

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2015

Composition : M. NEU, président
Mmes Brélaz-Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante erythréenne née en 1955, sans formation professionnelle, est entrée en Suisse en août 1990, accompagnée de ses trois filles.

N'ayant jamais travaillé, elle s'est acquittée dès 1991 de cotisations en qualité de personne sans activité lucrative à hauteur du montant minimal et bénéficie de prestations de l'assistance sociale.

B. En mars 1991, elle a subi une crâniotomie pour lobéctomie tumorale partielle et résection d'un méningiome, suivie d'une radiothérapie, ce qui a entraîné une cécité totale de son œil droit. Une seconde crâniotomie a été effectuée en mai 1992 pour complément de résection partielle du méningiome précédemment opéré. Elle a en outre fait l'objet d'une cholécystectomie durant l'année 1997.

C. Par dépôt du formulaire ad hoc le 22 mars 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) sous forme de rente.

Le Dr W._____, médecin généraliste traitant, a communiqué un rapport médical initial à l'attention de l'OAI le 22 avril 2002, faisant état des séquelles des atteintes à la santé mentionnées supra, ainsi que d'un « état de fatigue », d'une « obésité » et de « céphalées frontales droites », sous suite d'incapacité totale de travail de durée indéterminée depuis mars 1991. Il a précisé que sa patiente était régulièrement suivie sur le plan neurologique au sein du Centre hospitalier J._____.

A la demande de l'OAI, ce praticien a fourni un tirage d'un rapport d'examen du Département de neurochirurgie du Centre hospitalier J._____ du 30 mars 2000, lequel relate une « évolution clinique tout à fait stable ».

Le Service juridique de l'OAI s'est prononcé sur la réalisation éventuelle des conditions d'assurance par l'assurée en date du 22 avril 2003, considérant qu'en cas de reconnaissance du droit à une rente d'invalidité, l'assurée ne pourrait prétendre à son versement qu'à partir du 1^{er} janvier 1997 du fait de l'entrée en vigueur de l'art. 6 al. 2 LAI dans sa nouvelle teneur. Cette question perdait toutefois de sa pertinence, vu que sa demande formelle de prestations était tardive et que le versement d'une rente d'invalidité ne pouvait être en conséquence envisagée que dès le mois de mars 2003. Cela étant, pour autant que l'incapacité de travail fût médicalement reconnue dès mars 1991, l'assurée remplissait les conditions d'assurance tant pour le droit à une rente que pour la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel.

Le Département de neurochirurgie du Centre hospitalier J._____ a complété un rapport médical le 14 avril 2004 et indiqué au titre de diagnostics un « status post-extirpation partielle d'un méningiome grade I de la petite aile du sphénoïde droit en 1991 », une « cécité de l'œil droit avec une atrophie papillaire » et une « hypoesthésie du V1 [réd. : cortex visuel primaire] à droite », précisant que l'assurée avait été traitée pour des crises épileptiques. Une incapacité totale de travail était attestée de février 1991 à avril 2002, le pronostic s'avérant incertain à cet égard.

En date du 19 mai 2004, le Dr D._____, spécialiste en neurologie au sein du Centre hospitalier J._____, a pour sa part souligné un « EEG [réd. : électro-encéphalogramme] parfaitement normal », l'état de l'assurée demeurant stable. Il a précisé que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis janvier 1992. Néanmoins, elle était en mesure de respecter la position assise ou statique pendant quatre heures et debout pendant deux heures, une baisse de rendement de 100% devant être escomptée compte tenu de son « passé neurochirurgical ».

Sur la base de cet avis, la Dresse C._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a suggéré le 16 août 2004 le transfert du dossier de l'assurée au Service de réinsertion

professionnelle de l'OAI, considérant qu'une activité professionnelle était théoriquement exigible à 50%.

Ce service a indiqué ce qui suit le 25 août 2004 :

« [...] Aucun retour dans la vie économique n'est effectivement possible. Les activités envisageables, vu son passé, telles que [dans l'industrie], femme de ménage, concierge ne lui sont pas accessibles en raison de son état de santé. Même une activité protégée ne serait pas envisageable pour cette assurée (trop bruyant). »

Compte tenu des doutes subsistant sur la capacité de travail effective de l'assurée et sur ses limitations fonctionnelles, le SMR, avec le soutien du Service juridique de l'OAI, a proposé par avis du 7 décembre 2004 la mise en œuvre d'une expertise neurologique.

Le mandat a été confié le 9 décembre 2004 au Dr F._____, spécialiste en neurologie, lequel s'est adjoint les services d'un interprète et a rendu son rapport le 20 mai 2005. Au titre de diagnostics susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assurée, il a mentionné un « status après extirpation d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde droit suivie d'une radiothérapie » et une « cécité de l'œil droit ; atteinte partielle du III [réd. : troisième nerf crânien] droit ; atteinte du V1 droit et crises comitiales partielles séquellaires ». Il a évoqué les diagnostics de « troubles digestifs chroniques (1997) », de « douleurs dorso-lombaires sans sciatalgies associées depuis plusieurs années (sans précision) », ainsi que de « palpitations et dyspnée à l'effort (depuis quatre ans) », les considérant comme sans répercussion sur la capacité de travail. Il a libellé son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] Comme problème majeur de santé, [l'assurée] a présenté des maux de tête, des crises comitiales et des troubles de la vision que les examens ont permis d'attribuer à la présence d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde droit, diagnostic sanctionné par deux interventions chirurgicales (20.3.1991 et 19.5.1992) suivies d'une radiothérapie.

L'évolution de ce méningiome est à considérer comme tout à fait favorable sans évidence actuelle de récurrence et avec un bon contrôle des crises comitiales sous Urbanyl seul. Néanmoins, en tant que séquelles de ce méningiome et de son traitement, [l'assurée] présente encore actuellement une cécité de l'œil droit, une atteinte

partielle du nerf oculomoteur commun droit et une hypoesthésie partielle dans le territoire du V1 droit.

Les plaintes essentielles formulées actuellement par [l'assurée] sont 1) des céphalées de localisation fronto-temporale et au vertex à type de poids/pression tout à fait typiques de céphalées de tension, 2) une cécité de l'œil droit et une « fatigue » de l'œil gauche, 3) un état de fatigue et de fatigabilité, 4) des douleurs dorso-lombaires l'handicapant dans son ménage (activités lourdes), 5) des douleurs un peu mal systématisées des deux membres inférieurs avec sensations de gonflement.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle, comme mentionné ci-dessus, une patiente collaborante, mais totalement inadaptée à son environnement actuel et désafférentée. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen de la nuque montre une nuque de bonne mobilité, sans provocation de douleurs ou de paresthésies. L'examen du rachis dorso-lombaire révèle une limitation sensible localement de la flexion latérale et antérieure lombaire avec provocation de douleurs locales. A l'examen des paires crâniennes, on relève un status inchangé par rapport à celui des observateurs préalables caractérisé par la présence d'une cicatrice de crâniotomie droite, une acuité visuelle apparemment nulle de l'œil droit avec une acuité visuelle de l'œil gauche à 0,9 (corrigée), une pâleur papillaire droite, une diminution du réflexe photo-moteur droit, une atteinte partielle du III droit caractérisée par un strabisme divergent et une faiblesse de l'élévation de l'œil et une hypoesthésie tactile et douloureuse du V1 droit. Pour le reste, les paires crâniennes semblent sans signe d'irritation ou de déficit radiculaire au niveau des membres inférieurs (points de Valleix et manœuvre de Lasègue bilatéralement négatifs).

L'examen clinique a été complété par un EEG. Cet examen montre la persistance d'une bradydysrythmie encore assez fortement irritative mais sans franche figure épileptogène de localisation fronto-temporale droite,

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il n'y a pas de doute que [l'assurée] présente en tant que conséquence du méningiome et de son traitement une cécité probablement pratiquement complète de l'œil droit ainsi qu'une atteinte très partielle du III droit et du V1 droit. Les céphalées dont elle se plaint actuellement peuvent en partie être en relation avec le status post méningiome et les deux interventions, mais le caractère des maux de tête décrits lors de la présente expertise est celui de céphalées tensionnelles. A cela s'ajoute une sensation de lourdeur des membres inférieurs sans explication bien évidente au status, des plaintes de fatigue et de fatigabilité ainsi que des dorso-lombalgies à l'origine desquelles on doit postuler au moins en partie l'existence d'un état anxio-dépressif larvé.

S'agissant des dorso-lombalgies, il est également possible qu'existent des facteurs statiques et dégénératifs disco-vertébraux que je n'ai pas jugé nécessaire de tenter de préciser étant donné le contexte global et l'absence de syndrome lombovertébral majeur ainsi que de signes d'irritation/déficit radiculaire.

Sur un plan global, si l'on tient compte des conditions socio-économiques, il ne fait aucun doute que [l'assurée] est totalement incapable de travailler dans une activité lucrative. Si l'on s'en tient aux éléments purement médicaux, en mettant de côté les facteurs sociaux, [l'assurée] pourrait présenter une capacité de travail

résiduelle dans une activité ne nécessitant pas une vision binoculaire. A cela s'ajoutent les plaintes de dorso-lombalgies poussant à proposer, comme le Prof. D. _____ l'a fait, une activité ne nécessitant pas le port de charges lourdes et autorisant des changements relativement fréquents de position. Dans une telle activité, la capacité de travail exigible pourrait être de 75% au moins. S'agissant de la capacité de travail comme ménagère, les troubles neurologiques proprement dits n'entraînent pas d'incapacité de travail. Par contre, les dorso-lombalgies semblent occasionner une gêne modérée en relation avec les activités lourdes du ménage pouvant correspondre à une perte de rendement de 25%, c'est-à-dire qu'on peut estimer que [l'assurée] présente également une capacité de travail de 75% comme ménagère.

Comme déjà mentionné, en ce qui concerne la capacité de travail à l'extérieur du domicile, il s'agit d'une appréciation totalement médico-théorique étant donné que le contexte social, la déafférentation, l'absence de scolarisation et le fait que la patiente ne parle que l'érythréen rendent impossible toute activité lucrative chez cette patiente qui n'a pas travaillé à l'extérieur de son domicile depuis au moins 25 ans.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitation (qualitative et quantitative) en relation avec les troubles constatés au plan physique, au plan psychique et mental et au plan social :

Au plan physique sur le plan strictement neurologique, les plaintes formulées par [l'assurée] entraînent essentiellement une absence de vision binoculaire. A cela s'ajoutent une fatigue et une fatigabilité et des douleurs dorso-lombaires pouvant handicaper la patiente dans les activités lourdes et nécessitant une station assise ou debout prolongée. Ces limitations ne dépassent néanmoins pas 25%.

Au plan psychique et mental, au plan social comme développé plus haut, il est évident que cette patiente est désafférentée, présente probablement un certain degré d'état anxio-dépressif, au demeurant difficilement appréciable au travers d'une seule consultation à l'aide d'un interprète. Les éléments précités entraînent d'un point de vue social essentiellement une incapacité de travail complète dans toute activité lucrative à l'extérieur du ménage.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

Comme mentionné plus haut, l'atteinte neurologique entraîne essentiellement une impossibilité de vision binoculaire. Cette absence de vision binoculaire n'entraîne pas d'incapacité de travail dans la profession de femme au foyer. Dans une activité lucrative à l'extérieur du domicile, toute activité ne nécessitant pas une vision binoculaire est envisageable. Les plaintes aspécifiques présentées par la patiente (fatigue, fatigabilité, douleurs diffuses des membres inférieurs) et les dorso-lombalgies représentent vraisemblablement une perte de rendement/limitation de la capacité de travail de 25%. Comme toujours, il est extrêmement difficile de fixer une incapacité de travail a retro. Sur la base des éléments à notre disposition, il semble que la situation actuelle soit superposable à ce qu'elle était en 1992. Je retiens donc, d'un point de vue strictement médical somatique, une capacité de travail dans une activité lucrative à l'extérieur du domicile et dans le cadre de l'activité de femme au foyer de 75% depuis 1992. [...] »

Le SMR s'est rallié à ces conclusions le 11 juillet 2005, retenant que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 75% dans une activité légère et ne requérant pas de vision binoculaire, ce dès 1992.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée sur des bases théoriques, se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour mettre à jour un degré d'invalidité de 25%, à l'issue d'un rapport du 7 avril 2006.

D. Par projet de décision du 3 octobre 2006, l'OAI a envisagé de nier à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, compte tenu du degré d'invalidité de 25%, et de l'impossibilité de mettre en œuvre de telles mesures.

L'assurée, représentée par le Centre I._____, a contesté ce projet le 31 octobre 2006, arguant de son impossibilité à entreprendre une activité lucrative du fait de ses problèmes de santé. Elle a mis en exergue l'examen ophtalmique en cours auprès d'un spécialiste de la discipline, le Dr B._____. En complément à son écriture, elle a produit le 6 novembre 2006 une attestation du Dr K._____, spécialiste en médecine interne, faisant état des éléments suivants :

« Le médecin soussigné certifie que [l'assurée] est suivie conjointement à sa consultation ainsi que par le Service de Neurochirurgie du Centre hospitalier J._____. Elle a subi deux crâniotomies pour opération d'un méningiome récidivant, complété par une radiothérapie de l'encéphale. [L'assurée] a également subi plusieurs interventions digestives pour une sténose des voies biliaires avec une pancréatite sévère consécutive.

Elle est aveugle de l'œil D [réd. : droit] et possède une vision diminuée de l'œil G [réd. : gauche]. Elle parle mal le français, est très mal intégrée en Suisse et n'a pas de formation professionnelle particulière.

En raison des différents traitements neuro-chirurgicaux et radiothérapeutiques, [l'assurée] se plaint (ce qui est confirmé par l'entourage) de fatigabilité et de troubles de la concentration. Dans ces conditions, sa capacité de travail doit être fortement réduite. Cette dernière devrait être évaluée plus précisément par une

expertise médico-chirurgicale comportant une appréciation neuropsychologique. »

Sollicité pour avis sur la mesure d'instruction complémentaire proposée par ce praticien, le Dr S. _____, médecin-chef adjoint au SMR, a communiqué sa détermination du 23 novembre 2007 notamment en ces termes :

« [...] Le Dr K. _____, dans son attestation médicale du 02.11.2006, atteste une fatigabilité et des troubles de la concentration et demande une expertise médico-chirurgicale avec appréciation neuropsychologique.

Les symptômes rapportés ont déjà été pris en compte par le Dr F. _____ dans son rapport d'expertise. Une expertise médico-chirurgicale n'apportera pas de renseignements supplémentaires. Quant à la proposition d'une appréciation neuropsychologique, elle n'est pas réalisable du fait que les tests doivent être réalisés dans la langue de l'examinée pour être interprétables. Or, d'une part les tests n'existent pas en érythréen, d'autre part il n'est pas certain que même dans sa langue l'assurée soit capable de lire puisqu'elle n'a suivi que trois années de scolarité.

En conclusion, l'instruction médicale a été poussée aussi loin qu'il était possible.

Nous maintenons notre position, à savoir une capacité de travail médico-théorique de 75% dans une activité adaptée. Par contre, si l'on prend en considération les facteurs non liés à l'état de santé que sont la méconnaissance du français, le faible niveau de scolarisation, l'absence d'intégration en Suisse et l'absence de demande de reclassement professionnel, les possibilités d'intégration sur le marché du travail sont inexistantes, comme l'atteste de manière concordante le rapport d'expertise du Dr F. _____ et le rapport du conseiller en réadaptation de l'OAI. »

Sur suggestion de son Service juridique, l'OAI a tout de même requis un rapport médical auprès du Dr B. _____, complété le 15 août 2008. Sans prononcer d'incapacité de travail, ce spécialiste a relaté un « œil droit perdu (atrophie du nerf optique suite à une extirpation d'un méningiome) » en 1991 et des « astigmatisme hypermétropique et presbytie », ainsi que des « sécheresse oculaire et allergies » dès 1997.

Considérant que ce dernier document, ainsi que l'attestation du Dr K. _____, ne remettaient pas en question l'exigibilité médicale fixée par _____ l'expert, _____ le

Dr F._____, et confirmée par le SMR, l'OAI a rendu sa décision le 24 septembre 2008, identique au projet établi le 3 octobre 2006.

E. Par acte de recours du 28 octobre 2008, l'assurée, assistée d'une mandataire professionnelle, a déféré cette décision à l'ancien Tribunal des assurances du canton de Vaud, dont les compétences ont été reprises par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dès le 1^{er} janvier 2009. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 24 septembre 2008, sous suite principalement d'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement du renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a contesté ladite décision à deux égards, à savoir quant à l'appréciation de sa capacité de travail et quant à l'origine de sa situation personnelle difficile. Elle a constaté que l'OAI s'était fondé exclusivement sur les conclusions médicales du Dr F._____ pour retenir une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée en dépit de ses importantes limitations fonctionnelles, mettant en exergue l'avis divergent de ses médecins traitants, les Drs W._____ et D._____. Elle a relevé que le service de réinsertion de l'OAI, ainsi que la Dresse C._____ du SMR, avaient souligné l'impossibilité de l'intégrer sur le marché du travail en raison de son état de santé et de ses restrictions personnelles, lesquelles s'avéraient à son sens précisément dues à la maladie. Considérant que son dossier comportait des avis contradictoires mettant en _____ doute _____ l'appréciation _____ du Dr F._____, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de dissiper ces divergences. Elle a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Par décision du 19 novembre 2008, le Service législatif et juridique a accordé l'assistance judiciaire gratuite à l'assurée.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 29 janvier 2009, concluant à son rejet et au maintien de sa décision du 24 septembre 2008. Se prévalant de la jurisprudence rendue en lien avec la valeur probante des pièces médicales, il a estimé que le rapport d'expertise du Dr F._____ en remplissait pleinement les réquisits. En outre, il a souligné

que des facteurs étrangers à l'invalidité, soit des difficultés consécutives à l'émigration, devant précisément être exclus de l'évaluation de l'invalidité, jouaient un rôle non négligeable en l'occurrence. Il pouvait également être déduit que l'absence d'activité lucrative exercée avant l'atteinte à la santé avait vraisemblablement trait à des motifs familiaux.

Par réplique du 26 mars 2009, la recourante a relevé que l'avis du Dr F._____ constituait une appréciation isolée de sa capacité de travail, au terme d'une unique consultation en présence d'un interprète, et fondait le rejet de sa demande de prestations, alors que l'intimé avait eu précédemment l'intention de lui allouer une rente entière d'invalidité. Elle a douté des compétences de l'expert à se prononcer sur les conséquences de son atteinte ophtalmique. Elle a par ailleurs contesté ne pas avoir eu l'intention de déployer une activité professionnelle, dans la mesure où elle élevait seule ses trois enfants. Elle a au surplus maintenu ses précédentes conclusions

L'intimé a dupliqué le 4 mai 2009, confirmant l'adéquation des compétences du Dr F._____ pour se prononcer sur la situation globale de la recourante des suites de l'atteinte principale à sa santé, soit les séquelles d'un méningiome. Il a rappelé que l'ophtalmologue traitant de la recourante, le Dr B._____, avait été invité à s'exprimer et n'avait au demeurant pas contredit l'évaluation de l'expert. S'agissant du statut de l'assurée, l'intimé a mis en exergue le défaut de pertinence des arguments vu que le statut d'active lui avait bel et bien été reconnu.

En date du 19 mai 2009, le juge instructeur a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, soit neurologique ophtalmologique et psychiatrique, de l'assurée et leur a imparti un délai pour proposer des experts, ainsi qu'une liste de questions spécifiques. Le mandat a été formellement confié aux Hôpitaux L._____ le 18 août 2009.

Le Prof. O._____, médecin chef adjoint au sein du Service de Neurologie du Département des Neurosciences Cliniques des Hôpitaux L._____, a communiqué un rapport d'expertise neurologique en date du 1^{er} juillet 2010, soulignant que le volet psychiatrique de la situation ferait l'objet d'une expertise ultérieure émanant d'un confrère spécialisé. A l'issue d'un examen clinique et d'un électro-encéphalogramme réalisé le 24 avril 2010, il a retenu les diagnostics ci-après :

« **6.1. Diagnostics principaux**

1. Méningiome de la petite aile du sphénoïde droit récidivant, traité de manière itérative par chirurgie (1991, 1992) et par une radiothérapie adjuvante (1991).

Avec comme séquelles :

- Atrophie optique OD [réd. : œil droit] et astigmatisme de l'OG [réd. : œil gauche],
- Parésie du III droit,

Possible récurrence actuelle avec

- Crises d'épilepsie partielle complexes cliniques et EEG,
- Possibles troubles exécutifs.

2. Probable anxio-dépression réactionnelle.

6.2. Comorbidités actives

1. Astigmatisme hypermétropique, presbytie de l'œil gauche

Avec baisse de l'acuité visuelle corrigée par des lunettes de correction.

2. Lombalgies chroniques.

3. Céphalées de tension.

4. Probables rhinite et conjonctivite allergiques traitées.

6.3. Comorbidités inactives

1. Status post cholestase du cholédoque d'origine indéterminée en 2003.

2. Status post pancréatite aiguë post endoscopie digestive haute en 2003.

3. Possible status post cholécystectomie en 1997. »

Sous rubrique « Discussion et appréciation », il a communiqué ses conclusions en ces termes :

« [...] En 1991, à la suite des céphalées, vomissements, baisse d'acuité visuelle et des crises épileptiques, [l'assurée] bénéficie d'un bilan qui permet de diagnostiquer un volumineux méningiome de la petite aile du sphénoïde droit. Elle bénéficie d'une prise en charge chirurgicale à deux reprises complétée d'une radiothérapie dont la mention est indirecte. Il résulte de ces traitements des séquelles neurologiques (cécité de l'œil droit consécutive à une atrophie optique, parésie du III droit partiel, atteinte sensitive dans le territoire V1 droit) qui restent assez stables dans l'évolution. Les crises épileptiques se sont complètement arrêtées, ce qui a conduit à la réduction du traitement antiépileptique.

Actuellement, la patiente se plaint, en plus, de malaises fréquents qui, selon elle, sont favorisés par l'énervernement, accompagnés de chute avec perte de connaissance. Ils sont précédés d'une aura, suivis d'une période post-critique et accompagnés d'amnésie circonstancielle. L'examen neurologique retrouve les séquelles neurologiques précédemment décrites (cécité de l'œil droit, parésie du III droit partiel) en plus de possibles troubles exécutifs (sous réserve de la collaboration de la patiente). Les malaises décrits par la patiente sont fortement évocateurs de crises épileptiques que confirme l'EEG standard effectué le 24 avril 2010 qui montre des crises épileptiques de localisation temporale déclenchées par l'hyperventilation. Signalons qu'il n'est pas certain que cette patiente, décrite comme exempte de crises en 2005, bénéficie actuellement d'un traitement anti-épileptique. Dans le contexte de la patiente, ces crises sont probablement symptomatiques d'une possible récurrence du méningiome (même si une autre pathologie cérébrale plutôt localisée n'est pas formellement exclue).

La patiente signale depuis quelques années une baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche confirmée à notre examen neurologique (avec un fond d'œil normal). Mais cette dernière est corrigée par des lunettes de correction de manière satisfaisante. Le dernier contrôle chez son ophtalmologue en 2007 note un astigmatisme hypermétropique et une presbytie qui sont probablement à l'origine de la baisse de la vision de l'œil gauche.

En outre, depuis quelques années, la patiente se plaint de céphalées mal caractérisées, plutôt frontales. Sa thymie est triste et elle se dit anxieuse, fatiguée et fatigable (surtout à l'effort) sans dyspnée ni essoufflement. Lors de notre consultation, la patiente manque de motivation et participe très peu. La patiente présente probablement des céphalées de tension dans un contexte d'anxio-dépression réactionnelle, même si la récurrence tumorale suspectée pourrait tout aussi bien les provoquer. Cette hypothèse diagnostique pose le diagnostic différentiel des troubles cognitifs retrouvés à l'examen neurologique.

Sur le plan social, la patiente, peu instruite, a très peu travaillé dans son pays d'origine et n'a jamais exercé d'activité professionnelle en Suisse. Depuis les traitements de son méningiome en 1991, l'incapacité de travail déterminée par les différents médecins l'ayant suivie est totale. Cependant, les dernières évaluations parlent d'une capacité de travail théorique de 75%, limitée essentiellement par l'absence de vision binoculaire, la fatigabilité et les douleurs lombaires ainsi que les antécédents d'épilepsie. En pratique, cette capacité serait illusoire vu le manque d'instruction de la patiente, son manque d'adaptation et son manque de motivation à un projet d'adaptation professionnelle.

Avant toute chose, les éléments cliniques nouveaux (crises épileptiques cliniques et électroencéphalographiques) nécessitent une mise au point à la recherche d'une récurrence du méningiome. Dans ce contexte, il est possible que des troubles cognitifs se soient surajoutés à la symptomatologie initiale, même si, comme dit plus haut, l'anxio-dépression réactionnelle pourrait être un diagnostic différentiel. Une IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] cérébrale et un examen neuropsychologique détaillé nous semblent dès lors indiqués. En attendant, ces crises comitiales imposent une prise en charge médicamenteuse rapide. Sous réserve de l'impact de nouveaux éléments cliniques et électroencéphalographique et

des résultats de l'évaluation neuropsychologique et des examens morphologiques cérébraux à réaliser, nous souscrivons à la vision du Dr F. _____ quant à la capacité théorique et réelle de travail de [l'assurée] de 75% en 2005, mais concluons à une aggravation anamnastique de l'épilepsie depuis 2005, avec recrudescence des crises. L'augmentation des crises aggrave l'incapacité de travail, du moins actuellement. Nous pensons également qu'il est difficile d'espérer une réinsertion professionnelle pour une patiente de cet âge, qui n'a pas exercé d'activité professionnelle depuis plus de vingt ans, qui n'a jamais travaillé en Suisse et ne peut communiquer à cause de la barrière linguistique.

En conclusion, même si théoriquement sur le plan médical somatique [l'assurée] est capable de travailler à 75% et pourrait éventuellement bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle, l'insertion professionnelle est très difficile pour des raisons d'ordre social. [...]

6.

a) L'ensemble des troubles présentés par la recourante sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail ?

Non, les troubles de la patiente ne sont pas de nature à empêcher une activité professionnelle. Ils engendrent en revanche une incapacité partielle de travail pour toute tâche exigeant une vision binoculaire, une endurance physique et tout travail en hauteur et/ou demandant une manipulation de machine ou usage de véhicule.

b) En cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pourcent, pour quels motifs et depuis quand ?

L'incapacité partielle est de 25% depuis 1991 à cause des séquelles neurologiques, des crises d'épilepsie actuelles, mais aussi à cause de la fatigabilité, des douleurs lombaires et des céphalées chroniques. Elle est à notre avis de 40% depuis 2006. [...] »

Par pli du 8 octobre 2010, Me Anne-Sylvie Dupont a signalé au juge instructeur avoir repris le mandat de représentation de l'assurée, tandis qu'elle a dans l'intervalle été désignée en qualité d'avocate d'office par le Service juridique et législatif avec effet dès le 27 mars 2009.

Après moult rappels du juge instructeur, le Dr Z. _____, médecin adjoint au Département de psychiatrie des Hôpitaux L. _____, lui a adressé la correspondance suivante en date du 1^{er} novembre 2013 :

« Veuillez trouver ci-joint un bref compte-rendu de l'entretien que j'ai eu avec la personne susnommée. Il s'est révélé difficile et ne m'a permis d'obtenir que des informations fragmentaires. En insistant sur le fait que ce document ne constitue pas un rapport d'expertise, je vous le transmets néanmoins en espérant qu'il vous sera utile. Les problèmes visuels étant au premier plan et conditionnant à mon avis l'appréciation de la capacité de travail de [l'assurée], je suggère qu'ils fassent l'objet d'un nouveau bilan avant de compléter, si vous le jugez indispensable, une évaluation psychiatrique qui sera de

toute évidence, compte tenu du contexte, peu informative et probablement non décisive. [...] »

Etait annexé ledit compte-rendu daté du 25 septembre 2012, relatant notamment les plaintes de l'assurée et quelques constats cliniques, à savoir :

« [...] Elle « résiste depuis vingt ans » à une situation difficile et son moral n'est pas bon.

Elle est suivie par le Dr K. _____.

Au status, on note qu'elle s'exprime rapidement et, selon l'interprète, clairement dans sa langue. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas de signes patents en faveur d'un trouble anxieux ou d'un état dépressif marqué, pas de manifestations psychotiques. [...] »

Tant l'OAI que la recourante ont constaté que les informations tardivement délivrées par le Dr Z. _____ étaient inexploitable, par correspondances respectives des 25 novembre 2013 et 2 décembre 2013. La recourante a au surplus produit un rapport d'IRM du 9 septembre 2013, établi par le Centre d'imagerie P. _____ de [...] et une attestation du Dr K. _____ du 6 novembre 2013. Les conclusions du rapport d'imagerie sont les suivantes :

« Discrète augmentation dans l'extension du méningiome connu centré sur l'apophyse clinoidienne antérieure droite essentiellement au niveau de ses deux composantes antérieure au niveau du planum sphénoïdal et postéro-inférieure au niveau de l'angle ponto-cérébelleux. Actuellement, occlusion complète de la carotide interne droite au niveau du sinus caverneux, par infiltration. Augmentation significative avec doublement en taille du méningiome en fosse postérieure droite. »

Quant à l'attestation du médecin traitant, adressée au conseil de l'assurée, ce document fait état de ce qui suit :

« [...] Vous connaissez la situation médicale de [l'assurée]. Une IRM du cerveau a été effectuée en septembre pour contrôle de l'évolution de sa maladie. Ce dernier examen a malheureusement montré une progression de cette tumeur bénigne mal située et comprimant les structures vasculaires et cérébrales.

Ceci suffit à justifier une détérioration de l'état général susceptible de faire obtenir à [l'assurée] une prestation de l'AI basée sur l'aggravation de son état de santé.

