral.

a) Si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. A l'évidence, les principes sur lesquelles se fonde de façon générale l'office intimé pour déterminer le droit à la rente d'une personne assurée sont dépourvus de toute base légale et, partant, violent le droit fédéral.

b) En l'occurrence, il convient de retenir que l'incapacité de travail moyenne, calculée rétrospectivement sur une année, a atteint le seuil légal de 40 % au plus tôt le 5 mai 2015 (292 jours d'incapacité de travail à 25 % pour la période antérieure au 21 février 2015 et 73 jours d'incapacité de travail à 100 % dès le 21 février 2015). A ce moment précis, la capacité de travail de la recourante était nulle. Il s'ensuit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2015.

c) Comme on l'a vu, la recourante dispose depuis le 12 mars 2016 d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

aa) Quand bien même l'année déterminante pour la comparaison des revenus devrait être 2016, il ne se justifie pas de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé le 8 décembre 2017. Même si celle-ci se réfère à des données relatives à l'année 2017, les légères variations survenues entre 2016 et 2017 concernant les revenus avec et sans invalidité ne sont guère susceptibles d'influer le calcul final du degré d'invalidité. S'agissant par ailleurs de la question de l'abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation faite par l'office intimé et du taux de 15 % retenu, lequel tient raisonnablement compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Aussi peut-on retenir que la recourante présente un degré d'invalidité de 56 % depuis le 12 mars 2016.

bb) Il s'ensuit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2016, soit trois mois après la survenance de l'amélioration de la capacité de travail (art. 88a al. 1 RAI).

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours devrait normalement être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2015 au 30 juin 2016 et à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2016.

b) Cette issue aboutit néanmoins à un résultat qui est moins favorable pour la recourante, dans la mesure où elle obtient moins que ce qu'elle a obtenu devant l'office intimé. Il conviendrait en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision litigieuse au détriment de la recourante. Or, si la loi permet au tribunal de procéder à une *reformatio in pejus*, il ne s'agit en réalité que d'une simple possibilité laissée au tribunal. Le tribunal n'opte pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. JEAN MÉTRAL, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 77 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, la différence entre les prestations accordées par l'office intimé et les prestations dues selon le présent jugement n'étant que de peu d'importance, il n'y a pas lieu, au regard du principe de proportionnalité, de faire usage de cette faculté. C'est pourquoi il convient au final de rejeter le recours.

9. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis entièrement à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de

l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

c) Par décision du juge instructeur du 23 juillet 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Sandro Brantschen. Celui-ci a produit sa liste des opérations le 21 mars 2019, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Partant, pour la période du 18 juillet 2018 au 21 mars 2019, il convient de retenir 6 heures et 30 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'170 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7 %, soit un montant de 90 fr. 10. A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 100 francs (art. 3 al. 3 RAJ), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 7 fr. 70. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 1'277 fr. 70.

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 18 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Sandro Brantschen est arrêtée à 1'277 fr. 70 (mille deux cent septante-sept francs et septante centimes), TVA comprise.

- VI.** Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Sandro Brantschen (pour P. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :