

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme C. Meylan

* * * * *

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Jérôme Bénédict, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 37 al. 4 LPGA

E n f a i t :

A. a) U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], souffrant de neurofibromatose type 1 - infirmité congénitale connue depuis 2005 pour laquelle elle a pu bénéficier de la prise en charge des coûts du traitement par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) (cf. décisions des 9 juin, 26 juillet et 28 septembre 2005) - a été victime d'un accident de voiture survenu en 2003, lui occasionnant des côtes cassées et un pneumothorax qui ont été soignés.

b) L'assurée a déposé le 18 mars 2015 une demande de détection précoce auprès de l'OAI en raison d'une « douleur du côté gauche ».

Le 3 juin 2015, elle a adressé à l'OAI une demande de prestations en raison de cette douleur, précisant qu'elle était localisée à sa cheville, son genou, son épaule, sa nuque, son dos et ses mains, à la suite d'un accident de voiture survenu en 2003.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a recueilli divers rapports médicaux, notamment :

- un rapport du 19 juin 2015 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a retenu les diagnostics de neurofibromatose de Von Recklinghausen et de douleurs de l'hémicorps gauche d'origine indéterminée. Il relevait que, sur le plan orthopédique, le pronostic était bon avec une assurée qui marchait sans boiterie, se déplaçait aisément, pouvait s'habiller et se déshabiller sans aucune difficulté, disposait d'une mobilité des articulations complète et son rachis ne montrant pas de troubles statiques significatifs ni de raideur segmentaire ou contracture musculaire. De l'avis de ce praticien, il n'y avait aucune incapacité de travail ;

- un rapport du 20 octobre 2015 du Dr B._____, spécialiste en pédiatrie, lequel n'a plus revu l'assurée depuis la consultation du 13 octobre 2011 (joignant le rapport afférent) et a expliqué que cette dernière présentait des douleurs chroniques d'origine peu claire au niveau sous malléolaire gauche ;
- un rapport du 18 décembre 2015 de la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale, au terme duquel elle a retenu les diagnostics incapacitants de gonalgies gauches sur surcharge fémoro-patellaire gauche, de douleurs à la cheville gauche sur surcharge tibio-péronéo-astragalienne et de rachialgies chroniques dans un contexte de : syndrome somatoforme douloureux, stress post-traumatique, problèmes psychosociaux et environnementaux, souffrances algodysfonctionnelles multiples, hypermobilité articulaire, troubles posturaux et sévère déconditionnement physique global. Selon la praticienne, la neurofibromatose de Von Recklinghausen et la possible algoneurodystrophie à la suite d'une entorse de la cheville gauche en 2009 étaient sans incidence sur la capacité de travail. La Dre S._____ a exposé que l'assurée avait été éjectée du coffre arrière de la voiture en plein sommeil lors de l'accident de la circulation de 2003, ce qui avait causé une fracture de ses côtes gauches, imposant une hospitalisation de quelques jours en [...]. Depuis cet accident, l'assurée présentait des douleurs costales latérales à l'effort, en coup de couteaux pendant quelques minutes (par exemple, si elle était amenée à courir). Depuis 2007, l'assurée présentait également des douleurs à sa cheville gauche, qui pouvait gonfler spontanément. En 2008, des douleurs à la nuque, du côté gauche, étaient apparues s'étendant jusqu'au bas du dos, surtout en cas de position statique assise ou si l'assurée portait des charges. Elle avait aussi des douleurs à son épaule et poignet gauches. Depuis février 2013, les douleurs se situaient également à son genou gauche conduisant à la réalisation d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou gauche le 19 mars 2015.

En conclusion de son rapport, la praticienne retenait toutefois que des mesures de réadaptation étaient possibles.

Plusieurs rapports du Dr L._____ ont également été versés au dossier de l'OAI le 18 décembre 2015 (notamment des rapports des 29 octobre 2008, 23 juin 2010, 14 mai 2013 et 18 mai 2015), ainsi qu'un rapport daté du 18 octobre 2015 du Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel a relevé que l'IRM du genou gauche réalisée le 19 mars 2015 démontrait une discrète tendinopathie du tendon rotulien sans autre pathologie clairement objectivable. Le praticien déplorait un sévère déconditionnement physique global de l'assurée s'exprimant par un effondrement axial vertébral avec sursollicitation des zones charnières vertébrales. Selon ce médecin, ces troubles posturaux étaient certainement à l'origine des pseudo-blocages pouvant induire, par le biais d'une sursollicitation des éléments facettaires postérieurs, un syndrome douloureux périphérique, sans pour autant qu'une atteinte irritative neurogène ne soit présente. L'installation en différé du traumatisme d'un handicap fonctionnel confirmait clairement l'hypothèse des troubles posturaux, sans relation avec l'accident. Les conséquences de ce dernier étaient à l'origine d'une importante surcharge émotionnelle familiale, traumatisme psychologique qui n'avait pas encore été convenablement assimilé. Il était également fort probable qu'elle soit manifestement confrontée à des croyances erronées de fragilité physique.

Selon un rapport d'IRM du 9 mai 2016, l'assurée souffrait, en L5-S1, d'une discopathie avec une protrusion discale et une petite hernie discale médiane, potentiellement à l'origine de conflits occasionnellement irritatifs radiculaires L5 ainsi que d'une ectasie en grappe du canal épendymaire terminal.

Lors d'un entretien téléphonique du 8 juin 2016 avec l'OAI, le Dr L._____ a confirmé se trouver face à des problèmes d'acculturation et psycho-sociaux complexes avec l'assurée qui n'avait aucune habitude de travailler ni de faire d'effort et a précisé que sa maladie génétique ne posait pas de problème. Ses limitations fonctionnelles consistaient à

alterner les positions et éviter les ports de charges supérieures à 10 kg. Il fallait également tenir compte de l'important déconditionnement physique de l'assurée.

Par avis du 20 juillet 2016, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé qu'il n'y avait pas de problématique somatique expliquant les douleurs de l'assurée et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

c) Dans ce cadre, l'assurée a été examinée par le Prof. C._____ (ci-après également : l'expert), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 12 décembre 2016. Au terme de ce dernier, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu. Le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de traits de personnalité immature (Z73.1) a toutefois été posé. L'expert notait qu'une réadaptation devait être entreprise rapidement pour accompagner l'assurée, étant précisé qu'au niveau cognitif sa maladie congénitale ne l'avait que peu affecté vers une vie active. L'expert notait que l'expertisée avait certes une efficacité intellectuelle relativement faible (QI [coefficient intellectuel] entre 75 et 84), mais le bilan neuropsychologique effectué montrait la préservation de ses fonctions attentionnelles et mnésiques. Dans ce sens, l'immaturité cognitive en lien avec son affection congénitale restait compatible avec une vie autonome et n'impliquait pas de limitations fonctionnelles par rapport aux emplois qu'elle avait envisagés. Sur le plan psychiatrique, l'expert ne retrouvait pas un syndrome somatoforme douloureux, l'expertisée se comportant comme une jeune femme euthymique et immature, mais sans détresse subjective ni détachement relationnel. Ainsi, les douleurs ressenties ne pouvaient pas être mises sur le compte d'une perturbation psychique, mais reflétaient bien plus le déconditionnement physique tel que décrit par l'expertisée au Dr K._____. Une réadaptation professionnelle rapide était requise pour éviter l'évolution vers un syndrome somatoforme douloureux. L'expert concluait ainsi à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique.

Dans un avis du 21 mars 2017, le SMR a proposé de réinterroger l'expert pour savoir si l'assurée pouvait être atteinte d'un syndrome de stress post-traumatique installé progressivement depuis l'accident de voiture de 2003, qui pouvait expliquer, au moins partiellement, ses douleurs chroniques.

Le 1^{er} avril 2017, le Prof. C. _____ a indiqué qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'un état de stress post-traumatique consécutif à l'accident de voiture. En effet, on ne retrouvait ni flashbacks, ni réminiscences avec manifestations d'anxiété, ni changement du comportement avec troubles des conduites (repli, irritabilité, défiance), ces derniers pouvant suggérer une modification précoce de ses rapports interpersonnels en lien avec cet événement. Au cours de l'adolescence, de tels symptômes étaient également totalement absents. En l'état et en fonction de ses observations cliniques, les douleurs ne pouvaient en aucun cas être expliquées par un état de stress post-traumatique.

Par avis du 19 juin 2017, la Dre AB. _____, médecin auprès du SMR, a constaté que les limitations fonctionnelles physiques de l'assurée étaient liées au port de charges lourdes et à la nécessité de coordonner ses actions sur le plan moteur, afin d'éviter une chute, voire un accident. La station debout prolongée était sans doute également à proscrire, de même que la rapidité dans les actions motrices. Concernant les limitations fonctionnelles d'ordre mental, il fallait tenir compte de l'efficacité mentale relativement faible (QI 75/84) de l'assurée « avec une certaine hétérogénéité dans ses résultats » (sic). L'assurée présentait une plus grande facilité à traiter des données concrètes qu'abstraites ainsi qu'une difficulté au niveau de l'attention soutenue (plus que de l'attention sélective qui était dans la norme). Ces particularités pouvaient interférer avec son rendement au travail. Les lacunes d'apprentissage éventuelles étaient à évaluer, voire à combler. Pour ce qui était des limitations psychiques, elles avaient été écartées par l'expertise en termes de limitation à sa capacité de travail. Toutefois, le SMR relevait que la notion de personnalité immature, la motivation et la perception familiale globale jouaient un rôle non négligeable dans l'évaluation de sa capacité de

travail. La proposition d'observation dans le cadre de stages sous l'angle de mesures d'orientation professionnelle était pertinente, de même qu'une formation professionnelle initiale [FPI]. La capacité de travail estimée était de 75 %, avec un rendement de 50 %, soit une capacité de travail d'environ 60 %.

d) Un stage d'observation professionnelle au Centre A. _____ a ainsi été mis en place dès le 20 janvier 2018, suivi par une mesure de réinsertion prévue du 20 mars au 31 octobre 2018.

L'assurée a toutefois présenté une incapacité totale de travail dès le 31 mai et ce jusqu'au 24 juin 2018 (cf. certificat médical du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Par rapport médical AI [assurance-invalidité] du 19 juin 2018, le Dr Z. _____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, de périarthrite de la hanche, de chondropathie rotulienne et d'aponévrosite plantaire. Selon ce praticien, l'assurée était limitée par des douleurs à l'effort et lors de longues marches. Concernant la capacité de travail de cette dernière, le praticien se référait aux certificats médicaux émis.

Dans son rapport du 17 juillet 2018, le praticien susmentionné a indiqué avoir attesté d'une incapacité de travail pour les activités d'efforts, de longues marches et de port de charges, mais celle-ci était cependant très fluctuante. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de périarthrite de la hanche, de conflit fémoro-patellaire et de lombalgies sur discopathies. Son pronostic de la capacité de travail de l'assurée sur un taux de 100 % était incertain, mais il estimait toutefois que l'assurée pouvait exercer un minimum de quatre heures par jour. Il indiquait ne pas être en mesure de répondre à la question sur les limitations fonctionnelles. Il joignait à ses observations un rapport d'IRM lombaire du 5 octobre 2017, dont les conclusions étaient que l'assurée souffrait d'une discopathie dégénérative débutante L5-S1

sans conflit disco-radicaire et d'une anomalie transitionnelle lombosacrée avec lombalisation de la 1^{ère} pièce sacrée.

Faisant suite à ces rapports, sur recommandation du SMR (cf. communication interne du 18 juillet 2018), lequel relevait notamment l'absence d'évolution durant les mesures de réadaptation, le Dr L. _____ a été réinterrogé et a indiqué ne pas avoir revu la patiente depuis le 26 octobre 2016 (cf. rapport du 14 août 2018).

Interpellée par l'OAI, la Dre W. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics incapacitants de syndrome somatoforme douloureux de l'hémicorps gauche (depuis l'accident), de stress post-traumatique (depuis l'accident), de souffrances algodysfonctionnelles et d'hypersensibilité articulaire (cf. rapport médical AI du 1^{er} octobre 2018).

Selon le rapport du 23 octobre 2018 du Centre A. _____, en raison de son atteinte à la santé et de son manque d'implication, les objectifs de la mesure n'avaient pas pu être atteints. L'assurée n'avait pas pu assumer un taux de présence effective de 60 %. Elle affirmait avoir débuté un suivi psychothérapeutique, mais n'avait fourni aucune information suffisante à temps pour mettre en place un réseau. Il était suggéré de ne pas prolonger la mesure au-delà du terme prévu.

Par rapport médical psychiatrique AI complété le 7 novembre 2018, la Dre X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre N. _____, a indiqué avoir observé l'assurée à deux reprises, les 3 et 15 mai 2018. Elle a posé le diagnostic incapacitant de « notion de troubles somatoformes de l'hémicorps gauche à la suite d'un accident en 2003 » (sic).

Par avis du 25 janvier 2019, le SMR a estimé qu'au vu des éléments au dossier, l'assurée présentait toujours de multiples douleurs responsables d'une incapacité de travail à répétition, sans que ces dernières ne soient bien décrites (notamment en termes d'étiologie et de

répercussion). Il n'existait, à la lumière de la récente expertise psychiatrique, pas d'atteinte durablement incapacitante de cet ordre. Il proposait de réinterroger l'orthopédiste traitant.

Le Dr Z._____ a retenu, dans le questionnaire complété le 1^{er} février 2019, les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques, de tendinopathie sus-épineux de l'épaule, de conflit fémoro-patellaire, de déconditionnement physique, de périarthrite de la hanche et d'aponévrosite plantaire. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait réaliser d'effort. La capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était estimée à « au moins 50 % ».

Par avis du 26 avril 2019, le Dr AF._____, médecin auprès du SMR, a estimé que le complément d'instruction n'avait pas permis de clarifier les atteintes ostéoarticulaires de l'assurée et leurs potentielles répercussions à long terme. Il rappelait qu'en juin 2017, le SMR avait retenu des limitations fonctionnelles physiques en lien avec le port de charges et la station debout prolongée. Les troubles de la coordination des mouvements n'avaient pas été confirmés. Malgré les indications univoques de l'expert psychiatre (qui n'avait retenu aucune diminution de la capacité de travail en lien avec un diagnostic psychiatrique, ni atteinte cognitive [bilan neuropsychologique à l'appui] entraînant une répercussion sur son autonomie ou dans un emploi adapté), la Dre AB._____ avait supposé que la capacité de travail de l'assurée était d'environ 60 %, ce qui ne correspondait pas aux conclusions de l'expertise psychiatrique. Le Dr AF._____ relevait que l'expert psychiatre n'excluait formellement pas une évolution future vers un syndrome somatoforme douloureux, ce qui devait interroger sur l'évolution psychique de l'assurée. Un complément d'expertise sur le plan somatique s'imposait également.

Dans son rapport du 8 juillet 2019, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre N._____, et la psychologue, R._____, ont indiqué avoir dispensé un traitement à l'assurée depuis le 19 août 2018, à raison de séances hebdomadaires les trois premiers mois, devenues irrégulières dès décembre 2018. L'assurée

n'avait pas repris contact depuis son dernier contrôle du 15 avril 2019. Il n'y avait pas de pathologie psychiatrique invalidante selon leur évaluation, simplement des « limites imposées aux activités par une incapacité (CIM-10 : Z73.6) » depuis 2003. L'assurée souffrait néanmoins d'un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 : F41.2), observé dès le 19 septembre 2018, probablement antérieur au suivi, mais sans incidence sur la capacité de travail. Dans le cadre d'une activité adaptée, le nombre d'heures de travail était évalué, selon les jours, entre zéro et six, en fonction de l'intensité des douleurs et de la thymie.

Par avis du 20 septembre 2019, le SMR a estimé que l'appréciation de la Dre T._____ rejoignait celle du Prof. C._____ en termes de diagnostic (à savoir l'absence de diagnostic incapacitant, notamment apparenté à un trouble somatoforme ou à un état de stress post-traumatique). L'appréciation de la capacité de travail était en revanche discordante, notamment si l'on considérait l'absence de pathologie psychiatrique significative ou d'épuisement avéré des ressources. Au vu de ce qui précédait, et dans le but d'obtenir une description à jour, complète et exhaustive de la situation médicale de l'assurée, le SMR préconisait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrie, rhumatologie et de médecine interne.

e) L'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire qui a été confiée au Centre M._____ (ci-après : le Centre M._____). Dans ce cadre, l'assurée a été examinée les 13, 17 et 22 janvier 2020 par les Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale, H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, spécialiste en rhumatologie, (ci-après également : les experts). Selon le rapport d'évaluation consensuelle du 12 mars 2020, les experts ont fait l'appréciation suivante :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Neurofibromatose type 1 (2004), avec gliome du nerf optique droit, stable. Suspicion d'épendymome focal, suspicion de malformation

- vasculaire dysplasique focale ou foyer d'astrocytome pilocytique : à investiguer (Q85.0)
- Allergies diverses (acariens, poils d'animaux, kiwi, certains produits ménagers) (T78.4)
 - Cervicalgies de type fonctionnelles (M54.2)
 - Lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs débutants (discopathie L5-S1 débutante), discret trouble statique, trouble de la transition lombo-sacrée (M54.5)
 - Syndrome musculosquelettique diffus à prédominance gauche, sans substrat anatomique (M79.0)
 - Périarthrite scapulo-humérale droite sur lésion de la coiffe des rotateurs sur tendinite du sus-épineux, conflit sous-acromial (M75.1)
 - Hyperlaxité ligamentaire bénigne (M25.2)
 - Status après entorses des chevilles et tendinites des chevilles à répétition
 - Trouble somatoforme indifférencié (F45.1)
 - Traits de personnalité immature (Z73.1)

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Limitations fonctionnelles sur le plan somatique : pas de travail physique important, pas de mouvement en grande amplitude des articulations ou de mouvements très répétitifs, pas de déplacement répété ni prolongé, pas de déplacement itératif sur terrain inégal, pas de montée ou de descente itérative d'escaliers. Environnement tempéré. Actuellement, pas de travail en hauteur avec le membre supérieur droit ni de port de charges avec le membre supérieur droit.

Sur le plan psychique, faible persévérance, résistance limitée au stress, manque d'autonomisation et d'indépendance. Dès lors, un travail répétitif, sans stimulation cognitive multiple, sans évaluation, sans jugement est à retenir.

[...]

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Sans objet, puisque Madame U. _____ n'a jamais réellement exercé d'activité professionnelle.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % sans perte de rendement, depuis toujours, tant sur le plan psychique que somatique (limitations fonctionnelles sous paragraphe 4.3.). »

Par avis du 14 mai 2020, le SMR a estimé que l'expertise était convaincante et bien détaillée, elle permettait de décrire avec précision les limitations fonctionnelles et la capacité de travail à retenir. Le SMR n'avait aucune raison de s'en écarter.

Par courrier du 14 juillet 2020 adressé à l'OAI, le Dr Z. _____ a insisté sur la nécessité d'« essayer une reconversion professionnelle mais au maximum à 50 % mais de s'orienter plutôt vers une rente invalidité » (sic).

f) Dès le 3 septembre 2020, l'assurée a pu bénéficier d'une mesure d'orientation spécifique pour les jeunes à 80 % auprès de la Fondation [...], prolongée sous la forme d'une formation pré-qualifiante dans le domaine administratif comme assistante de bureau AFP [attestation fédérale de formation professionnelle] jusqu'au 2 septembre 2021 (cf. communication du 15 juin 2021).

En date du 23 août 2021, l'assurée a signé un contrat de formation avec l'Ecole [...] [...] [...] et a été mise au bénéfice d'une formation professionnelle initiale d'assistante de bureau AFP du 1^{er} août 2021 au 31 juillet 2022 ainsi que d'un coaching individuel durant cette formation et pour la recherche de place pour la deuxième année en entreprise du premier marché de l'emploi.

L'assurée a débuté un stage au sein de la réception de la Direction des Ressources Humaines du Centre V. _____ (ci-après : le Centre V. _____) dès mars 2022, mais a présenté une incapacité totale de travail dès le 28 avril 2022.

Par courrier du 11 mai 2022, la coordinatrice des apprentis employés de commerce au sein du Centre V. _____ a indiqué que les prestations de l'assurée au sein de son poste à la réception de la Direction des Ressources Humaines ne répondaient pas à leur attente et a encouragé l'assurée à prendre la situation au sérieux et à s'améliorer.

Par courriel du 8 juin 2022, la coach de l'assurée a relevé que son arrêt de travail avait été prolongé jusqu'au 9 mai 2022 et qu'au vu de son état, qui ne s'améliorait pas, elle avait préféré renoncer au stage

précité. Une place AFP en deuxième année au sein du Centre F. _____ [Centre F. _____] lui avait été proposée.

C'est ainsi que le 14 juin 2022, l'assurée a signé un contrat de formation avec le Centre F. _____ pour la période du 1^{er} août 2022 au 31 juillet 2023 en qualité d'assistante de bureau. Un coaching individuel était également mis en place par l'OAI (cf. communication du 6 septembre 2022).

Selon le point de situation du 21 février 2023 du Centre F. _____, l'assurée peinait à s'adapter aux contraintes et à respecter les consignes. Il y avait un décalage entre sa perception sur la qualité de son travail et l'évaluation de la formatrice. Elle adoptait une attitude fermée, réticente à des méthodes, ce qui était un frein à l'apprentissage. Elle communiquait difficilement avec sa formatrice. Elle ne respectait pas entièrement les étapes d'un processus ni ne faisait d'efforts pour s'intéresser au contexte professionnel. Elle ne maîtrisait pas les outils professionnels. Son rythme de travail était lent et manquait de régularité, rencontrant des difficultés à respecter les délais. Elle ne prenait pas d'initiatives et ne semblait pas intéressée par le contexte professionnel du Centre F. _____. Elle totalisait également dix jours et demi d'absence.

Dès le 1^{er} mars 2023, l'assurée a de nouveau présenté une incapacité totale de travail.

Par rapport du 3 avril 2023, le Dr Z. _____ a indiqué avoir vu en consultation l'assurée le 30 mars 2023. Malgré sa volonté d'avoir une formation et surtout de la finir, il pensait que la patiente devait bénéficier d'une rente. Elle était trop « multipathologique » (sic), selon lui, sur le plan médical, pour pouvoir poursuivre une formation et travailler par la suite.

Dans un courriel du 18 avril 2023, la coach de l'assurée, après une prolongation de son arrêt de travail jusqu'au 30 avril 2023, a relevé que cette dernière ne pouvait pas se présenter à l'examen final d'AFP. Découragée par cette nouvelle, l'assurée ne souhaitait pas terminer sa

formation ni en entreprendre une nouvelle, précisant que son état de santé somatique (douleurs gastriques, dos, épaule et séquelles de son accident d'enfance au niveau de sa jambe) mettait à mal la réussite de ses projets, et ce depuis toujours. Sur le plan psychique, l'assurée estimait que son état était « encore pire qu'une dépression ».

Selon le compte-rendu de la permanence du 19 avril 2023 du SMR, en se basant sur les deux expertises et son précédent avis du 14 mai 2020, il confirmait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, étant précisé que le rapport du 3 avril 2023 du Dr Z. _____ ne justifiait pas une incapacité de travail totale en lien avec une problématique psychiatrique. L'assurée allait donc être sommée de rechercher une nouvelle place d'apprentissage pour refaire son année.

Après un courrier de mise en demeure du 5 mai 2023, l'assurée a informé l'OAI, par courriel du 7 juin 2023, ne pas être en mesure d'effectuer des recherches de place d'apprentissage compte tenu de son incapacité totale de travail prolongée jusqu'au 30 juin 2023. Elle invitait l'OAI à adresser à sa psychiatre un questionnaire médical à compléter.

Dans un courriel du 9 août 2023, le Dr AF. _____ a affirmé, au vu des éléments médicaux au dossier, s'en tenir aux précédentes conclusions du 19 avril 2023 du SMR qui reposaient sur deux expertises.

Selon le rapport final de réadaptation du 16 août 2023, en tenant compte des retours du SMR et de la non-collaboration de l'assurée, le mandat devait prendre fin.

g) Dans un projet de décision du 22 août 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité au motif qu'elle conservait, selon l'expertise pluridisciplinaire de 2020, une capacité de travail entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a ainsi relevé qu'elle avait bénéficié d'une mesure d'orientation dès septembre 2020, suivie d'une

formation pré-qualifiante dans le domaine de l'administratif, aide de bureau AFP, ainsi que d'un coaching individuel durant la formation et pour la recherche de place pour la deuxième année en entreprise du premier marché de l'emploi. Durant la deuxième année, et au vu d'un nombre d'absences beaucoup trop important, les objectifs professionnels n'avaient pas été atteints, malgré de très bons résultats scolaires. Il ressortait du bilan que l'assurée ne s'était plus présentée au deuxième semestre, malgré son courrier du 5 mai 2023. Or, si un assuré ne pouvait commencer ou achever une formation professionnelle en raison de son invalidité, le revenu sans invalidité devait être déterminé sur la base des valeurs statistiques afférentes au sexe. Dès lors, le revenu sans invalidité à prendre en considération s'élevait à 64'205 fr. 31 (selon les données de l'Office fédéral de la statistique, TA1, branche économique 77 et 79-82 « Activités de services administratifs », Niveau 2). Pour déterminer la perte économique, il convenait de comparer ce revenu avec celui auquel l'assurée pouvait prétendre dans son domaine de formation, soit 50'673 fr. 48 à 100 % en 2023 (selon les données de l'Office fédéral de la statistique, TA1, branche économique 77 et 79-82 « Activités de services administratifs », Niveau 1, Femmes). Le degré d'invalidité de 21,08 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Le 21 septembre 2023, l'assurée, représentée par Me Jérôme Bénédict, a formulé ses objections à l'encontre de ce projet. Elle a rappelé souffrir d'une neurofibromatose avec une immaturité motrice importante. En décembre 2007, le Dr L._____ avait également diagnostiqué une maladie de Von Recklinghausen, ajoutant que les douleurs dont elle se plaignait pouvaient trouver leur origine dans une surcharge psychique liée à l'accident de la circulation de 2003, ce que le Dr K._____ avait confirmé en 2015. L'assurée avait subi une première expertise en 2016 qui avait mis en exergue un ralentissement intellectuel, des difficultés d'attention soutenue et un fonctionnement intellectuel se situant dans la zone « limite à moyen faible ». L'expert avait mis l'accent sur la lourde hérédité familiale de l'assurée en termes de troubles du développement. Il avait également indiqué que, même si la neurofibromatose dont souffrait l'assurée était une forme peu agressive, cette affection congénitale avait

une évolution imprévisible sur le plan cognitif. Pourtant, ces éléments n'avaient pas été pris en considération par l'OAI. A l'issue de cette première expertise, courant 2017, une invalidité avait été reconnue par le SMR, en lien avec la neurofibromatose de type I, avec des limitations physiques confirmées par l'expert, mais également psychiques, telles qu'une efficacité mentale relativement faible (QI 75/84). Sur la base de ces considérations, une capacité de travail réduite à 60 % avait été admise par l'OAI. Avec le temps, la situation de santé de l'assurée ne s'était pas améliorée, de sorte qu'elle avait été, une seconde fois, expertisée en 2020. Cette seconde expertise avait confirmé l'existence, sur le plan neurologique, de nouvelles anomalies qui justifiaient des explorations supplémentaires et un avis médical spécialisé. En effet, l'experte suspectait, à la suite d'une IRM réalisée en janvier 2020, un épendymome focal (soit une tumeur du système nerveux central) et une malformation vasculaire dysplasique focale (soit une désorganisation de l'architecture du cortex cérébral) ou un foyer d'astrocytome pilocytique (soit une tumeur) nécessitant la réalisation d'une angioIRM artérielle et veineuse. Or, ces éléments n'avaient jamais été investigués. Pourtant, les suspicions de l'experte étaient graves et nécessitaient des examens complémentaires, auxquels l'assurée n'avait jamais été soumise. Il était également étonnant de constater que ce rapport d'expertise de 2020 - tout en soulignant que l'assurée n'était pas en mesure de parler de l'accident de la circulation qu'elle avait subi en 2003 et ce durant les six années qui avaient suivi - n'avait retenu aucune atteinte d'ordre psychologique, alors même que l'assurée était suivie depuis 2018 par une psychologue qui avait posé le diagnostic de trouble anxiodépressif. L'expert s'était écarté de ce constat médical, comme des avis des Drs L._____ et K._____, sans fournir de motivation. En effet, il avait uniquement retenu un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et un trait de personnalité immature (Z73.1), sans expliquer pour quelles raisons le trouble anxiodépressif devait être écarté. La psychologue avait également informé l'expert que l'assurée devait, par moment, se déplacer en béquilles, tant ses souffrances étaient importantes. Ce constat contredisait clairement l'avis de l'expert, qui indiquait dans son rapport que l'assurée ne présentait aucune difficulté au niveau moteur. En outre,

les spécialistes en formation avaient fait le constat que l'assurée était atteinte dans sa santé. Il s'était donc clairement produit une détérioration de la santé de l'assurée sur les dernières années, raison pour laquelle la force probante des rapports d'expertise de 2016 et de 2020 était douteuse. L'assurée réclamait ainsi la mise en œuvre d'une expertise externe et d'être mise au bénéfice de l'assistance juridique administrative.

Par décision incidente du 3 octobre 2023, l'OAI a refusé d'accorder à l'assurée l'assistance gratuite d'un conseil juridique pour la procédure administrative.

Par décision du 13 octobre 2023, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, il s'est déterminé sur les objections formulées par l'assurée, en indiquant notamment que le rapport d'expertise du Centre M. _____ était probant et l'instruction complète.

B. Par acte du 31 octobre 2023 (cause AI 323/23), U. _____, toujours représentée par Me Bénédicte, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision de refus d'assistance juridique pour la procédure administrative du 3 octobre 2023, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'octroi de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, principalement, à la modification de la décision attaquée en ce qu'elle soit mise au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure administrative dès le 1^{er} août 2023 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a fait valoir que la procédure était complexe pour de multiples raisons, soit notamment par sa durée. L'assurée a ensuite relevé que, dans la mesure où elle présentait diverses pathologies, dont certaines nouvelles, le travail minutieux de collaborer avec les différents professionnels de la santé, de coordonner les démarches afin de dresser un tableau clinique précis, d'énumérer ses besoins de manière circonstanciée ainsi que d'interpeller les différents intervenants ne pouvait être assumée par elle-même, ce d'autant plus que les experts mandatés

par l'OAI avaient estimé qu'elle souffrait d'une efficience mentale relativement faible et d'une immaturité intellectuelle. Son cas ne pouvait pas non plus être confié à une institution sociale puisque Me Bénédicte était impliqué dans le dossier familial et connaissait bien l'historique familial. Elle a également souligné que des mesures d'instruction complémentaires s'avéreraient très certainement nécessaires compte tenu notamment de l'aggravation de son état de santé depuis septembre 2022. Après avoir rappelé qu'une invalidité lui avait été reconnue à la suite d'une première expertise, elle a relevé que la seconde expertise retenait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, rapport qui n'était pas fiable et probant. A cela s'ajoutait le fait que l'intéressée était atteinte dans sa santé au point qu'elle ne disposait pas des capacités minimales nécessaires à assurer une défense complète sans l'intervention d'un mandataire.

Par acte du 16 novembre 2023 (cause AI 337/23), U._____, toujours représentée par Me Bénédicte, a recouru auprès de la Cour de céans contre la décision de refus de rente d'invalidité du 13 octobre 2023. A titre préalable, elle a requis l'octroi de l'assistance judiciaire et la désignation de son avocat comme conseil d'office. Sur le fond, elle a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} février 2023 pour une durée indéterminée, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise externe pluridisciplinaire, au maintien des prestations d'assurance dans l'intervalle et, une fois les résultats de l'expertise obtenus, à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} février 2023, pour une durée indéterminée, et à un taux qui serait défini en cours d'instance, en fonction des conclusions des experts, et, plus subsidiairement encore, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. En substance, reprenant pour l'essentiel les arguments développés dans ses objections du 21 septembre 2023, elle a contesté la valeur probante du rapport d'expertise de Centre M._____, qui retenait une capacité de travail entière sans perte de rendement dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce rapport d'expertise était notamment contredit par son historique médical, reposait sur une instruction lacunaire et contenait des incohérences. Des éléments avaient au demeurant été relevés lors de l'expertise et nécessitaient des investigations complémentaires. Elle a ensuite indiqué avoir subi une aggravation de son état de santé depuis septembre 2022. Selon elle, l'OAI, en ne tenant pas compte de la multiplicité de ses atteintes et de son état péjoré, avait procédé à une constatation manifestement incomplète et inexacte des faits. A titre de mesures d'instruction, elle a requis, outre la mise en œuvre d'une expertise indépendante, l'audition de P._____, psychologue, et de la Dre D._____, médecin auprès du Centre N._____. L'assurée a enfin demandé la jonction de la cause avec son recours du 31 octobre 2023. Avec son écriture, elle a notamment produit les pièces suivantes :

- des rapports des 27 février et 6 mars 2023 du Dr Q._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, faisant état d'une suspicion de cancer ovarien, avec une intervention du 24 février 2023 (laparoscopie exploratrice et lavage péritonéal) (cf. protocole opératoire du 6 mars 2023) ainsi que des rapports du 16 mars 2023 de ce même praticien, lequel a retenu comme diagnostics principaux des masses annexielles bilatérales en cours d'investigation et une tuberculose gynécologique et péritonéale ;
- un rapport du 3 novembre 2023 des Dres Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et mentionnant comme antécédent un état de stress post-traumatique (F43.1).

Par ordonnance du 22 novembre 2023, la juge instructrice a joint les causes AI 323/23 et AI 337/23.

Par décision du 22 novembre 2023, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au

31 octobre 2023 en ce qu'elle l'a exonéré d'avances et des frais judiciaires et désigné Me Bénédicte en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 19 décembre 2023, l'OAI a, tout d'abord, s'agissant du refus d'assistance juridique dans la procédure administrative, conclu au maintien de la décision attaquée. Il a relevé que la recourante ne mettait pas en évidence de circonstances particulières qui justifiaient une assistance que seul un avocat était en mesure d'apporter, se limitant à tenir un discours de portée générale sur les bienfaits présumés de l'assistance d'un avocat. L'intimé précisait qu'une mesure d'instruction médicale n'impliquait pas que l'assistance judiciaire doive être accordée systématiquement en cas de renvoi, ce qui reviendrait à renoncer à tout examen de la nécessité. Concernant ensuite le refus de rente d'invalidité, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. Le rapport du Centre M._____, selon lui, était probant, les constatations émanant des médecins traitants devant être admises avec réserve.

Dans sa réplique du 29 février 2024, la recourante a confirmé ses conclusions. Plus particulièrement, sur l'octroi d'une rente d'invalidité entière, elle a fait valoir que l'intimé ne se prononçait pas sur les nouveaux faits survenus depuis l'expertise mise en œuvre en 2020. Elle considérait également qu'une expertise externe pluridisciplinaire se justifiait compte tenu des doutes sur la crédibilité des éléments réunis par l'intimé et l'écoulement du temps (cinq années depuis la réalisation de l'expertise par le Centre M._____). Avec son écriture, elle a produit des certificats d'incapacité de travail dès mars 2023.

L'intimé a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 8 avril 2024.

Le 14 janvier 2025, la recourante a produit un rapport du 24 octobre 2024 du Dr CR._____, médecin chef auprès du Centre DA._____, posant les diagnostics de polyarthralgies, de rachialgies chroniques sur déconditionnement physique et troubles statiques et de

trouble du spectre de l'hypermobilité. Ce médecin préconisait l'instauration d'un traitement de rééducation active, avec en particulier un travail de proprioception et de réentraînement.

Le 3 février 2025, l'intimé a confirmé ses conclusions en se référant à un avis du 28 janvier 2025 du Dr AF. _____ du SMR qu'il a joint à son écriture.

Par courrier du 3 mars 2025, la recourante s'est déterminée sur l'avis du SMR du 28 janvier 2025.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 1.2, non publié à l'ATF 139 V 600) ; elle peut directement être attaquée par la voie du

recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA) dans les trente jours suivant sa notification (art. 60 al. 1 LPGA), dans la mesure où elle est de nature à causer un « préjudice irréparable » au sens de l'art. 46 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) (ATF 139 V 600 spéc. consid. 2.3). Le recours contre une telle décision incidente doit plus particulièrement être formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 74 al. 4 let. a LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

d) En l'espèce, les recours ont été formés en temps utile auprès du tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'ils sont recevables.

2. La recourante conteste, d'une part, le refus de l'assistance juridique au stade de la procédure administrative et, d'autre part, le refus de rente d'invalidité. Les questions litigieuses – les causes ayant été jointes – sont celles de savoir si la recourante a droit à la couverture de ses frais d'avocat au niveau de la procédure administrative et si elle a droit à une rente d'invalidité.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, comme en l'espèce selon les conclusions du recours, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

4. Il convient en premier lieu d'examiner le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

Une rente au sens de l'art. 28 al. 1 LAI n'est toutefois pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231

consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

f) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi

dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) En l'espèce, la recourante a déposé une demande de prestations AI le 3 juin 2015 en faisant état d'un problème de tout son côté gauche (cheville, genou, épaule, nuque, dos, mains) à la suite d'un accident de voiture survenu en 2003. Après avoir recueilli divers avis médicaux, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de problématique somatique expliquant les douleurs de la recourante (cf. avis du 20 juillet 2016) et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été réalisée par le Prof. C._____. Au terme de son rapport du 12 décembre 2016, ce praticien n'a retenu aucun diagnostic incapacitant.

Après qu'une mesure de réinsertion eut échoué et que le complément d'instruction médical n'ait pas permis de clarifier les atteintes de la recourante, le SMR a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne (cf. avis des 26 avril et 20 septembre 2019), laquelle a été confiée au Centre M._____. Au terme de leur évaluation consensuelle du 12 mars 2020, les experts ont retenu les diagnostics de : neurofibromatose type 1 (2004), avec gliome du nerf optique droit, stable, avec suspicion d'épendymome focal, et suspicion de malformation vasculaire dysplasique focale ou foyer d'astrocytome pilocytique : à investiguer (Q85.0) ; allergies diverses (acariens, poils d'animaux, kiwi, certains produits ménagers) (T78.4) ; cervicalgies de type fonctionnelles (M54.2) ; lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs débutants (discopathie L5-S1 débutante), discret trouble statique, trouble de la transition lombo-sacrée (M54.5) ; syndrome musculosquelettique diffus à prédominance gauche, sans substrat anatomique (M79.0) ; périarthrite scapulo-humérale droite sur lésion de la coiffe des rotateurs sur tendinite du sus-épineux, conflit sous-acromial (M75.1) ; hyperlaxité ligamentaire bénigne (M25.2) ; status après entorses des chevilles et

tendinites des chevilles à répétition ; trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ; et traits de personnalité immature (Z73.1). Les experts ont conclu à une capacité de travail entière, sans perte de rendement, depuis toujours, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante (sur le plan somatique : pas de travail physique important, pas de mouvement en grande amplitude des articulations ou de mouvements très répétitifs, pas de déplacement répété ni prolongé, pas de déplacement itératif sur terrain inégal, pas de montée ou descente itérative d'escaliers, environnement tempéré, pas de travail en hauteur avec le membre supérieur droit ni de port de charges avec le membre supérieur droit ; sur le plan psychique : faible persévérance, résistance limitée au stress, manque d'autonomisation et d'indépendance, donc travail répétitif, sans stimulation cognitive multiple, sans évaluation, sans jugement à retenir).

C'est sur la base de cette expertise, et après une tentative de réadaptation, que l'intimé a retenu une capacité de travail entière que la recourante conteste.

La recourante considère que cette appréciation est erronée pour diverses raisons, notamment compte tenu de son historique médical, de l'absence de force probante et de fiabilité du rapport d'expertise (incohérences dudit rapport, faits nouveaux survenus après 2020) ainsi que de la non prise en compte de la multiplicité de ses atteintes. Elle relève notamment que l'expert en médecine interne générale du Centre M._____ suspectait un épendymome focal et une malformation vasculaire dysplasique focale ou un foyer d'astrocytome pilocytique qui n'ont pas été investigués. Elle reproche également à l'expert psychiatre de ne pas avoir retenu de trouble psychologique et invoque une aggravation depuis septembre 2022.

b) Dans le cadre de cette expertise, sur le plan somatique développé en détails ci-dessous (consid. 5b/aa à cc), le volet de médecine interne générale a été évalué par le Dr G._____ et le volet de rhumatologie par la Dre J._____.

aa) S'agissant du volet interniste, le Dr G._____, après avoir notamment procédé à un examen complet de la recourante et pris des renseignements auprès de la Dre BC._____, spécialiste en ophtalmologie, n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Il a expliqué que les allergies diverses et la neurofibromatose de type 1 n'étaient pas incapacitantes, précisant toutefois s'agissant de cette dernière atteinte qu'elle était associée à un gliome du nerf optique droit, stable et qu'il n'y avait pas de plaintes de la recourante au jour de l'expertise. Une IRM réalisée le 15 janvier 2020 avait permis de mettre en évidence de nouvelles anomalies (suspicion d'épendymome focal à surveiller, et suspicion de malformation vasculaire dysplasique focale ou foyer d'astrocytome pilocytique nécessitant la réalisation d'une angiographie artérielle et veineuse et d'une spectroscopie) qui justifiaient des explorations supplémentaires, à soumettre ensuite à un avis spécialisé (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020, chiffre 6 page 22). Pour le surplus, l'expert a relevé que la recourante ne prenait quasiment aucun traitement ou alors de manière tout à fait exceptionnelle (cf. *ibid.* ch. 3.2 p. 19 et ch. 7.2 p. 23) et qu'il existait probablement une exagération des difficultés, en particulier au niveau moteur, alors que l'expertisée ne présentait aucune boiterie, aucune difficulté dans l'habillage, le déshabillage, le changement de position, arrivait même à se rhabiller en position debout et se relevait sans s'aider de ses mains, alors qu'elle devrait présenter des lombalgies. L'expertisée avouait également volontiers qu'elle ne présentait aucune difficulté psychologique. La chronologie de survenue des douleurs était surprenante puisque les douleurs de l'hémicorps gauche étaient apparues environ trois ans après l'accident de la voie publique et, selon la recourante, allaient de manière crescendo, alors qu'elle ne prenait pas de traitement, ne portait ni attelle au quotidien ni cannes ou béquilles au jour de l'expertise (cf. *ibid.* ch. 4.1 p. 21 et ch. 7.3 p. 23). En outre, au niveau des plaintes, la recourante ne présentait quasiment aucune douleur du membre inférieur gauche ni à l'épaule gauche ni même de lombalgie au jour de l'expertise (cf. *ibid.* ch. 3.2 p. 18).

L'appréciation de cet expert est en adéquation avec les pièces médicales versées au dossier. En effet, le Dr B. _____ a souligné, dans son rapport du 13 octobre 2011, qu'il n'y avait pas de signes en faveur d'une radiculalgie ou de douleurs neurogènes en rapport avec la neurofibromatose de type 1, ce qui confirme le caractère non incapacitant de cette atteinte. La Dre S. _____ a également retenu que la neurofibromatose était sans incidence sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport du 18 décembre 2015), tout comme le Dr L. _____ qui a expliqué que la maladie génétique ne posait pas de problème (cf. entretien téléphonique du 8 juin 2016). Le fait que le SMR, dans son avis du 19 juin 2017, ait estimé que la capacité de travail de la recourante était d'environ 60 % en lien avec la neurofibromatose, ne saurait emporter conviction. Cette appréciation de la capacité de travail - au demeurant nullement argumentée - a été émise avant l'expertise pluridisciplinaire du Centre M. _____ et les médecins consultés par la recourante ne font état d'aucune invalidité en lien avec son infirmité congénitale.

Enfin, le fait que la recourante doive se soumettre à des examens médicaux complémentaires pour une suspicion d'épendymome focal et une suspicion de malformation vasculaire dysplasique focale ou foyer d'astrocytome ne permet pas d'apprécier différemment les conclusions de cet expert. En effet, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui sont déterminantes (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références). Or, en l'espèce, l'expert en médecine interne générale s'est déterminé de manière claire et convaincante sur l'absence d'incidence des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail, sans émettre de réserves à ses conclusions. Face à ces suspicions, il a proposé sous « Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail » que, d'une part, les examens proposés devant les résultats de l'IRM cérébrale du 15 janvier 2020 soient réalisés - sous-entendu par la Dre BC. _____ - et soumis à un avis spécialisé et, d'autre part, la continuation d'une surveillance ophtalmologique dans le contexte de la neurofibromatose. Il

appartenait ensuite à la recourante de donner suite à ces propositions. Elle n'a pas produit de rapports postérieurs démontrant que des investigations avaient abouti à l'existence de nouvelles atteintes invalidantes dont l'expert n'avait pas tenu compte. D'ailleurs, les médecins qui ont examiné la recourante à la suite de cette expertise n'ont fait état d'aucune incapacité de travail en lien avec ces suspicions. Il est lieu de relever que déjà en 2016 (cf. rapport du 9 mai 2016), une IRM faisait état d'une ectasie en grappe du canal épendymaire terminal, sans que les médecins consultés par la recourante n'aient posé de diagnostic incapacitant en lien avec cette anomalie ou jugé nécessaire de procéder à des investigations complémentaires.

Il s'ensuit qu'aucun élément au dossier ne vient mettre en doute les conclusions de l'expert G. _____ qui peuvent ainsi être suivies.

bb) Sous l'angle rhumatologique, la situation a été examinée par la Dre J. _____ qui a posé les diagnostics de cervicalgies de type fonctionnel (M54.2), de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs débutants (discopathies L5-S1 débutante), discret trouble statique, trouble de la transition lombo-sacrée (M54.5), de syndrome musculosquelettique diffus à prédominance gauche, sans substrat anatomique (M79.0), de périarthrite scapulo-humérale droite sur lésion de la coiffe des rotateurs (tendinite du sus-épineux, conflit sous-acromial) (M75.1), d'hyperlaxité ligamentaire bénigne (M25.2) et de status après entorses des chevilles et tendinites des chevilles à répétition. L'experte a relevé qu'il y avait une discordance entre l'importance des plaintes et l'impotence fonctionnelle en découlant et les observations cliniques et radiologiques qui ne permettaient pas d'expliquer les difficultés de la recourante (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 7.2 p. 15). Elle a conclu à une capacité de travail entière respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail physique important, pas de mouvement en grande amplitude des articulations ou de mouvements très répétitifs de celles-ci, pas de déplacement répété ni prolongé, pas de déplacement itératif sur terrain inégal, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, environnement tempéré. Au jour de l'expertise, il

était également à proscrire le travail en hauteur avec le membre supérieur droit et le port de charges avec ce même membre (cf. *ibid.* ch. 8 p. 15), étant précisé que le problème de l'épaule droite devait pouvoir se résoudre avec des infiltrations et de la physiothérapie (cf. *ibid.* ch. 7.2 p. 15). L'experte a également souligné que les troubles somatiques n'avaient aucune relation avec l'accident de la circulation subi en juillet 2003 (cf. *ibid.* ch. 8 p. 15).

aaa) Pour aboutir à ces diagnostics, l'experte a relevé que le status rachidien et des articulations périphériques était satisfaisant, qu'il n'y avait pas de contracture musculaire paracervicale, ni dorsolombaire. Les mobilités articulaires cervicales et dorsolombaires étaient bien conservées. En ce qui concernait les articulations périphériques, il n'y avait pas de signe de synovite. La mobilisation des articulations était indolore à tout niveau avec des amplitudes articulaires conservées, hormis celles de l'épaule droite. L'examen de l'épaule droite révélait cliniquement une tendinite du sus-épineux et un conflit sous-acromial, ce qui était confirmé par une arthro-IRM de l'épaule droite du 7 mars 2019. Le status objectivait une certaine hyperlaxité articulaire bénigne, sans cependant remplir les critères pour retenir un syndrome d'Ehlers-Danlos. En particulier, il n'y avait pas de fragilité cutanée, ni d'hyperextensibilité cutanée. L'experte pouvait admettre que les tendinites à répétition étaient à retenir dans ce cadre d'hyperlaxité. Sur le plan radiologique, les IRM lombaires avaient objectivé une discopathie débutante L5-S1 sans conflit disco-radriculaire, et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée (lombalisation de la première pièce sacrée). L'examen neurologique était dans les limites de la norme n'objectivant aucun déficit moteur ni sensitif. Au vu de l'anamnèse de douleurs cervicales peu importantes et d'un status cervical très satisfaisant, elle avait renoncé à faire des investigations complémentaires, les cervicalgies ayant un caractère fonctionnel (cf. *ibid.* ch. 7.2 p. 14).

En termes diagnostiques, cette appréciation, motivée et convaincante, peut être suivie. En effet, elle est confirmée par divers avis médicaux versés au dossier.

Les lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs débutants (discopathies L5-S1 débutante), retenues par l'experte, sont confirmées par les IRM des 9 mai 2016 et 5 octobre 2017, tout comme par le Dr Z._____ (cf. rapports des 19 juin 2018, 17 juillet 2018 et 1^{er} février 2019).

Il en est de même du discret trouble statique, trouble de la transition lombo-sacrée, mentionné par la Dre S._____ comme « des troubles posturaux » (cf. rapport du 18 décembre 2015). A cet égard, le Dr K._____ a déploré un déconditionnement sévère physique global de la recourante - déconditionnement également relevé par les Drs S._____ dans son rapport du 18 décembre 2015 et Z._____ dans son rapport du 1^{er} février 2019 - s'exprimant par un effondrement axial vertébral avec sursollicitation des zones charnières vertébrales, ce qui n'était pas dû à l'accident de 2003 (cf. rapport du 18 octobre 2015). Le Dr K._____ a précisé que ces troubles posturaux étaient certainement à l'origine des pseudo-blocages, pouvant induire, par le biais d'une sursollicitation des éléments facettaires postérieurs, un syndrome douloureux périphérique, sans pour autant qu'une atteinte irritative neurogène ne soit présente. L'examen clinique par ce praticien a permis d'exclure une atteinte rhumatismale sous-jacente, mais a révélé des croyances erronées fortement ancrées, incitant la recourante à se préserver de toute pratique physique. L'installation en différé du traumatisme d'un handicap fonctionnel confirmait clairement l'hypothèse des troubles posturaux, sans relation avec l'accident. Ce constat est corroboré par le Dr L._____ qui, en 2008, a indiqué que la recourante ne présentait plus de séquelles de son accident (cf. rapport du 29 octobre 2008).

Plus spécifiquement, s'agissant du syndrome musculosquelettique diffus à prédominance gauche, sans substrat organique, il est le lieu de constater que le Dr L._____, qui a suivi la recourante jusqu'en octobre 2016 (cf. rapport du 14 août 2018), a retenu le diagnostic de douleurs de l'hémicorps gauche d'origine indéterminée (cf. rapport du 19 juin 2015). Ce praticien a précisé qu'il n'avait jamais constaté de tuméfaction sur la région de l'hémicorps gauche (cf. rapports

des 18 mai et 19 juin 2015). Il a observé que la mobilité des articulations était complète et non limitée chez la recourante (cf. rapports des 18 mai et 19 juin 2015). Le Dr L._____ a par ailleurs indiqué que la recourante signalait des douleurs, mais de manière non récurrente et pas toujours à bon escient (cf. rapport du 19 juin 2015). Le diagnostic posé par l'experte rhumatologue apparaît ainsi attesté par les observations du Dr L._____. Si les plaintes subjectives exprimées par la recourante ne peuvent être ignorées, elles ne semblent toutefois pas corrélées à la problématique objectivable d'un point de vue organique. Ainsi, bien que le rapport du 18 décembre 2015 de la Dre S._____ fasse mention des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonalgies gauches sur surcharge fémoro-patellaire gauche, de douleurs cheville gauche sur surcharge tibio-péronéo-astraglienne et de rachialgies chroniques, il faut souligner qu'il n'est nullement étayé par cette praticienne. Des propres dires de la recourante, les gonalgies gauches et les douleurs à la cheville gauche ne sont par ailleurs pas toujours présentes (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 3.2 p. 8) et les rachialgies chroniques ne sont relevées par aucun autre praticien. Tout ceci tend donc à confirmer le diagnostic de syndrome musculosquelettique diffus à prédominance gauche, sans substrat organique.

Concernant ensuite l'hyperlaxité ligamentaire bénigne et le status après les entorses des chevilles et les tendinites des chevilles à répétition, la Dre S._____ a également retenu une hypermobilité articulaire (cf. rapport du 18 décembre 2015) et le Dr L._____ (cf. rapport du 23 juin 2010) a, pour sa part, expliqué, en lien avec les récurrences d'entorses de la cheville gauche, que la recourante souffrait d'une hyperlaxité ligamentaire. La Dre W._____ a, quant à elle, posé le diagnostic d'hypersensibilité articulaire (cf. rapport du 1^{er} octobre 2018). Ces médecins rejoignent donc l'experte rhumatologue sur ce diagnostic.

Pour ce qui est de la périarthrite scapulo-humérale droite sur lésion de la coiffe des rotateurs, elle a également été notée par le Dr Z._____ (cf. rapport du 1^{er} février 2019). L'experte a toutefois précisé que le problème de l'épaule droite devait pouvoir se résoudre rapidement

avec éventuellement des infiltrations et de la physiothérapie (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 7.2 p. 15).

Enfin, les cervicalgies fonctionnelles étaient déjà relevées par le Dr L._____ en 2013 (cf. rapport du 14 mai 2013). Les plaintes de la recourante, qui a notamment relaté que ces cervicalgies n'irradiaient pas dans les membres supérieurs des deux côtés, ni dans la région occipitale, ni dans la région dorsale, apparaissaient et repartaient, sans cause déclenchante particulière (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 3.2 p. 8), et les constatations cliniques de l'experte confirment que ces dernières sont bien fonctionnelles (cf. ibid. ch. 4.3 p. 11).

Au surplus, on ne saurait discerner d'autres atteintes rhumatismales qui auraient dues être prises en compte par l'experte. On notera que la chondropathie rotulienne diagnostiquée par le Dr Z._____ (cf. rapport du 19 juin 2018) n'a pas été confirmée par une radiographie, une IRM ou une arthroscopie. Dans ses rapports ultérieurs (cf. rapports des 17 juillet 2018 et 1^{er} février 2019), ce médecin n'a au demeurant plus fait état de ce diagnostic, mais de celui de conflit fémoro-patellaire sans que ce diagnostic ne soit établi par un autre praticien. De même, la périarthrite de la hanche et l'aponévrosite plantaire, retenues par le Dr Z._____ (cf. rapport du 19 juin 2018 et 1^{er} février 2019), n'ont également pas été attestées par un autre avis médical. Dans son rapport du 17 juillet 2018, le Dr Z._____ n'a d'ailleurs pas posé ces diagnostics comme incapacitants. En outre, dans ses rapports, le Dr Z._____ n'a fait état d'aucun examen clinique des hanches ou des pieds lui permettant de retenir ces diagnostics, alors que l'experte rhumatologue a, pour sa part, examiné la recourante sans que ses observations n'aboutissent à une atteinte incapacitante (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 4.3 p. 12). Enfin, le diagnostic incapacitant de souffrances algodysfonctionnelles, également appelées syndrome douloureux régional complexe [SDRC] ou Südeck (cf. rapports du 1^{er} octobre 2018 de la Dre W._____ et du 18 décembre 2015 de la Dre S._____), présupposait la réalisation des critères dits de Budapest (cf. TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2 et les références citées). Or, outre le fait qu'il est admis de jurisprudence

constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), aucun médecin n'a constaté, lors des examens cliniques qui ont été réalisés, que les symptômes présentés par la recourante permettaient de retenir un tel diagnostic sur la base des critères de Budapest.

bbb) Concernant les limitations fonctionnelles (pas de travail physique important, pas de mouvement en grande amplitude des articulations ou de mouvements très répétitifs de celles-ci, pas de déplacement répété ni prolongé, pas de déplacement itératif sur terrain inégal, pas de montée ou descente itérative des escaliers, environnement tempéré, pas de travail en hauteur et de port de charges avec le membre supérieur droit), aucun rapport médical au dossier ne permet de retenir de limitations plus importantes. La Dre S. _____ n'a fait état que de « réveil de douleurs ostéoarticulaires multiples et tuméfaction de la cheville et du genou gauche » lors des différents stages (cf. rapport du 18 décembre 2015), ne se prononçant ainsi pas sur les restrictions. La Dre W. _____ n'a, elle, pas indiqué de limitations fonctionnelles dans son rapport du 1^{er} octobre 2018, se contentant de renvoyer au Dr Z. _____ dont l'avis est confus et ne saurait emporter conviction. En effet, dans son rapport du 19 juin 2018, ce praticien a listé des douleurs à l'effort et de longues marches. Toutefois, dans son rapport du 17 juillet 2018, ce praticien a estimé ne plus être en mesure de répertorier de limitations fonctionnelles, tout en attestant d'une incapacité de travail en lien avec des activités d'effort, de longues marches et de port de charges. Puis, dans son rapport du 1^{er} février 2019, le Dr Z. _____ a indiqué que les limitations fonctionnelles consistaient à ne pas pouvoir faire d'effort, sans mention des longues marches. Indépendamment du fait que ce médecin n'a fait que rapporter les propos de la recourante sans procéder à une constatation ou se positionner sur ses dires, il faut relever que, bien qu'ayant retenu la lésion de la coiffe des rotateurs comme diagnostic incapacitant (cf. rapport du 1^{er} février 2019), il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles en lien avec cette lésion. Il s'ensuit qu'il y a lieu

de s'en tenir aux limitations fonctionnelles retenues par l'experte rhumatologue.