Par ailleurs, j'ai pris contact avec le service de neurochirurgie du Centre hospitalier J. _____ pour que la situation de [l'assurée] soit

à nouveau évaluée pour une éventuelle intervention par radio-chirurgie. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des conclusions des spécialistes du Centre hospitalier J._____. [...] »

Compte tenu de ces éléments et du défaut de valeur probante des rapports produits par les Hôpitaux L._____, la recourante a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire - ophtalmologique, rhumatologique et psychiatrique - auprès de la Polyclinique V._____ du Centre hospitalier J._____. Par ailleurs, exposant que l'intimé avait maintenu en suspens l'examen d'une demande de révision de son droit aux prestations AI du 12 novembre 2013 dans l'attente de l'arrêt de la Cour de céans, elle a expressément sollicité que la saisine du tribunal fût étendue aux faits postérieurs à la décision litigieuse.

Par correspondance du 12 décembre 2013, l'intimé s'est opposé à l'extension temporelle de l'objet du litige, rappelant que les faits survenus postérieurement à la décision querellée, en l'occurrence datant du 24 septembre 2008, devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative en vertu de la jurisprudence fédérale sur cette question. Il a persisté à conclure au rejet du recours.

Le juge instructeur a indiqué aux parties le 19 décembre 2013 qu'il entendait organiser une nouvelle expertise pluridisciplinaire de l'assurée, sur les plans ophtalmologique, rhumatologique, neurologique, psychiatrique et de médecine interne, leur impartissant un délai pour se déterminer et fournir leur questionnaire à l'égard des experts. Il a précisé que la Polyclinique V._____ du Centre hospitalier J._____ paraissait répondre aux exigences d'indépendance indispensables. Quant à la saisine éventuellement étendue de la Cour, il a proposé de se prononcer à réception du futur rapport d'expertise.

Le 15 janvier 2014, l'OAI a suggéré un autre centre d'expertise, en suite de quoi la recourante a maintenu le 13 février 2014 que la complexité de son cas justifiait son examen par des experts d'une

clinique de niveau universitaire, telle que celle envisagée par le juge instructeur.

Ce dernier a formellement délivré le mandat à la Policlinique V._____ du Centre hospitalier J._____ par correspondance du 18 février 2014.

Le rapport d'expertise corrélatif a été établi le 30 septembre 2014, consécutivement à un examen de médecine interne (Dresse X._____) et des consultations psychiatrique (Dr A._____), rhumatologique (Dr E._____), ophtalmologique (Dr R._____) et neurologique (Dr F._____) réalisés dans le courant du mois de juin 2014, ainsi qu'à la suite d'un conseilium neuropsychologique (Mme H._____) daté d'août 2014. Les experts ont retenu en définitive les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Méningiome de la petite aile du sphénoïde droit (D32.0) récidivant traité par chirurgie en 1991 et 1992 et par radiothérapie adjuvante en 1991 avec cécité de l'œil droit sur atrophie optique et parésies du nerf III séquellaire (H54.4).
- Méningiome de la fosse postérieure droite avec traitement radio-neurochirurgical par Gamma Knife en mars 2014 et méningiome de la gouttière olfactive évolutif avec traitement en cours (D32.0).
- Troubles cognitifs organiques sévères globalement déficitaires avec au premier plan un syndrome dysexécutif (F06.9).
- Episode dépressif d'intensité légère à moyenne (F32.0).

« Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Dysesthésie et allodynie au MI [réd. : membre inférieur] droit d'étiologie indéterminée.
- Ovariectomie gauche le 30.07.2014 pour un kyste de l'ovaire. »

Ils ont par ailleurs fait part de leur appréciation consensuelle du cas, après avoir sollicité les plus récents rapports médicaux auprès du Centre hospitalier J._____, à savoir ceux des Drs Y._____, spécialiste en neurologie, et U._____, spécialiste en neurochirurgie. Les conclusions des experts sont les suivantes :

« [...] En mars 1991, [l'assurée] a subi une lobectomie temporo-polaire droite pour ablation partielle d'un volumineux méningiome

de la petite aile du sphénoïde, avec complément chirurgical puis de radiothérapie en 1992. Les suites ont été marquées par une cécité complète de l'œil droit, une atteinte de la 3^{ème} paire crânienne droite et des crises d'épilepsie partielles, en particulier de 2005 à 2013.

[...]

Sur le plan neurologique, suite à la lobectomie temporale droite de 1991 pour un volumineux méningiome, [l'assurée] a perdu la vision de l'œil droit, avec atteinte de la 3^{ème} paire crânienne droite, et a souffert de crises d'épilepsie partielles. D'après le Professeur O. _____, qui a effectué la 2^{ème} expertise neurologique chez [l'assurée] en 2010, les crises d'épilepsie se seraient aggravées en 2005 motivant l'introduction d'un traitement. En raison de ces crises partielles, le Professeur O. _____ a estimé que la capacité de travail avait diminué de 75 à 60% en 2006. Le bilan neurologique effectué début janvier 2014 par le Dr Y. _____ n'a cependant pas démontré de récurrence de crises d'épilepsie malgré l'arrêt du traitement anti-épileptique.

En octobre 2010, une IRM cérébrale met en évidence une discrète augmentation de la taille du méningiome de la petite aile du sphénoïde avec apparition d'un nouveau méningiome dans la fosse postérieure droite. En septembre 2013, une IRM met alors en évidence un volumineux méningiome dans la fosse postérieure droite ainsi qu'un méningiome dans la gouttière olfactive. Le méningiome cérébelleux est traité par radio-chirurgie par Gamma Knife au Centre hospitalier J. _____ en mars 2014. Le méningiome de la gouttière olfactive devrait être traité prochainement. [L'assurée] continue d'être prise en charge par les neurochirurgiens pour ce problème.

Actuellement, [l'assurée] se plaint essentiellement de la persistance de céphalées, de cécité de l'œil droit, d'une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche, de nausées, d'une fatigue, fatigabilité, troubles de la mémoire et paresthésies douloureuses dans le membre inférieur droit. L'examen neurologique spécialisé, hormis l'amblyopie de l'œil droit avec une atteinte importante du nerf III droit, ne démontre pas de lésion majeure, notamment pas d'atteinte pyramidale, cérébelleuse et sensitive. Il n'y a pas non plus d'éléments en faveur d'une souffrance radiculaire ou d'une polyneuropathie au niveau des membres inférieurs.

L'EEG confirme l'appréciation du Dr Y. _____, à savoir que cet examen ne montre pas d'activité épileptogène y compris durant l'hyperpnée, ne mettant en évidence qu'une discrète bradydysrythmie irritative. Sur le plan strictement neurologique, [l'assurée] présente donc actuellement des céphalées que l'on peut mettre en relation avec les interventions pratiquées préalablement et présente des troubles de la vision.

L'examen ophtalmologique spécialisé réalisé dans le cadre de cette expertise conclut en effet à une cécité de l'œil droit sur atrophie optique droite ancienne. Concernant l'œil gauche, l'acuité visuelle est bonne avec corrections et le champ visuel est dans les limites de la norme. [L'assurée] est donc monophtalmique et présente une fatigabilité visuelle accrue qui entraîne une diminution de son rendement de travail.

En conclusion, à la fois sur le plan neurologique et ophtalmologique, les méningiomes sont responsables d'une cécité de l'œil droit et d'une atteinte du nerf III mais n'ont pas d'autre traduction clinique. Ainsi, concernant la capacité de travail, les conclusions sur les plans

strictement neurologique et ophtalmologique rejoignent les conclusions des précédentes expertises neurologiques de 2005 et 2010.

Les céphalées et la fatigabilité entraînent une perte de rendement estimée à 25% dans l'activité de femme au foyer. Dans une éventuelle activité à l'extérieur du domicile, toujours en ne prenant en compte que les aspects neurologiques, le Dr F. _____ retient aussi une capacité de travail de 75%. Concernant l'évolution de la capacité de travail depuis 2005, le Dr F. _____ retient une capacité de travail inchangée depuis sa dernière expertise de 2005, à savoir une capacité de travail de 75%. [L'assurée] se plaignant de lombalgies quotidiennes, de douleurs dans les membres inférieurs, un examen rhumatologique spécialisé a été réalisé dans le cadre de cette expertise. L'examen clinique réalisé aussi bien par l'interniste que le rhumatologue se révèle globalement dans la norme et il n'y a aucun élément orientant vers une pathologie inflammatoire neuro-compressive permettant d'expliquer les dysesthésies et l'allodynie du membre inférieur droit. Sur le plan strictement rhumatologique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle justifiant une incapacité de travail.

[L'assurée] décrivant principalement des troubles de la mémoire et sa fille confirmant une importante désorientation chez sa mère depuis maintenant trois ans, nous avons demandé un examen neuropsychologique détaillé. A notre connaissance, [l'assurée] n'a jamais eu de bilan neuropsychologique, que ce soit lors de ses différentes hospitalisations en neurochirurgie ou lors des précédentes expertises. On peut relever dans l'expertise du Professeur O. _____ de 2010 « possibles troubles exécutifs (sous réserve de la collaboration de la patiente) ».

Notre examen, réalisé avec l'aide d'une interprète, met en évidence un tableau cognitif globalement et sévèrement déficitaire avec au premier plan un syndrome dysexécutif avec une baisse majeure de l'incitation. L'assurée est complètement perdue, désorientée aux trois modes, présente une apraxie constructive sévère, des signes d'apraxie idéomotrice et réflexive. Il existe des difficultés de raisonnements associatifs visuels, une mémoire immédiate déficitaire, des troubles de la mémoire antérogrades et de très faibles ressources sur le plan attentionnel et du rendement. [L'assurée] est incapable de toute programmation.

Nous sommes donc face à un délabrement neuropsychologique majeur qui est clairement la conséquence des méningiomes et des différents traitements subis. Sur le plan neuropsychologique, la capacité de travail est nulle dans toute activité professionnelle. De même dans l'activité de femme au foyer, nous ne retenons pas de capacité résiduelle de travail. L'anamnèse révèle d'ailleurs que [l'assurée] est incapable de tenir son ménage, incapable de rester seule plus d'une journée. Sa fille cadette n'ose pas s'émanciper et se rend compte que sa mère ne peut absolument plus vivre seule. Elle arrive tout juste à s'habiller et se laver.

Dans ces conditions se pose la question d'un éventuel placement ou au moins une aide à domicile pour soulager la famille qui est fortement mise à contribution.

Rétrospectivement, il est extrêmement difficile de se prononcer sur la chronologie de la capacité de travail du point de vue neuropsychologique puisqu'aucun examen n'a jamais été effectué auparavant. Il apparaît vraisemblable que [l'assurée] a déjà dû avoir des séquelles en 1991 lors de l'extirpation du méningiome et les

examens n'ont probablement pas été réalisés en raison de l'illettrisme et de la non-maîtrise de la langue de l'assurée.

En nous basant sur l'anamnèse prise auprès de la famille, il apparaît que les troubles de la mémoire, la désorientation et le ralentissement psychomoteur se sont aggravés depuis environ trois ans mettant l'expertisée potentiellement en danger en raison d'oublis fréquents.

Depuis trois ans aussi, [l'assurée] ne sort pratiquement plus seule de chez elle. Nous retenons donc, mais uniquement sur la base de l'anamnèse, que les troubles neuropsychologiques sont donc sévères depuis 2010-2011 et que la capacité de travail de [l'assurée] dans toute activité est nulle depuis cette date. Il est probable que [l'assurée] présentait déjà d'importantes limitations fonctionnelles sur le plan neuropsychologique bien auparavant, qu'il est malheureusement a posteriori impossible à évaluer.

Sur le plan psychiatrique, [l'assurée] est arrivée d'Erythrée seule avec trois jeunes enfants, sans son mari qu'elle ne reverra d'ailleurs plus jamais. Ses problèmes de santé apparaissent dès son arrivée avec la découverte d'un volumineux méningiome. Souffrant d'une cécité complète à droite, [l'assurée] va élever seule ses trois filles et ne va jamais s'intégrer, n'apprenant jamais le français. Depuis 1991, [l'assurée] n'a jamais eu de prise en charge psychiatrique et dans les expertises neurologiques de 2005 et 2010 un probable état anxio-dépressif est évoqué.

Actuellement, [l'assurée] se plaint de tristesse, de découragement, de fatigue, de pleurs fréquents. Elle se dit irritable, énervée, sans patience. La fille de l'expertisée rapporte quant à elle toujours d'importants troubles de la mémoire avec des oublis fréquents et le non-enregistrement d'informations nécessitant de répéter les tâches quotidiennes de la vie. Actuellement, ces différents éléments nous permettent de poser le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne. Cet état dépressif est probablement présent depuis la première intervention et participe dans une faible mesure à diminuer la capacité de travail de [l'assurée] en diminuant ses ressources adaptatives et en augmentant son isolement social. Ce sont bien sûr les troubles cognitifs massifs qui sont au premier plan.

En conclusion, [l'assurée] présente des antécédents de méningiomes qui récidivent actuellement et qui entraînent d'importantes séquelles ophtalmologiques avec une cécité complète de l'œil droit mais surtout neuropsychologiques avec des troubles cognitifs majeurs. C'est principalement ce tableau cognitif globalement déficitaire qui entraîne une incapacité de travail complète dans toute activité professionnelle et aussi dans l'activité de femme au foyer posant la question de la nécessité d'un éventuel placement.

Il est extrêmement difficile de se prononcer sur la chronologie de la capacité de travail a posteriori mais à la lecture du dossier et après les différents entretiens avec [l'assurée] et sa famille, nous retenons que la capacité de travail est nulle depuis environ trois ans, c'est-à-dire 2011 pour des raisons neuropsychologiques en particulier. Depuis l'intervention de 1992 jusqu'à 2011 nous rejoignons les conclusions du Dr F. _____ et retenons une capacité de travail de 75% en prenant en compte les séquelles neurologiques et ophtalmologiques. Il est cependant probable que les troubles cognitifs remontent à la période antérieure à 2011 mais nous n'avons aucun document ou élément permettant d'étayer cette supposition.

Cette conclusion ne prend en compte que les aspects strictement médicaux sans considérer tous les aspects sociaux tels que l'absence de scolarisation et la méconnaissance complète du français. [...] »

Par écriture du 17 octobre 2014, l'OAI s'est déterminé sur le rapport d'expertise de la Polyclinique V._____, constatant qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante était retenue dès l'année 2011, soit postérieurement à la décision querellée, alors qu'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée était confirmée pour la période s'étendant de 1992 à 2011. Partant, il a persisté dans ses précédentes conclusions.

Le 4 décembre 2014, la recourante a mis en exergue l'aggravation observée par les experts dès janvier 2011, laquelle impliquait une incapacité de travail totale pour toutes activités. En 2008, sa capacité de travail résiduelle aurait été de 25%, alors qu'avant 2011, des troubles cognitifs invalidants paraissaient déjà avérés bien qu'impossibles à dater. Elle a considéré qu'une incapacité de travail de 50% devait lui être reconnue, au degré de la vraisemblance prépondérante, dès mi-2010. Elle a par ailleurs derechef requis la saisine de la Cour de céans afin qu'elle statuât sur les faits survenus postérieurement à la décision du 24 septembre 2008, soulignant qu'à son sens les conditions de l'extension de l'objet du litige étaient remplies ; les éléments de fait se trouvaient en effet directement liés sur le plan médical, tandis que les droits de la recourante à des prestations AI pouvaient être tranchés jusqu'en 2011 et que l'autorité intimée avait eu l'occasion de s'exprimer sur le rapport d'expertise de la Polyclinique V._____. Par surabondance, elle a rappelé que la décision entreprise datait de 2008, les impératifs d'économie de procédure et de célérité devant être privilégiés au vu du retard accusé par la procédure judiciaire, alors que l'OAI avait refusé de se déterminer sur la demande de révision formulée par ses soins le 12 novembre 2013. Elle a conclu à la reconnaissance de son droit au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2011, s'en remettant à justice eu égard à son droit éventuel à une demi-rente d'invalidité dès mi-2010.

L'intimé a fait valoir, en date du 16 décembre 2014, qu'une incapacité de travail de 50% dès 2010 n'était pas établie, les experts ayant certes envisagé des problèmes neuropsychologiques antérieurs à 2011, mais uniquement au titre de supposition. Il n'y avait en conséquence pas lieu de s'écarter des conclusions retenues en définitive pour la période de 1992 à 2011 qui faisaient état d'une capacité résiduelle de travail de 75%. Quant à la saisine étendue de la Cour de céans, l'OAI a considéré que l'état de fait concerné ne reposait pas sur des éléments communs vu le temps écoulé avant l'aggravation observée en 2011, les droits de la recourante ne pouvant dès lors être tranchés au-delà de la date de la décision querellée.

A la requête du juge instructeur, Me Dupont a fait parvenir la liste des activités déployées en faveur de l'assurée du 7 octobre 2014 au 21 janvier 2015.

E n d r o i t :

1.

1.1 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009. A teneur de l'art. 117 al. 1 LPA-VD, immédiatement applicable, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la loi sont traitées conformément aux dispositions de cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a succédé au Tribunal des assurances depuis le 1^{er} janvier 2009, est dotée de la compétence pour statuer, dans la mesure où dite compétence est expressément prévue en lien avec les recours ressortant au domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c et 93 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours interjeté le 28 octobre 2008 contre la décision de l'OAI du 24 septembre 2008 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Sont litigieux in casu le droit à des prestations AI sous forme de rente et la capacité de travail effectivement présentée par l'assurée à compter de mars 1991, date à laquelle elle a subi une première crâniotomie pour extirpation d'un méningiome.

Singulièrement, il s'agit en premier lieu de déterminer si l'intimé a à bon droit considéré que la recourante était dotée d'une capacité de travail de 75% dans une activité légère sans exigence de vision binoculaire pour fixer un préjudice économique de 25% à teneur de la décision du 24 septembre 2008 et lui nier le droit à une rente d'invalidité. Une analyse des pièces médicales versées au dossier de la recourante et de leur valeur probante respective aura lieu d'être opérée dans ce contexte.

En revanche, le droit à des mesures professionnelles, également refusées par l'OAI à l'issue de la décision entreprise du fait de la situation socio-professionnelle et personnelle de l'assurée, n'est pas litigieux, celle-ci s'estimant incapable de s'intégrer sur le marché du travail.

En second lieu, il conviendra de se prononcer sur la réalisation éventuelle des conditions jurisprudentielles permettant la saisine de la Cour de céans eu égard aux faits survenus postérieurement à la décision

du 24 septembre 2008. Cas échéant, il devrait être statué sur la survenance d'une modification substantielle des faits, constitutive d'un motif de révision et susceptible d'ouvrir le droit de l'assurée à des prestations de l'AI.

3. Doivent premièrement être examinés les fondements de la décision du 24 septembre 2008 à l'origine du recours introduit le 28 octobre 2008.

Par dite décision, l'intimé a considéré que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 25%, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 75% dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. Son appréciation médicale du cas repose essentiellement sur les conclusions énoncées par le Dr F. _____ dans son rapport d'expertise du 20 mai 2005.

3.1 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).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

L'on ajoutera qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

3.2 En ce qui concerne l'ouverture du droit à la rente, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et au terme de cette année être invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125

V 256
consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid.
1 ;
TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid.
1.2 et
TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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 judiciaire, 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 judiciaire 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 351 consid. 3b/aa et les références).

4. En l'espèce, la recourante a fait l'objet de plusieurs expertises somatiques, compte tenu de l'atteinte à la santé principalement diagnostiquée, soit un status post-extirpation d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde droit, ayant entraîné une cécité quasiment complète de l'œil droit.

4.1 Elle a notamment été examinée sur le plan neurologique par le Dr F. _____ (cf. rapport d'expertise du 20 mai 2005) au stade de la procédure administrative, puis au stade de la procédure judiciaire par le Prof. O. _____ (cf. rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2010) et derechef par le Dr F. _____ dans le contexte de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par le juge instructeur (cf. rapport de la Policlinique V. _____ du 30 septembre 2014).

Le rapport corrélatif constitue incontestablement le document le plus exhaustif sur la situation de la recourante, remplissant au demeurant en tous points les réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous considérant 3.3 pour se voir conférer pleine valeur probante.

Singulièrement, les experts ont procédé à des investigations extrêmement fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il ont également opéré une analyse complète des pièces du dossier, en particulier des rapports d'expertise précédents émanant des Dr F._____ et Prof. O._____. Il ont discuté l'ensemble des diagnostics neurologiques évoqués en l'espèce, non sans effectuer une évaluation méticuleuse sur les plans ophtalmologique, rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique. Les conclusions communiquées par les experts sont non seulement particulièrement étayées, mais également tout à fait convaincantes, compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue de leurs examens.

Par ailleurs, leurs explications quant à l'estimation de la capacité de travail au regard des limitations fonctionnelles décrites emportent indubitablement la conviction.

L'on notera que l'évaluation valable pour la période s'étendant de 1991 au 24 septembre 2008 - date de la décision querellée - rejoint les conclusions des précédentes expertises, ce qui permet de dissiper les doutes soulevés sur cette question par la recourante aux termes de son mémoire de recours du 28 octobre 2008. En effet, il apparaît que les observations récentes du Dr F._____, telles que communiquées le 30 septembre 2014, sont venues confirmer sa précédente appréciation du 20 mai 2005. Elles convergent par ailleurs pour l'essentiel avec les constats du Prof. O._____ en termes de capacité de travail.

A cet égard, la restriction de 40%, évoquée par ce dernier à compter de l'année 2006, ne sera pas suivie. Cette limitation n'est en effet aucunement motivée par ce spécialiste, alors que l'essentiel de son exposé est en revanche venu justifier la fixation d'une capacité de travail résiduelle de 75%.

En outre, sur le plan rhumatologique, l'on se rapportera aux constats des experts de la Polyclinique V._____, lesquels n'ont mis en évidence aucun substrat organique à l'origine des plaintes de la recourante, ce en l'absence d'un quelconque avis spécialisé antérieur au rapport d'expertise du 30 septembre 2014.

De même sur le plan psychiatrique, l'on ne peut que se rallier aux observations des experts de la Polyclinique V._____ quant à la présence d'un état dépressif d'intensité légère à moyenne, sans impact majeur sur la capacité de travail de l'assurée. L'assurée n'a fait l'objet d'aucune évaluation antérieure sérieuse et d'aucun suivi de ce registre propres à faire douter de ce constat. En outre, à l'évidence, ainsi que l'ont fait valoir à juste titre les deux parties, les observations lacunaires rapportées par le Dr Z._____ en date du 1^{er} novembre 2013 ne sont d'aucune utilité dans le contexte du présent litige.

4.2 Par ailleurs, les appréciations des médecins traitants de l'assurée, en particulier celles des Drs W._____ et K._____, respectivement _____ datées _____ des 22 avril 2002 et 2 novembre 2006, ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions des experts.

Non seulement ces praticiens ne disposent d'aucune spécialisation, mais en plus ils ne précisent pas clairement les motifs qui les ont conduits à retenir une capacité de travail nulle ou « fortement réduite ». Le Dr W._____ a pour sa part renvoyé au suivi neurologique pratiqué au sein du Centre hospitalier J._____. Quant au Dr K._____, il n'a pas mesuré précisément la réduction de la capacité de travail de sa patiente, se limitant à suggérer des investigations complémentaires.

Eu égard à l'appréciation du Dr D. _____ du 19 mai 2004, il convient de rappeler qu'il a fait état d'un « EEG parfaitement normal » semblant exclure l'exercice d'une activité professionnelle - à tout le moins partiellement - pour des motifs étrangers à l'invalidité.

Outre l'aspect neurologique, on ajoutera qu'aucun des médecins précités n'a, en son temps, fait état de pathologies dûment objectivées des registres rhumatologique, psychiatrique et/ou neuropsychologique.

Enfin, sous l'angle strictement ophtalmologique, le Dr B. _____ n'a prononcé aucune incapacité de travail du fait de la cécité de l'œil droit, en présence d'un œil gauche astygmate et presbyte bénéficiant d'une correction adéquate.

4.3 Partant, il convient de considérer, à l'instar de l'intimé, que l'assurée pouvait disposer, de 1992 à la date de la décision litigieuse, d'une capacité de travail de 75%, compte tenu d'une baisse de rendement de 25%, dans toutes activités respectant ses limitations fonctionnelles, soit une activité légère ne nécessitant pas de vision binoculaire, une telle capacité s'avérant en outre équivalente dans une activité ménagère.

C'est au surplus à bon droit que les considérations étrangères à l'invalidité, à savoir les difficultés d'intégration consécutives à l'émigration de l'assurée, telles que mises en exergue par les différents médecins l'ayant examinée et le service de réinsertion professionnelle de l'intimé, ont été écartées par l'OAI conformément à la jurisprudence citée supra sous considérant 3.1.

En conséquence, la décision du 24 septembre 2008 peut être confirmée, la comparaison des gains opérée par l'intimé à cette occasion ne prêtant pas davantage flanc à la critique.

Le recours est en conséquence rejeté quant aux griefs afférents à la situation factuelle prévalant à la date du 24 septembre 2008.

5. Dans un second temps, la recourante sollicite l'extension de la saisine de la Cour de céans aux faits survenus postérieurement à la décision du 24 septembre 2008, soit à l'aggravation constatée par les experts de la Polyclinique V._____ à compter de l'année 2011. Elle estime que les conclusions claires de ces derniers - à savoir une capacité de travail nulle pour toutes activités dès janvier 2011 - justifient l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2011. Se prévalant des principes d'économie de procédure et de célérité, elle rappelle que la procédure judiciaire a été considérablement retardée et que la demande de révision déposée auprès de l'OAI le 12 novembre 2013 a été suspendue dans l'attente de l'arrêt de la Cour de céans. Elle relève que les éléments de faits concernés sont à son sens étroitement liés et que l'intimé a eu le loisir de s'exprimer sur les observations des experts, alors qu'aucune mesure d'instruction supplémentaire ne se justifierait pour trancher ses droits dès 2011.

Elle ajoute sur la base des réflexions des experts, qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail d'au moins 50% devrait lui être reconnue dès mi-2010, ce qui impliquerait éventuellement le versement d'une demi-rente d'invalidité à compter de cette période. Elle requiert ainsi également que la Cour de céans statue sur ses droits dès 2010, s'en remettant néanmoins à justice à cet égard.

5.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le

rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

5.2 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte

de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; 122 V 34 consid. 2a et les références).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2^e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446).

Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

6. In casu, le rapport d'expertise probant, établi par la Policlinique V._____ le 30 septembre 2014, fait état d'une aggravation substantielle de l'état de santé de la recourante à tout le moins à compter du début de l'année 2011 pour des raisons essentiellement neuropsychologiques, au vu des éléments d'anamnèse, confrontés aux résultats de l'examen spécialisé réalisé par la neuropsychologue mandatée par la Policlinique V._____, Mme H._____.

Les experts ont retenu un « tableau cognitif globalement et sévèrement déficitaire avec au premier plan un syndrome dysexécutif avec une baisse majeure de l'incitation », en sus de désorientation, d'apraxie, de difficultés de raisonnement et de la mémoire, ainsi que de

très faibles ressources sur le plan attentionnel chez une assurée « incapable de toute programmation ».

En outre, des récurrences de méningiomes, localisés dans « la fosse postérieure droite et dans la gouttière olfactive », ont été objectivées par imagerie en septembre 2013, lesquelles font l'objet de traitement de radio-chirurgie depuis mars 2014.

La capacité de travail a été qualifiée de nulle avec certitude dès 2011 pour toutes activités, y inclus dans la sphère ménagère, par les experts du fait de ces diagnostics.

Ce contexte, quand bien même il peut être vraisemblablement considéré comme l'aggravation du méningiome constaté en 1991, n'en demeure pas moins distinct des faits médicaux constatés à l'origine de la décision du 24 septembre 2008, dans la mesure où l'état de santé de l'assurée est resté stable durant de nombreuses années, alors qu'elle se trouvait dotée d'une capacité de travail résiduelle de 75%.

Quoi qu'en dise la recourante, la condition de l'état de fait commun avec l'objet initial du litige n'apparaît ainsi pas réalisée, qui plus est du fait que l'aggravation en question est survenue près de trois ans après la notification de la décision entreprise.

En outre, si l'intimé a eu l'opportunité de se déterminer sur la saisine étendue de la Cour de céans et sur la teneur du rapport d'expertise délivré par la Policlinique V. _____, il ne s'est pas prononcé concrètement sur les conséquences de l'aggravation survenue dès janvier 2011 en termes de droit aux prestations.

Partant, à l'instar de ce que soutient l'OAI, il ne se justifie pas de procéder à l'extension temporelle de l'objet du litige, étant derechef souligné que le juge apprécie la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, ainsi qu'il a été rappelé au considérant 5.2 supra.

La décision attaquée portant la date du 24 septembre 2008, la Cour de céans n'a ainsi pas à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante suite à l'apparition de séquelles neuropsychologiques majeures depuis 2011. En effet, comme il a été rappelé au considérant 5.2 supra, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait régnant au moment où la décision litigieuse a été rendue. L'on précisera toutefois que le rapport de la Polyclinique V. _____ faisant état d'une aggravation en 2011, dont l'OAI ne pouvait avoir connaissance au moment de statuer, pourrait justifier une nouvelle requête. Il appartiendra dès lors à l'intimé de considérer cet élément comme une nouvelle demande de prestations et de statuer à nouveau.

7. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 24 septembre 2008 confirmée.

7.1 La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

7.2 En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice peuvent être fixés à 200 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de

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

La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont à jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Dupont a été indemnisée pour la période intermédiaire s'étendant du 1^{er} janvier 2011 au 15 août 2014 selon la décision du juge instructeur du 18 août 2014.

Le 21 janvier 2015, Me Dupont a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante dès le 16 août 2014. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à six heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 100 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'274 fr. 40 pour l'ensemble de l'activité déployée du 16 août 2014 au 21 janvier 2015.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenu d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). 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 24 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais fixés à 200 fr. (deux cents francs) sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- IV. L'indemnité d'office de Me Dupont, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'274 fr. 40 (mille deux cent septante-quatre francs et quarante centimes), débours et TVA compris, pour la période du 16 août 2014 au 21 janvier 2015.

- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Anne-Sylvie Dupont, à Lausanne (pour T. _____),
- 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 :