ccc) Enfin, s'agissant de la capacité de travail, si les médecins consultés par la recourante ont certes retenu certains diagnostics qui rejoignent ceux de l'experte (les lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs débutants, le discret trouble statique, l'hyperlaxité ligamentaire bénigne, le status après entorses des chevilles et tendinites à répétition et la périarthrite scapulo-humérale droite), ils ne s'accordent pas sur la capacité de travail qui en découle. Ainsi, la Dre S. _____ a retenu ces diagnostics comme incapacitants, mais elle ne s'est pas déterminée sur le taux d'incapacité de travail de la recourante (cf. rapport du 18 décembre 2015). Elle n'a notamment pas exposé en quoi les diagnostics retenus étaient susceptibles d'impacter objectivement et durablement la capacité de travail de la recourante. Quant à la Dre W. _____, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante, renvoyant au Dr Z. _____. Or, il faut relever que ce praticien s'est d'abord contenté de se référer aux certificats d'incapacité de travail émis en lieu et place de déterminer un taux d'incapacité de travail (cf. rapport du 19 juin 2018). Il a ensuite indiqué que la capacité de travail attestée médicalement de la recourante était « très fluctuante » et que son pronostic sur un taux de 100 % était incertain, tout en estimant que la recourante pouvait exercer un minimum de quatre heures par jour dans une activité (cf. rapport du 17 juillet 2018). Ce n'est que dans un troisième temps que ce praticien a considéré que la capacité de travail de la recourante était d'« au moins 50 % » (cf. rapport du 1^{er} février 2019). Il convient donc de constater que l'avis du Dr Z. _____ n'est pas constant. Les rapports du Dr Z. _____ manquent au surplus d'arguments objectifs permettant de constater une incapacité de travail. Ils font essentiellement l'écho des plaintes de la recourante. L'avis insuffisamment étayé du Dr Z. _____ n'est, dans ces conditions, pas susceptible d'infirmer les conclusions de l'experte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. Contrairement au Dr Z. _____ qui retient une incapacité de travail qu'il motive uniquement en raison des douleurs de la recourante, l'experte rhumatologue a fondé son appréciation non

seulement sur les douleurs alléguées par la recourante, mais en prenant également en considération les constatations objectives qu'elle a faites lors de l'examen clinique et les informations fournies par des tiers, notamment les images par résonnance magnétique. L'évaluation de la capacité de travail, estimée entière, par l'experte semble au demeurant congruente avec le fait que la recourante dit ne prendre aucun traitement médicamenteux (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 3.2 p. 8 et 9). Cette évaluation semble également en adéquation avec l'avis du Dr L._____, lequel avait retenu en 2015 que le pronostic sur le plan orthopédique était « bon » et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail (cf. rapport du 19 juin 2015). A la lumière de ce qui précède, il y a donc lieu de retenir que la recourante ne présente aucune atteinte d'ordre rhumatologique susceptible d'influencer sa capacité de travail.

cc) Les pièces médicales produites par la recourante dans le cadre de la procédure de recours, si elles peuvent être prises en compte du moment qu'elles se rapportent à la situation prévalant au moment de la décision de l'intimé (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2) ne permettent pas de mettre sérieusement en doute les conclusions somatiques de l'expertise. En effet, bien qu'une tuberculose ait été diagnostiquée par le Dr Q._____, elle ne présentait pas de signes de malignité (cf. rapport du 6 mars 2023) et n'a engendré qu'une incapacité temporaire de travail du 21 février au 6 mars 2023 (cf. rapports du 16 mars 2023). Ce praticien a par ailleurs indiqué que la recourante avait été revue pour l'annonce des résultats définitifs le 6 mars 2023 avant de reprendre son suivi gynécologique habituel auprès de son gynécologue traitant. Il n'y a ainsi aucune indication permettant de retenir une atteinte durablement incapacitante du chef de ce nouveau diagnostic sur le plan physique. Le rapport du Dr CR._____ du 24 octobre 2024, qui ne se détermine pas sur la capacité de travail de la recourante, n'apporte pas non plus d'éléments nouveaux qui seraient de nature à faire douter des conclusions des experts du Centre M._____. Au contraire, comme l'a observé le Dr AF._____ dans son avis du 28 janvier 2025, les plaintes et éléments cliniques mentionnés par le Dr CR._____

sur le plan ostéoarticulaire sont similaires à ceux décrits dans l'expertise pluridisciplinaire et ses recommandations thérapeutiques concordent d'ailleurs avec celles émises à l'époque par l'expert rhumatologue.

Il suit de là que, tant sur le plan de la médecine interne générale que sur le plan rhumatologique, il y a lieu de s'en tenir aux conclusions des experts somaticiens du Centre M._____, à l'instar de l'intimé.

c) Sur le plan psychiatrique ensuite, la recourante a également été examinée par un expert du Centre M._____, le Dr H._____, qui a conclu à l'absence de maladie psychiatrique incapacitante, ce que conteste la recourante.

aa) Concernant ce volet, il peut être préalablement constaté que le Dr H._____ a établi une anamnèse de la recourante sur les plan personnel, familial, professionnel et social, ayant pris soin de contacter la psychologue R._____ (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 5 p. 28). Il a décrit la situation actuelle de la recourante, y compris le déroulement de son quotidien, et recueilli les plaintes de celle-ci qui concernaient des douleurs multiples et des fluctuations d'humeur dépendantes de cette douleur depuis 2013, s'étant aggravées depuis 2015 (cf. ibid. ch. 3.1 et 3.2 p. 26).

aaa) Sous la rubrique « diagnostics », le Dr H._____ a posé le diagnostic non incapacitant de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) en motivant son appréciation par l'existence de plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, sans caractère invalidant, d'une somatisation (cf. ibid. ch. 6 p. 28). Il est constant que la recourante présente un trouble somatoforme indifférencié ainsi que cela ressort du dossier. Tel est l'avis des Dres W._____ et X._____ qui ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux « depuis l'accident » (cf. rapports des 1^{er} octobre 2018 et 7 novembre 2018). Or, si sur le plan somatique, la recourante n'a souffert d'aucune séquelle de son accident de 2003, tel que l'a relevé le

Dr L._____ (cf. rapport du 29 octobre 2008), ses plaintes ont conduit l'expert à retenir le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. L'expert H._____ a également retenu le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de traits de personnalité immature (Z73.1) - comme le Prof. C._____ avant lui (cf. rapport du 12 décembre 2016 p. 13) - et a motivé les raisons l'ayant conduit à retenir ce diagnostic. Il a ainsi expliqué ne pas avoir d'argument pour un trouble de la personnalité avérée avec un trouble de la personnalité paranoïaque car il n'existait pas d'hypertrophie « du moi », de méfiance excessive. Il n'y avait pas non plus d'argument pour une personnalité dépendante ou évitante à défaut de difficultés à prendre des décisions importantes ou de crainte exagérée d'être critiquée. Une personnalité émotionnellement labile ne pouvait pas non plus être retenue, l'expertisée ne présentant pas de relation instable. Il existait une certaine passivité, un manque d'initiative, une difficulté à initier les actions, à laisser les parents assurer, à se sentir bien dans le milieu familial, à ne pas se projeter (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 6 p. 29). Tous ces éléments ont conduit l'expert à poser ce dernier diagnostic, étant précisé que tant l'expert H._____ que le Prof. C._____ ont considéré que la recourante ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique invalidante.

Pour ce qui est du syndrome de stress post-traumatique, l'expert a relevé que la recourante ne présentait pas de flashes diurnes, de réviviscences nocturnes, d'hypervigilance (même durant la jeunesse), ni ne relatait de sentiment qu'elle allait mourir. Tout comme le Prof. C._____, l'expert psychiatre a observé que la recourante n'avait pas souffert de phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation au moment de l'accident (cf. rapport du 12 décembre 2016 p. 13 et rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 6 p. 28). L'expert a expliqué que la recourante avait mis en place un mécanisme de défense en rapport avec l'accident qui était celui de l'évitement (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 6 p. 28). La recourante ne peut donc pas être suivie en ce qu'elle relève des incohérences parce que l'expert n'a pas retenu de trouble psychiatrique incapacitant alors qu'il lui était impossible de relater son accident pendant plus de six ans, son comportement s'inscrivant dans

un mécanisme d'évitement. L'expert psychiatre a expressément explicité les raisons l'ayant amené à écarter le diagnostic de stress post-traumatique et son avis est notamment corroboré par le Prof. C._____ (cf. rapport du 1^{er} avril 2017). Les autres rapports au dossier ne permettent au demeurant pas d'établir ce diagnostic. Ainsi, bien que les Dres S._____ (cf. rapport du 18 décembre 2015) et W._____ (cf. rapport du 1^{er} octobre 2018) aient indiqué que la recourante souffrait d'un état de stress post-traumatique, rien dans leurs rapports, dénués de motivation, ne permet d'en vérifier objectivement la présence, de même que son éventuelle nature incapacitante.

L'expert s'est également positionné sur l'avis émis par la psychologue R._____, concernant le diagnostic de trouble anxiodépressif. Il a notamment indiqué que la psychologue avait mis l'accent sur les douleurs physiques de la recourante et n'évoquait pas véritablement l'aspect somatoforme, alors que « dans [ses] conclusions sur la capacité de travail, [il] ne pren[ait] pas en compte les aspects somatiques » (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 6 p. 29). Or, le reproche de la recourante sur l'absence de prise en compte du volet somatique par l'expert (cf. acte de recours p. 6) ne saurait constituer un motif sérieux de douter des conclusions psychiatriques, dans la mesure où les experts du Centre M._____ ont procédé à une évaluation consensuelle et que, dans ce cadre, les résultats de l'analyse psychiatrique ont été confrontés au volet somatique, sans que les experts ne posent le diagnostic de trouble anxiodépressif. En outre, tant l'experte rhumatologue que l'expert en médecine interne ont signalé que l'expertisée se déplaçait sans boiterie (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 4.1 p. 11) et sans avoir besoin de cannes ou de béquilles (cf. ibid. ch. 4.1 p. 21), ce qui contredit le constat de la psychologue (cf. ibid. ch. 5 p. 28). Il convient également de rappeler que le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref, que son travail ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (cf. TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités). Le

grief de la recourante sur le fait que sa psychologue était plus à même d'établir une anamnèse fiable ne saurait dès lors être suivi. La recourante ne soulève d'ailleurs pas que l'anamnèse recueillie par l'expert serait erronée. Enfin, on ne saurait attribuer à l'avis d'une psychologue une valeur probante équivalente au rapport d'un médecin psychiatre, comme celui de l'expert H._____, ou d'un avis appuyé par un médecin psychiatre (cf. TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Quoiqu'il en soit, même à considérer qu'il fallait retenir ce diagnostic comme établi, ce qui n'est pas le cas, force est de constater qu'il serait sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. En effet, la Dre T._____ a estimé que le trouble anxieux et dépressif mixte n'était pas incapacitant dans son rapport du 8 juillet 2019.

S'agissant plus particulièrement de ce rapport du 8 juillet 2019 de la Dre T._____, mentionné par l'expert psychiatre, il faut souligner que la praticienne n'a attesté d'aucune pathologie psychiatrique invalidante, simplement de « limites imposées aux activités par une incapacité (Z73.6) ». L'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant est donc en adéquation avec les conclusions tant de l'expert psychiatre que du Prof. C._____.

Pour finir, l'expert psychiatre a pris soin d'expliquer les raisons l'amenant à écarter d'autres diagnostics. Ainsi, il a exposé pourquoi les critères diagnostics n'étaient pas remplis pour un épisode dépressif, même léger (pas d'humeur triste constante, de baisse d'estime de soi, de fatigabilité constante, pas d'idées suicidaires, pas de baisse d'appétit ou de troubles du sommeil d'origine psychique ni encore de ruminations anxieuses) et pour un trouble dépressif récurrent (pas de période de plus de quinze jours de tristesse d'humeur) (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 6 p. 28). Selon l'expert, la recourante ne souffrait également pas de troubles affectifs bipolaires devant l'absence d'antécédents d'accès maniaque ou hypomaniaque, l'expertisée ne décrivant en outre pas de phase d'euphorie, d'exaltation d'humeur, de dépenses immodérées d'argent ou de troubles du cours de la pensée (cf. ibid. ch. 6 p. 28), étant précisé que le Prof. C._____ avait déjà relevé

en 2016 que la recourante ne souffrait pas de troubles du cours de la pensée (cf. rapport du 12 décembre 2016 p. 13). L'expert, tout comme le Prof. C. _____ (cf. rapport du 12 décembre 2016 p. 13), n'a également pas retenu de diagnostic de la sphère anxieuse puisque l'expertisée n'avait pas de difficultés à sortir, à se rendre dans des endroits peuplés, ce qui éliminait aussi le diagnostic d'agoraphobie. Le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif n'a pas non plus été retenu devant l'absence de rituel, de vérification compulsive. Il en était de même du diagnostic d'anxiété généralisée à défaut de manifestations neurovégétatives, de sueur, de palpitations et en l'absence d'oppressions thoraciques constantes (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 6 p. 28). L'expert a aussi relevé qu'il n'y avait pas de diagnostic de phobie, notamment concernant la voiture, devant une expertisée qui pouvait prendre le volant et être passagère sans difficulté (cf. ibid. ch. 6 p. 28). L'expert a signalé qu'il n'y avait pas de modification durable de la personnalité, l'expertisée gardant un contact adapté à sa famille ainsi qu'aux autres. La recourante ne souffrait pas non plus d'irritabilité ou de détachement. L'expert a enfin écarté les troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée car il n'existait pas d'état de détresse ou de perturbation émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales (cf. ibid. ch. 6 p. 28).

bbb) L'expert s'est aussi prononcé sur la cohérence des symptômes et des plaintes de la recourante, en relevant un certain décalage entre l'intensité des douleurs alléguées et la présentation clinique lors de l'examen. L'expertisée était restée tout au long de l'entretien sans avoir besoin de bouger et sans manifester de faciès évoquant une douleur (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 7.3 p. 30). Il a aussi apprécié les capacités et les ressources de la recourante, jugées comme moyennes, en raison d'un déficit d'anticipation et de planification (cf. ibid ch. 7.4 p. 30).

ccc) L'expert a conclu à des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives dans le sens d'un travail répétitif, sans stimulation cognitive multiple, sans évaluation et sans jugement (cf. ibid.

ch. 8 p. 30). Ce dernier s'est également déterminé sur la capacité de travail de la recourante qu'il a estimé entière depuis toujours. Il a aussi relevé que l'origine historique des troubles psychiatriques était partiellement liée à l'accident de 2003. Il était à l'origine du développement du trouble somatoforme indifférencié. En revanche, l'immaturation était constitutive d'une éducation hyper protectrice, et la rigidité de fonctionnement qui favorisait les difficultés adaptatives (cf. ibid. ch. 8 p. 30).

Tant l'expert que le Prof. C. _____ se sont entendus sur le fait que l'immaturation cognitive restait compatible avec une vie autonome, n'impliquant pas de limitations fonctionnelles par rapport aux emplois (cf. ibid. ch. 6 p. 29). A cet égard, bien que le Prof. C. _____ ait relevé que l'affection congénitale dont souffre la recourante avait une évolution imprévisible sur le plan cognitif, il a noté que dans le cas de l'intéressée, l'évolution cognitive était plutôt favorable. L'expertisée avait certes une efficacité intellectuelle relativement faible (QI entre 75 et 84), mais le bilan neuropsychologique effectué montrait la préservation des fonctions attentionnelles et mnésiques (cf. rapport du 12 décembre 2016 p. 17).

Aucun médecin n'a au demeurant posé de limitations fonctionnelles psychiatriques plus étendues que celles de l'expert. Ni la Dre S. _____ (cf. rapport du 18 décembre 2015) ni la Dre W. _____ (cf. rapport du 1^{er} octobre 2018), qui ont pourtant retenu les diagnostics incapacitants de stress post-traumatique et de syndrome somatoforme douloureux n'ont listé de limitations fonctionnelles. Quant à la Dre X. _____, elle n'a observé la recourante qu'à deux reprises en mai 2018 et ne s'est ni prononcée sur sa capacité de travail ni sur ses limitations fonctionnelles (cf. rapport du 7 novembre 2018). La Dre T. _____ a, pour sa part, indiqué ne pas être en mesure de répondre à la question sur l'existence de limitations fonctionnelles, mais a expliqué que la recourante ne pouvait travailler qu'entre zéro et six heures par jour selon l'intensité des douleurs et la thymie. Or, en l'absence de pathologie psychiatrique invalidante, une telle évaluation de la capacité de travail de la recourante n'est pas cohérente. La Dre T. _____ semble d'ailleurs

davantage se rapporter à d'éventuelles atteintes physiques, pour lesquelles aucune incapacité de travail n'a été objectivée par un médecin somaticien, qu'à des atteintes psychiatriques.

Dans ces conditions, la Cour de céans ne distingue aucun motif de douter des conclusions de l'expert diagnostiquant, d'une part, un trouble somatoforme indifférencié et des traits de personnalité immature, et retenant, d'autre part, que ces atteintes n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. L'appréciation de l'expert s'inscrit, pour l'essentiel, dans le prolongement de celle du Prof. C._____.

bb) Quant aux autres critiques formulées par la recourante à l'égard des conclusions de l'expert H._____, elles ne peuvent qu'être écartées. Quoi qu'en dise l'intéressée, les Drs K._____ (cf. rapport du 18 octobre 2015) et L._____ (cf. rapport du 18 mai 2015) n'ont posé aucun diagnostic psychiatrique incapacitant, ils ont simplement fait état d'une surcharge psychique et leurs avis ont été pris en compte par l'expert psychiatre du Centre M._____ (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 p. 36). De la même manière, si la recourante se prévaut d'une suspicion de tumeurs non investiguées, elle n'a toutefois pas rendu vraisemblable d'atteinte neurologique qui pourrait avoir un impact sur sa capacité cognitive. Par ailleurs, contrairement à ce que sous-entend la recourante, une hérédité familiale en termes de troubles du développement ne saurait à elle seule fonder une atteinte invalidante. Il semble donc qu'aucun élément pertinent n'a échappé à l'appréciation de l'expert sous l'angle psychiatrique.

Au surplus, le rapport du 3 novembre 2023 des Dres Y._____ et D._____, produit dans le cadre de la présente procédure, dont se prévaut la recourante, ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expert H._____. Ces praticiennes ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et ont mentionné une tuberculose génitale découverte en février 2023, après une suspicion de cancer ovarien qui a affecté la recourante. Or, cette suspicion diagnostique, qui s'est rapidement révélée erronée (matériel sans cellules

tumorales malignes selon le rapport cytopathologique du 27 février 2023 et le rapport anatomo-pathologique du 1^{er} mars 2023), n'est pas de nature à engendrer une incapacité de travail durable. On ne saurait discerner les raisons d'une aggravation de l'état de santé de la recourante puisque le diagnostic de cancer a été écarté et que les rapports du Dr Q._____ ne font état d'aucune incapacité de travail sur le plan psychique. Il est également le lieu de souligner que les Dres Y._____ et D._____ ne se sont pas prononcées sur la capacité de travail de la recourante dans leur rapport du 3 novembre 2023. Ces praticiennes n'ont fait d'ailleurs que rapporter les propos de leur patiente en termes de symptomatologie dépressive sans procéder à un quelconque constat. En effet, leurs observations cliniques semblent bien plutôt positives et contredisent ce diagnostic puisque ces praticiennes ont noté que la recourante faisait son âge, que sa tenue et son hygiène vestimentaire étaient correctes, qu'elle était bien orientée aux quatre modes. Elles ont également relevé l'absence de trouble de l'équilibre ou de la marche. Bien que la recourante présentait un élan vital et un contact visuel diminués, elle ne présentait pas d'anomalie du cours ou du contenu de la pensée. Elle n'avait pas de troubles cognitifs évidents pendant les entretiens et de symptômes de la lignée psychotique. Hormis un traitement entrepris récemment - le rapport du 16 mars 2023 du Dr Q._____ ne faisant état d'aucun traitement - et un suivi qui se serait intensifié en octobre 2023, soit des éléments postérieurs à l'aggravation alléguée « dès septembre 2022 », ces praticiennes n'apportent aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte dans l'évaluation de l'expert H._____. En l'absence de plus de détails, ces éléments ne suffisent toutefois pas à fonder une aggravation de l'état de santé de la recourante. Pour le surplus, la psychiatre traitante n'a pas procédé à une évaluation des indicateurs prévus par la jurisprudence et ne s'est pas prononcée sur les diagnostics posés par l'expert. A la lumière de ces éléments, les conclusions de l'expert H._____ ne sauraient être infirmées.

Tout au plus ajoutera-t-on, par surabondance, qu'une péjoration de l'état psychique de la recourante en lien avec le décès de sa seconde sœur et la schizophrénie de son frère ne ressort pas du rapport

du 3 novembre 2023 des Dres Y._____ et D._____. Ces éléments avaient au demeurant déjà été pris en compte par l'expert psychiatre, qui avait notamment relevé que le décès de la sœur de la recourante ne s'était pas traduit par un deuil pathologique ou une aggravation de la symptomatologie (cf. rapport d'expertise du 12 mars 2020 ch. 7.1 p. 29 et ch. 3.2 p. 27). Il semble donc qu'aucun élément pertinent n'a échappé à l'appréciation de l'expert sous l'angle psychiatrique.

Les griefs soulevés par la recourante à l'encontre du rapport d'expertise du Dr H._____ ne permettent ainsi pas de jeter le doute sur sa valeur probante. L'appréciation de l'expert psychiatre de la situation médicale de la recourante et de sa capacité de travail est claire, convaincante et exempte de contradictions ; elle peut être suivie, étant précisé que son rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d) En particulier, sur la base des considérations ci-dessus exposées, on ne peut que constater la valeur probante de l'expertise du Centre M._____ sur les plans rhumatologique, de médecine interne et psychiatrique, les griefs supplémentaires soulevés par la recourante à l'encontre de cette expertise devant être écartés.

aa) En effet, à la lumière de cette expertise pluridisciplinaire, il apparaît que la multiplicité des atteintes de la recourante a suffisamment été prise en compte par les experts, lesquels ont procédé à une évaluation consensuelle. Si le Dr Z._____ a qualifié la recourante de patiente « trop multi pathologique incapable » pour pouvoir poursuivre une formation et travailler par la suite (cf. courrier du 3 avril 2023), il n'a pas apporté d'élément spécifique à même d'étayer son appréciation, qui ne saurait donc l'emporter sur celle des experts du Centre M._____.

bb) Enfin, l'argument de la recourante selon lequel une péjoration de son état de santé se traduirait par l'impossibilité d'achever sa formation dès fin 2022 ne convainc pas. En effet, le fait qu'elle ait dû arrêter la mesure ne permet pas de prouver une incapacité de travail,

l'appréciation de la capacité de travail devant être faite par un médecin à qui incombe la tâche de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_605/2020 du 19 juillet 2021 consid. 5.4 ; TF 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 et la référence). A cet égard, on relèvera que les experts avaient connaissance de la situation d'échec vécue par la recourante lors des stages et mesures qui s'étaient déroulés en 2018 ce qui n'a toutefois pas modifié leur appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. La recourante a en outre réussi sa première année AFP, ce qui tend à confirmer l'appréciation de la capacité de travail effectuée par les experts du Centre M._____ et que la formation était adaptée à ses limitations fonctionnelles. La deuxième année de la recourante a, en revanche, été marquée par plusieurs absences maladies, étant précisé que les certificats médicaux n'étaient pas motivés. Bien que la recourante n'ait pu se présenter à l'examen final de son AFP à cause de ses absences, elle n'a produit aucun rapport médical prouvant que la formation était inadaptée. Il ressort au contraire du point de situation du 21 février 2023 que c'est principalement la réticence de la recourante qui constituait le problème principal. En effet, la recourante restait persuadée qu'elle ne pouvait poursuivre ou achever de formation compte tenu de ses problèmes de santé (cf. courriel du 7 juin 2023) - estimés non incapacitants par les experts du Centre M._____ -, alors qu'il s'agissait de croyances erronées de fragilité physique, comme déjà relevé par le Dr K._____ (cf. rapport du 18 octobre 2015), qui l'empêchaient de s'investir réellement dans une vie professionnelle et s'inscrivaient dans le cadre des diagnostics psychiatriques non incapacitants posés par l'expert psychiatre du Centre M._____.

e) En définitive, rien ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée en 2020 par les experts du Centre M. _____, dont les conclusions sont étayées, exemptes de contradictions, et reposent sur une anamnèse détaillée, sur des examens complets, sur une analyse circonstanciée de la situation, y compris des ressources et des limitations fonctionnelles de la recourante, et prennent au demeurant compte des plaintes émises par celle-ci.

A l'instar de l'intimé, il y a donc lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts.

6. Pour le surplus, sur le plan économique, la recourante n'a pas formulé de critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité.

Compte tenu d'un degré d'invalidité de 21,08 %, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

Une nouvelle demande de prestations pourra être déposée par la recourante auprès de l'intimé en cas d'aggravation de son état de santé.

7. Il est le lieu d'examiner le droit de la recourante à bénéficier de l'assistance gratuite d'un avocat dans le cadre de la procédure administrative devant l'autorité intimée.

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). Par ailleurs, à l'instar de ce qui prévaut en procédure judiciaire (art. 61 let. f LPGA), la partie ne doit pas disposer de ressources suffisantes et sa cause ne doit pas paraître dépourvue de chances de succès (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, n° 38 ad art 37 LPGA ; ATF 125 V 201 consid. 4a).

b) Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné au regard de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, prévoit d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « justifient », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, prévoit d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « l'exigent » (TF 9C_964/2010 du 30 mai 2011 consid. 3 ; I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3). Ainsi, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels, où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références).

A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Tel n'est pas le cas du droit éventuel à une rente d'invalidité, lequel n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'assuré, mais a en revanche une portée considérable (TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1, 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 319/2005 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). Si la procédure ne présente pas de risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance juridique ne sera accordée que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et références citées ; 125 V 32 consid. 4 ; TFA I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.2). Les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure, entrent également en considération (TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2 et les références citées). Le fait que l'intéressé puisse bénéficier de

l'assistance de représentant d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire, ni indiquée (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3 ; TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.2).

8. a) En l'espèce, la recourante se prévaut du caractère complexe de son dossier. Elle invoque la durée, de 2005 (sic) à ce jour, la multiplicité de ses atteintes, le volume du dossier et le fait qu'une expertise s'avérera nécessaire. Elle se prévaut encore de son incapacité à assurer sa défense sans l'intervention d'un mandataire qui suit la famille de longue date et maîtrise l'historique médical.

Quant à l'intimé, il estime que la procédure ne présente pas de risques importants pour la situation juridique de la recourante. La question de l'évaluation de la capacité de travail se pose communément dans la plupart des procédures ayant pour objet le droit à des prestations de l'assurance-invalidité et ne comporte intrinsèquement aucune difficulté particulière. Il s'agit principalement de comprendre la portée de rapports médicaux, ce qui de jurisprudence constante ne rend pas l'assistance d'un avocat objectivement nécessaire. Ainsi, tant d'un point de vue médical que juridique, le cas ne présentait aucune problématique qu'un représentant d'une association ou une autre personne de confiance d'une institution sociale ne pourrait traiter de manière satisfaisante.

b) aa) Il convient de relever que, sous l'angle de l'instruction médicale, la cause n'était pas particulièrement complexe au point de rendre nécessaire une représentation par un avocat en procédure administrative. Les troubles psychiques qui empêcheraient la recourante de s'orienter dans la procédure n'ont été établis par aucune pièce. Une efficacité mentale relativement faible ne l'empêchait pas non plus d'obtenir de l'aide d'intervenants d'une association ou d'une institution sociale. Le parcours de la recourante a montré en outre qu'elle a été en mesure de comprendre les enjeux de la procédure.

bb) L'argumentation de la recourante quant à la complexité juridique ne saurait pas non plus être suivie. Le litige, au fond, portait sur l'évaluation de sa capacité de travail, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité, à savoir des questions communes dans la plupart des procédures ayant pour objet le droit à des prestations de l'assurance-invalidité et ne comportant aucune difficulté particulière. La recourante n'a d'ailleurs pas contesté le calcul du degré d'invalidité. Elle n'a au demeurant pas mis en évidence des circonstances propres à son affaire qui justifiaient une assistance que seul un avocat serait en mesure de lui apporter.

cc) En particulier, le fait que le mandataire suivait la famille depuis de nombreuses années ne permettait pas de conclure automatiquement à la nécessité d'être représentée par un avocat en procédure administrative. Il faut souligner que le Tribunal fédéral n'a pas admis de manière générale que lorsqu'un avocat est intervenu précédemment en faveur d'un assuré pour une demande de prestations auprès de la même assurance, l'octroi de l'assistance juridique gratuite se justifiait au vu de la perte de temps et des frais supplémentaires inutiles qu'entraînerait le recours à un assistant social. Suivre un tel raisonnement reviendrait en effet à admettre le droit à l'assistance juridique gratuite dans une procédure administrative du seul fait que dans une procédure précédente l'assuré avait déjà été représenté par un avocat (cf. TF 9C_577/2019 du 21 janvier 2020 consid. 6.5). Dans le présent cas, l'avocat est intervenu pour la première fois en janvier 2019 et par la suite, avant les objections à l'encontre du projet de refus de rente d'invalidité, ses interventions ont été rares. On peut en outre relever que c'est l'avocat-stagiaire qui a rédigé le recours contre la décision de refus de rente d'invalidité, lequel n'avait pas une connaissance ni un suivi de longue date de la recourante. Le fait que la recourante soit représentée par Me Bénédicte depuis plusieurs années ne suffisait pas à démontrer que l'aide d'intervenants sociaux était insuffisante ou requerrait des ressources démesurées en termes temporels ou financiers, d'autant plus au vu du peu d'interventions de son mandataire.

dd) La durée de la procédure, depuis le dépôt de la demande de prestations en 2015, n'est pas considérée comme extraordinaire compte tenu de l'ensemble des circonstances et n'a pas engendré de complications singulières dans le cas particulier dans l'examen de la capacité de travail et du droit à la rente d'invalidité. La procédure peut certes apparaître longue, près de huit ans depuis le dépôt de la demande et la décision de refus de rente d'invalidité, mais elle peut s'expliquer par les deux expertises mises en place et les tentatives de réinsertion ainsi que par les diverses mesures d'instruction diligentées sur le plan médical, nécessaires en ce qui concernait l'examen du droit à une rente d'invalidité. En effet, l'exigence de la célérité de la procédure ne saurait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5).

ee) Enfin, la perspective qu'une expertise pouvait être ordonnée à l'issue de la procédure d'audition ne justifiait pas non plus l'octroi de l'assistance juridique. En effet, dans le domaine des assurances sociales, la participation à une expertise médicale ne requiert en règle générale pas de connaissances juridiques particulières, le droit de participer consistant essentiellement à se prononcer sur l'identité et les spécialisations des experts, ainsi qu'à soumettre d'éventuelles questions complémentaires, si bien que son exercice n'en est pas entravé même en l'absence de connaissances juridiques (cf. dans ce sens : TF 9C_489/2012 du 18 février 2013 consid. 3). A cet égard, l'assistance d'un avocat n'est pas indispensable, un assuré pouvant obtenir l'aide de son propre médecin. De même, la récusation pour des motifs de nature formelle (cf. sur ce point TF 9C_552/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2 et les références citées) ne soulève pas des questions de fait ou de droit difficiles au point de rendre indispensable le concours d'un avocat, dans la mesure où cette démarche ne nécessite pas de connaissances juridiques dont seul un tel mandataire serait à même de disposer.

c) Dans ces circonstances, il apparaissait que l'assistance juridique d'un avocat au stade de la procédure administrative n'était

objectivement pas nécessaire. Les conclusions du recours portant sur ce point doivent être rejetées.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise indépendante et l'audition de la psychologue, P._____, et de la Dre D._____. De telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

10. a) Partant, les recours doivent être rejetés et les décisions entreprises confirmées.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité, soit le droit à une rente d'invalidité, est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Bénédicte peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office qu'il convient de fixer en tenant compte de la liste des opérations produites par ses soins le 6 août 2024. Le tarif applicable aux avocats brevetés s'élève à 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Me Bénédicte a consacré 1 heure et 22 minutes à la présente procédure. Quant à Me Rose Orer, elle a consacré 30 minutes à l'étude de rapports médicaux.

L'indemnité en lien avec les activités de ces avocats se monte à 380 fr. 25 (à savoir 305 fr. 35 pour une heure et 30 minutes de travail comprenant la TVA au taux de 7,7 % [taux applicable jusqu'au 31 décembre 2023] et 74 fr. 90 pour 22 minutes de travail comprenant la TVA au taux de 8,1 % [taux applicable dès le 1^{er} janvier 2024], débours de 5 % compris). Pour ce qui est des activités de l'avocat-stagiaire, Me Florim Rexhepi, le tarif est de 110 fr. (art. 2 al. 1 let. b RAJ). Il faut ainsi arrêter à 1'373 fr. 55 l'indemnité en lien avec les activités de Me Rexhepi (à savoir 528 fr. 70 pour 4 heures et 15 minutes de travail comprenant la TVA au taux de 7,7 % et 844 fr. 85 pour 6 heures et 46 minutes de travail comprenant la TVA au taux de 8,1 %, débours à 5 % compris). L'indemnité totale se monte donc à 1'753 fr. 80.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I. Les recours sont rejetés.
- II. La décision rendue le 13 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud portant sur le refus d'une rente d'invalidité est confirmée.
- III. La décision rendue le 3 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud refusant à

U._____ le bénéfice de l'assistance juridique dans la procédure administrative est confirmée.

IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de U._____ et provisoirement supportés par l'Etat.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

VI. L'indemnité d'office de Me Jérôme Bénédic, conseil de U._____, est arrêtée à 1'753 fr. 80 (mille sept cent cinquante-trois francs et huitante centimes), débours et TVA compris.

VII. 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 de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jérôme Bénédic (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :