

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 novembre 2022

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Durussel, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 29 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 2  
RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, a travaillé comme nettoyeuse à 60 % pour [...] dès octobre 2014. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 juin 2017 en faisant état d'une incapacité de travail partielle depuis 2014 en raison d'un diabète mal contrôlé avec variations de la glycémie, de fatigue, d'une infection urinaire et de douleurs dorsales.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 18 juillet 2017.

Le 15 août 2017, l'assurée a rempli le formulaire de détermination du statut en indiquant que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en tant que femme de ménage, pour des raisons financières. L'employeur a remis le questionnaire de l'OAI le 18 août 2017.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2017, la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de diabète de type I avec néphropathie existant depuis 2003, d'hépatite B chronique depuis 2011 et de lombalgies à répétition depuis 2007. Les limitations fonctionnelles étaient d'éviter les efforts physiques trop importants et le port de charges, ainsi que laisser du temps pour gérer le diabète instable, ce qui n'était pas possible dans un travail de nettoyeuse à plein temps. Il existait une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis mars 2017. Aucune amélioration ne pouvait être attendue, en raison du diabète instable accompagné d'une rétinopathie et d'une néphropathie sévère, difficile à équilibrer. La Dre G.\_\_\_\_\_ a joint divers rapports médicaux provenant des autres médecins consultés, ainsi que des résultats de laboratoire

Le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a établi un rapport le 21 novembre 2017, posant les diagnostics de diabète de type 1 instable avec complications néphropathiques et rétinopathiques,

d'insuffisance rénale de stade G3, A3, sur néphropathie diabétique et lésions de hyalinose segmentaire et focale secondaire, de rétinopathie diabétique bilatérale, de polyneuropathie sensitive distale symétrique des membres inférieurs et d'hépatite B chronique. Il précisait que le diabète était instable, que sa gestion nécessitait de nombreux autocontrôles glycémiques et que la survenue d'hypoglycémies nécessitait des corrections et des périodes de repos. Il renvoyait pour le surplus aux rapports de la Dre G.\_\_\_\_\_.

Le 23 mars 2018, la Dre G.\_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, laquelle présentait une plus grande fatigue et un diabète davantage déséquilibré. Le taux de travail actuel ne dépassait pas 30 %. Répondant le 2 août 2018 à des questions complémentaires du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), la Dre G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'aggravation rapportée en mars 2018 avait été progressive. L'incapacité de travail était de 50 % depuis mars 2017, dans toute activité. Elle a par ailleurs produit les derniers rapports des autres médecins consultés.

Répondant le 23 janvier 2019 à des questions complémentaires du SMR, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait des hypoglycémies à raison de quatre épisodes par semaine. L'équilibre glycémique s'était amélioré depuis la diminution du taux d'activité, la patiente pouvant effectuer plus d'autocontrôles glycémiques et éviter des hypoglycémies. Dans une activité adaptée, avec la possibilité de faire des pauses sur demande pour faire des contrôles de glycémie, corriger les hypoglycémies et récupérer des hypoglycémies, la capacité de travail serait de 30 %.

Le 3 avril 2019, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en néphrologie, a exposé que l'assurée était connue pour une insuffisance rénale modérée sur une néphropathie diabétique, confirmée par biopsie en janvier 2008. Lors du dernier contrôle en mars 2019, la fonction rénale restait très faiblement altérée mais il existait une récurrence d'un syndrome néphrotique de degré modéré caractérisé par une hypoalbuminémie modérée et une

protéinurie majeure. Ce syndrome néphrotique entraînait des limitations fonctionnelles et avait clairement un impact sur la capacité de travail, dont le pourcentage était toutefois difficile à évaluer.

A la suggestion du SMR, une expertise de médecine interne a été mise en œuvre. Le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a déposé son rapport le 26 novembre 2019. Il a posé les diagnostics de diabète de type 1, néphropathie diabétique avec insuffisance rénale sans complication périphérique, obésité mixte, probable syndrome d'apnée obstructive du sommeil, hypertension artérielle secondaire, syndrome vertébral anamnestique sur troubles statiques lombaires, probables céphalées vasculaires, hépatite B chronique active sans traitement, status après opération de la cataracte de l'œil droit et status après opération d'un kyste thyroïdien. Dans l'hypothèse de l'absence ou de la résolution d'un éventuel syndrome d'apnée du sommeil, la capacité de travail pourrait progressivement être de 80 %, soit jusqu'à 35 heures par semaine, dans l'activité habituelle de nettoyeuse, mais pourrait diminuer en fonction de la maladie rénale. Elle serait également de 80 % sans baisse de rendement dans une activité adaptée, à savoir une activité exercée dans des conditions contractuelles, sans travail de nuit, avec un horaire fixe et régulier et avec la possibilité de disposer d'un local propre pour faire ses soins et se reposer en cas de survenue d'une hypoglycémie, et sans port de charge de plus de 10 kg. Le taux de présence devrait être de 6 à 7 heures, si possible de manière fractionnée. Il n'y avait pas de réduction de la performance, sauf en cas d'hypoglycémie, où il fallait compter 20 minutes pour se resucrer ou en cas de nécessité de prendre une dose supplémentaire d'insuline en cas d'hyperglycémie.

L'OAI a rendu un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 19 mars 2020. Il a retenu que l'assurée présentait depuis toujours une capacité de travail exigible de 80 % dans toute activité. Ses limitations fonctionnelles (pas de travail de nuit, nécessité d'un horaire fixe et régulier, possibilité de disposer d'un local propre pour faire ses soins et se reposer en cas de survenue d'une

hypoglycémie, pas de port de charge de plus de 10 kg) justifiant un degré d'invalidité de 20 %, le droit à une rente n'était pas ouvert. Les mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assurée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Contestant ce projet, l'assurée a produit un rapport établi le 29 mai 2020 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le psychologue R.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée. Le suivi avait débuté le 23 décembre 2019, sur conseil de l'expert mandaté par l'OAI. Sur le plan psychique, la capacité de travail était de 20 à 40 %. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité accrue, des difficultés dans la gestion des émotions, dans la gestion du stress, d'organisation et de mémorisation, ainsi qu'une diminution du rendement.

Réinterrogée par le SMR, la Dre G.\_\_\_\_\_ a indiqué le 21 août 2020 que les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient un diabète insulinorequérant difficile à équilibrer avec comme complication une néphropathie, et un état anxiodépressif. Des troubles digestifs étaient en cours d'investigation auprès d'un gastro-entérologue. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

A la demande du SMR, les psychothérapeutes B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont indiqué le 1<sup>er</sup> octobre 2020 que l'état dépressif était progressivement apparu chronique, de sorte qu'un traitement anti-dépresseur avait été mis en place le 29 septembre 2020. L'état psychique était stable depuis le précédent rapport et la capacité de travail inchangée.

Le 12 octobre 2020, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas eu de modification significative de l'état de santé de l'assurée, hormis la confirmation d'un état dépressif. Il n'avait pas de limitations fonctionnelles à ajouter par rapport à celles retenues dans l'expertise de médecine interne. La capacité de travail était de 30 % dans toute activité.

A la suggestion du SMR, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès du centre d'expertise M.\_\_\_\_\_. Les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont vu l'assurée les 18 et 26 février 2021, en présence d'une interprète. Ils ont sollicité des radiographies ainsi que diverses analyses et ont déposé leur rapport le 23 avril 2021. Celui-ci comprend une évaluation consensuelle, trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics suivants : lombalgies sans irradiation sur discopathie L5-S1, M54.5 ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, F33.1 ; diabète d'emblée insulino-requérant depuis 2002 avec insuffisance rénale, rétinopathie non proliférative et polyneuropathie distale diabétique non constatée lors de la présente expertise, E10.6 ; gastroparésie en lien avec le diabète et possiblement aggravée par la prise d'analogue GLP1 ; obésité, E66 ; cataracte secondaire de l'œil droit opérée en 2017, E10.3 ; forte suspicion d'un syndrome des apnées du sommeil non appareillé, G47.3 ; hépatite B chronique non traitée car peu active, B18 ; status après ablation d'un kyste thyroglossal en 2008, Q89.2 ; et tumeur à cellules granuleuses de l'œsophage sans signe de malignité, D37.7. Les limitations d'ordre rhumatologique étaient l'absence d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, l'absence de porte-à-faux du buste maintenu et le port de charge proche du corps limité à 10 kg. Celles d'ordre psychiatrique étaient la tristesse et l'humeur dépressive, avec un sentiment d'infériorité et une tendance à la dévalorisation, un manque d'élan vital, des idées noires non scénarisées, des troubles du sommeil ainsi qu'une anxiété et une tension nerveuse. Enfin, les limitations fonctionnelles relevant de la médecine interne étaient décrites comme suit : « l'instabilité des glycémies et l'insuffisance rénale sont susceptibles de contribuer à la fatigue ainsi qu'à la nécessité de pauses régulières pour gérer l'alimentation, contrôler les glycémies et faire les corrections nécessaires ». Dans l'activité habituelle, sur un taux horaire de 100 %, la capacité de travail était de 0 % sur le plan rhumatologique dès février 2017, de 50 % sur le plan psychiatrique depuis

novembre 2019 et de 50 % sur le plan de la médecine interne depuis décembre 2019. Dans une activité adaptée, sur un taux horaire de 100 %, la capacité de travail était de 50 % sur le plan psychiatrique depuis novembre 2019, de 100 % sur le plan rhumatologique depuis toujours et de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % sur le plan de la médecine interne depuis décembre 2019 ; il en résultait une capacité totale de 50 % sur un taux horaire de 100 % depuis novembre 2019.

Dans un avis médical du 7 mai 2021, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin praticien au SMR, a constaté que les experts retenaient une capacité de travail dans l'activité habituelle de 70 % depuis 2002 puis de 0 % dès février 2017 et, dans une activité adaptée, de 70 % de 2002 à octobre 2019 puis de 50 % depuis novembre 2019. Se rangeant aux conclusions de cette expertise, le SMR a noté qu'il était à nouveau fait état d'une suspicion de syndrome des apnées du sommeil, de sorte qu'il fallait transmettre le rapport au médecin traitant de l'assurée, précisant que, sur le plan asséculo-logique, la fatigue diurne engendrée par cette atteinte avait été prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail lors de cette dernière expertise, mais que le traitement ne paraissait pas remplir les critères d'exigibilité.

Le 23 juin 2021, l'OAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assurée, tenant compte d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dans le domaine du nettoyage depuis février 2017. Il a cependant retenu que l'intéressée présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, telle une activité légère dans le domaine de l'industrie. Cette capacité avait diminué à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2019, en raison d'une péjoration de son état de santé. La comparaison des revenus jusqu'au 31 octobre 2019 révélait un degré d'invalidité de 17.46 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. A compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019 en revanche, la comparaison des revenus laissait apparaître un degré d'invalidité de 41.04 %, ouvrant le droit à un quart de rente à l'issue du délai d'attente d'une année, soit dès le 1<sup>er</sup> novembre 2020.

Par décision du 18 octobre 2021, confirmant son projet du 23 juin 2021, l'OAI a octroyé un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2020 et dit que des mesures de nouvelle réadaptation seraient mises en œuvre dans le but d'améliorer la capacité de gain, si elles étaient indiquées.

**B.** Le 18 novembre 2021, N.\_\_\_\_\_ a adressé un recours à l'OAI, qui l'a transmis le 22 novembre à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. Réservant la possibilité de produire de nouveaux rapports médicaux, elle a fait valoir qu'une incapacité de travail de 80 % au moins devait lui être reconnue dans toute activité et a conclu implicitement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière. Elle a par ailleurs sollicité la dispense d'avance de frais.

Par décision du 17 janvier 2022, la Juge instructrice a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire s'agissant des avances et des frais judiciaires tout en l'astreignant à payer une franchise de 600 fr. par mensualités de 50 fr. dès le 15 février 2022.

Dans sa réponse du 8 février 2022, l'intimé a conclu au maintien de sa décision.

La recourante n'a pas répliqué dans le délai imparti par ordonnance du 10 février 2022.

### **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). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

**b)** En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès de l'intimé, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (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).

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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201 ; ATF 145

V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2).

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable, l'art. 29<sup>bis</sup> RAI étant toutefois applicable par analogie. Aux termes de cette disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi. La règle de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré, autrefois bénéficiaire d'une rente d'invalidité, subit une nouvelle invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident qui n'était pas à l'origine de l'invalidité pour laquelle la rente avait été précédemment allouée ou lorsque la rente avait été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite une aggravation de l'atteinte à la santé. Il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance de sorte que le délai d'attente de trois cent soixante-cinq jours recommence à courir (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève-Zurich-Bâle 2018, n. 18 ad art. 28 LAI et les réf. citées). En effet, le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de connexité matérielle et temporelle entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C\_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 et les références citées).

**4. a)** 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 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

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).

**c)** 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 assécurologique. 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).

**5.** En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dans le domaine du nettoyage depuis février 2017, mais qu'il existait depuis toujours une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à sa situation. Cette capacité de travail résiduelle avait ensuite diminué à 50 % à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019 en raison d'une aggravation de l'état de santé. Dans sa décision, l'intimé a suivi l'avis émis le 7 mai 2021 par le SMR, lequel déclarait se rallier entièrement aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire déposée en février 2021, dont il opérait la synthèse. La recourante conteste la capacité de travail ainsi retenue, estimant que celle-ci avait toujours été de 20 % au maximum en se référant aux avis de ses médecins traitants.

**a)** Il y a lieu de constater en premier lieu que les experts de M. \_\_\_\_\_ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, dont une synthèse a été établie et utilisée par chaque expert (cf. Annexe 4, pp. 28 ss du rapport d'expertise, à laquelle renvoient les expertises spécialisées). Les experts ont complété les renseignements reçus de l'intimé en mettant en œuvre des radiographies et des analyses sanguines, dont ils ont joint les résultats à leur rapport. L'expert psychiatre a en outre directement pris contact avec les psychothérapeutes

de la recourante (cf. ch. 5 de l'expertise psychiatrique, p. 10 du rapport). Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une anamnèse étendue (ch. 3), établie par l'expert sur la base de son entretien avec la recourante, laquelle était assistée à chaque fois d'une interprète. Les experts ont pris note des plaintes spontanées de la recourante ainsi que de manière plus ciblée en relation avec leurs spécialités, recueillant notamment des informations sur les douleurs ressenties, les traitements, les habitudes de vie et le déroulement d'une journée habituelle. Ils ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leurs examens respectifs (ch. 4) et posé leurs diagnostics, cas échéant en indiquant les motifs pour lesquels ils se sont écartés de l'appréciation des médecins traitants ou de l'expert mandaté en 2019 (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médico-assurantielle, incluant une évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de l'expertisée (ch. 7), avant de répondre aux questions du mandat (ch. 8). L'évaluation consensuelle présente une synthèse interdisciplinaire des évaluations spécifiques, de manière à déterminer l'impact global des atteintes à la santé diagnostiquées sur la capacité de travail. Les conclusions des experts sont claires et étayées, de sorte qu'il faut constater que cette expertise pluridisciplinaire remplit l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière et qu'elle jouit dès lors d'une pleine valeur probante.

**b)** Sur le plan de la médecine interne, le Dr V.\_\_\_\_\_ a confirmé l'ensemble des diagnostics posés par les médecins traitants et a constaté, comme le précédent expert, que divers éléments devaient amener à suspecter une atteinte supplémentaire qui n'avait pas fait l'objet d'investigations, à savoir une apnée du sommeil. S'agissant de l'impact des diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, cet expert a conclu à une capacité de travail complète dans toute activité, mais a admis une baisse de rendement de 30 % en lien avec le diabète dès l'apparition de cette maladie en 2002, du fait de la fatigue causée par les variations de la glycémie et des pauses rendues nécessaires pour la gestion de la glycémie. Puis, dès décembre 2019, époque où l'expert

H.\_\_\_\_\_ a relevé des symptômes évocateurs d'une apnée du sommeil, il se justifiait d'évaluer l'incapacité de travail à 50 % dans toute activité.

A propos de la seule problématique diabétique, l'expert V.\_\_\_\_\_ a relevé que le diabète insulino-requérant n'était pas en soi une cause d'incapacité de travail, de même que les complications du diabète actuellement « peu évoluées » présentes chez la recourante (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 avril 2021, p. 19). L'instabilité des glycémies et l'insuffisance rénale contribuaient cependant à la fatigue, laquelle pouvait conduire à une baisse de rendement de 20 % à laquelle s'ajoutait la nécessité de pauses régulières pour gérer l'alimentation contrôler les glycémies et faire les corrections nécessaires, soit une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 30 %. Dans son expertise du 26 novembre 2019, le Dr H.\_\_\_\_\_ avait fixé la capacité de travail à 80 % en lien avec le seul diabète, après avoir constaté que la recourante faisait preuve d'une excellente connaissance de ses symptômes d'hypoglycémie, qu'elle savait reconnaître et traiter, de sorte que d'éventuelles hypoglycémies diurnes ne pourraient pas l'empêcher de travailler de manière régulière « passé le temps nécessaire pour se resucrer » (cf. rapport d'expertise du 26 novembre 2019, p. 24). Les deux experts appelés successivement à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante en lien avec son diabète sont ainsi arrivés à des conclusions similaires, en les étayant.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2017, la Dre G.\_\_\_\_\_ a évalué la capacité de travail à 50 % dès mars 2017, dans toute activité. Elle a motivé ce taux par la nécessité de prendre du temps pour gérer le diabète instable, en relevant que ce n'était pas possible dans le cadre d'une activité de nettoyeuse à plein temps et que la recourante devait éviter les efforts physiques trop importants et le port de charges. Elle n'a cependant pas donné plus de précisions sur la fréquence des hypoglycémies et leur impact sur la capacité de travail de sa patiente, n'explicitant en particulier pas pour quelle raison le diabète aurait le même effet en cas d'activité professionnelle peu astreignante physiquement. L'aggravation de l'état de santé signalée par la

Dre G.\_\_\_\_\_ en mars 2018 n'est pas documentée, le rapport indiquant uniquement que le taux de travail ne dépassait pas 30 % en raison d'un diabète davantage déséquilibré. La Dre G.\_\_\_\_\_ n'a du reste pas confirmé cette aggravation dans son rapport complémentaire du 2 août 2018, puisqu'elle évaluait à nouveau la capacité de travail à 50 % dans toute activité et faisait état d'une aggravation progressive depuis 2014. Enfin, dans son rapport du 21 août 2020, elle a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité, sans motiver cette assertion puisqu'elle ne signalait aucun changement sur le plan somatique depuis décembre 2019, hormis des investigations en cours en raison de troubles digestifs. En outre, les seules limitations fonctionnelles signalées étaient en rapport avec le diabète, à savoir la difficulté à gérer le diabète lorsqu'elle travaillait et la survenue d'hypoglycémie symptomatiques lors d'effort physique, pris en considération par les experts. Enfin, bien qu'elle ait eu connaissance en particulier de l'expertise d'avril 2021, la Dre G.\_\_\_\_\_ n'a émis aucune remarque.

Pour sa part, le Dr X.\_\_\_\_\_ a expliqué, dans un rapport de consultation adressé en février 2017 à la médecin généraliste, que sa patiente ne contrôlait pas suffisamment souvent sa glycémie, car elle complétait son emploi contractuel par des activités non déclarées de telle sorte que son taux d'activité total dépassait alors 100 %. Bien qu'invité par l'intimé à évaluer la capacité de travail de la recourante, le diabétologue a seulement évoqué, dans son rapport du 21 novembre 2017, une fatigabilité et une baisse de rendement liée à la nécessité de procéder à des autocontrôles et de prendre des périodes de repos pour gérer le diabète. Il n'a pas chiffré l'impact du diabète sur la capacité de travail, se limitant à renvoyer à l'évaluation de la Dre G.\_\_\_\_\_. Puis, dans ses réponses aux questions complémentaires du SMR, en janvier 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_ a chiffré les hypoglycémies à quatre épisodes par semaines et a fait état d'une amélioration des valeurs sanguines et d'une meilleure gestion de son diabète par la patiente, qui effectuait plus d'autocontrôles glycémiques. Il a alors évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 30 % tout en relevant que cette question était gérée par la Dre G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 12 octobre 2020, s'il a

confirmé le contenu de celui de janvier 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a pas donné plus d'explications quant à la faible capacité de travail retenue dans toute activité, alors qu'il n'a pas déterminé d'autres limitations fonctionnelles que celles mises en avant par l'expert H.\_\_\_\_\_.

Ainsi, contrairement aux Drs H.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, les médecins traitants n'ont pas argumenté les faibles taux d'activité retenus en lien avec le seul diabète et ses complications rénales même dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles. En particulier, le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué combien d'autocontrôles de la glycémie étaient nécessaires dans une journée de travail comportant un profil d'effort moins important que dans l'activité habituelle, ni le temps qu'il faudrait consacrer à ces contrôles, aux soins ou réajustements qu'ils impliquent ainsi que le temps de récupération en cas d'hypoglycémie. Il en va de même s'agissant des autres atteintes relevant de la médecine interne retenues par les experts, étant au surplus relevé que ni la Dre G.\_\_\_\_\_ ni le Dr X.\_\_\_\_\_ n'ont commenté les remarques émises par le Dr H.\_\_\_\_\_ relatives à la présence possible d'apnées du sommeil, que cet expert a pris le soin de leur signaler au terme de ses investigations (cf. échanges de courriers entre le Dr H.\_\_\_\_\_ et les Drs G.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, joints à l'expertise du 26 novembre 2019). Cependant, même s'il n'apparaît pas que cette problématique ait été investiguée après la première expertise, qui en faisait abstraction dans l'évaluation de la capacité de travail, il faut relever que l'expert V.\_\_\_\_\_ en a pleinement tenu compte lors de son évaluation puisqu'il a retenu une capacité de travail diminuée en raison de la fatigabilité accrue qu'implique une telle atteinte lorsqu'elle n'est pas prise en charge, à compter du moment où les symptômes ont été objectivés par le Dr H.\_\_\_\_\_.

Dans ces conditions, il faut constater qu'aucun élément d'ordre médical ne vient sérieusement remettre en doute les constats du Dr V.\_\_\_\_\_ dans le volet de médecine interne de l'expertise pluridisciplinaire.

**c)** Du point de vue rhumatologique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a établi son diagnostic après avoir obtenu des imageries médicales et examiné la recourante. Il a pris note des plaintes de l'assurée et constaté que, du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas d'incohérences et que les douleurs étaient plausibles, avec une consommation antalgique faible correspondant aux douleurs alléguées (cf. ch. 7.3 de l'expertise rhumatologique, p. 26 du rapport d'expertise pluridisciplinaire). L'atteinte rhumatologique entraînait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis février 2017, mais complète dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant l'absence d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg et de porte-à-faux du buste maintenu, ainsi que le port de charge proche du corps limité à 10 kg.

Il semble également que la problématique des douleurs dorsales présentées par l'intéressée n'avait fait l'objet d'aucun avis spécialisé avant cette expertise pluridisciplinaire. Ainsi, le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas porté son évaluation sur l'aspect rhumatologique, qui n'entre du reste pas dans son champ de spécialisation. Les médecins traitants de la recourante n'ont pas non plus évoqué de problématique de cet ordre, la Dre G.\_\_\_\_\_ ayant signalé des lombalgies à deux reprises, en 2017 et 2018 sans plus de détails, l'accent étant mis sur la problématique diabétique, et ne les mentionne plus en 2020. Ils n'ont par ailleurs pas émis de remarque à la suite de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, de sorte que l'on peut s'y référer entièrement.

**d)** S'agissant de l'aspect psychique, les psychothérapeutes traitants ont fait état, dans leur rapport du 29 mai 2020, des plaintes et des symptômes présentés par leur patiente, à savoir un abaissement de l'humeur, une estime d'elle-même négative, un sentiment de honte et de culpabilité, un isolement social, une diminution de l'activité, un pessimisme face à l'avenir, une perturbation du sommeil (insomnies, réveils en sursaut dus à des cauchemars ou des angoisses nocturnes), des ruminations mentales autour de pensées anxigènes et noires, une anxiété flottante élevée, des craintes importantes pour sa santé physique et pour ses proches, une attente craintive, des difficultés de concentration

et de mémoire, une anxiété accompagnée d'un sentiment de tête vide, de perte de contrôle, de tachycardie, d'une accélération de la respiration, d'un sentiment d'étouffement, d'une bouche sèche, de maux de tête, de tremblements et d'une incapacité à se détendre. Ils ont relaté en outre que leur patiente avait tenté de reprendre une activité professionnelle dans son domaine d'activité en mai 2020, mais qu'elle avait dû y renoncer après le premier jour en raison de douleurs importantes et d'une forte augmentation de l'anxiété, entraînant une augmentation des plaintes somatiques, un vécu d'échec et un renforcement des symptômes dépressifs et anxieux. Sur la base de leurs constats, ils ont conclu à une capacité de travail de l'ordre de 20 à 40 % et déterminé des limitations fonctionnelles, à savoir une fatigabilité accrue, des difficultés dans la gestion des émotions et dans la gestion du stress, des difficultés de concentration, d'organisation et de mémorisation, une diminution du rendement. Dans leur complément du 1<sup>er</sup> octobre 2020, les psychothérapeutes traitants ont indiqué que l'état psychique de leur patiente était stable, qu'une médication antidépressive avait été introduite en raison de la chronicisation de l'état dépressif et qu'ils évaluaient toujours la capacité de travail entre 20 et 40 % dans toute activité.

Il convient d'emblée de relever que ces deux rapports ont été établis au tout début du suivi, alors que la médication antidépressive n'avait pas encore été mise en place, respectivement un mois à peine après l'instauration d'une telle médication. L'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ est en revanche intervenue un peu plus d'une année après le début du suivi et plusieurs mois après la prescription d'un antidépresseur. Les plaintes de la recourante étaient alors différentes de celles rapportées par ses psychothérapeutes, puisque l'intéressée n'a pas fait état auprès de l'expert de troubles de la concentration ou de la mémoire, ni de cauchemars. En outre, sur la base des explications données par la recourante à propos du déroulement de ses journées et de ses loisirs, l'expert n'a pas objectivé de difficultés d'organisation. Dans son rapport spécialisé, le Dr C. \_\_\_\_\_ a repris les deux rapports établis par les psychothérapeutes traitants de l'assurée précités, ainsi que les constats faits par le Dr H. \_\_\_\_\_ en novembre 2019 et qui ont conduit l'assurée à

consulter en décembre 2019. Il a également obtenu un rapport complémentaire auprès des psychothérapeutes traitants. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué les motifs pour lesquels il ne retenait pas le diagnostic d'anxiété généralisée, F41.1, estimant que les symptômes d'anxiété et la tension nerveuse présents chez la recourante faisaient partie du trouble dépressif. Il a en outre mentionné des difficultés liées à l'acculturation, Z60.3, facteur non médical influençant l'état de santé que les psychothérapeutes n'ont pas évoqué. L'expert a constaté à cet égard que la recourante, bien que vivant en Suisse depuis 2004, ne parlait pas le français et n'avait des contacts sociaux qu'avec des compatriotes, relevant également qu'elle devait renoncer à certaines activités par manque de moyens financiers.

Il apparaît en outre que les deux rapports établis par les psychothérapeutes traitants ne contiennent pas tous les éléments requis par la jurisprudence en cas d'atteinte psychique, dès lors qu'il manque une évaluation des ressources et capacités de la recourante. Or, l'expert a procédé à une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante, constatant ce qui suit (ch. 7.4 de l'expertise psychiatrique, p. 11 du rapport d'expertise pluridisciplinaire) :

« Du point de vue psychiatrique, Madame N. \_\_\_\_\_ est capable de s'adapter à des règles et à des routines, elle sait planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité. Elle a la capacité de changement et elle est capable de mobiliser ses compétences et ses connaissances même si tout cela est perturbé à cause de son état dépressif et de sa maladie somatique. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées qui dépendent toutefois de ses difficultés financières. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec [des] tiers mais elle reste le plus souvent chez elle. Elle est apte à vivre en groupe et à lier d'étroites relations mais il faut préciser qu'elle ne parle pas le français et que depuis son arrivée en Suisse, elle n'a eu de contact qu'avec ses compatriotes. Elle peut prendre soin d'elle-même et subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité, elle peut se déplacer. Sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée, ainsi que la dépression.

Limitations fonctionnelles : tristesse et humeur dépressive, avec un sentiment d'infériorité et une tendance à la dévalorisation, un manque d'élan vital, des idées noires non scénarisées, des troubles du sommeil ainsi qu'une anxiété et une tension nerveuse. »

Sur la base de ses constats, le Dr C.\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis novembre 2019, date à laquelle le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé des signes dépressifs. Cette appréciation doit être privilégiée, dès lors qu'elle a été rendue au terme d'une évaluation répondant à tous les critères fixés par la jurisprudence, contrairement à celle émise par les psychothérapeutes traitants.

**e)** Ainsi, il y a lieu de constater que l'intimé était fondé à déterminer la capacité de travail de la recourante sur la base de l'avis du SMR du 7 mai 2021, lequel opérait une synthèse claire et fidèle des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 23 avril 2022 par les experts de M.\_\_\_\_\_.

**6.** La recourante n'a émis aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé.

Celui-ci a procédé au calcul du degré d'invalidité à l'issue du délai d'attente d'une année déterminé selon la date du dépôt de la demande de prestations et du délai de l'interruption de travail supérieure à 40 % (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), en février 2018. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a repris les données salariales de 2017 fournies par le dernier employeur de la recourante et l'a appliqué à un taux de 100 % pour retenir le revenu annuel de 46'371 francs. Il a ainsi tenu compte du fait que l'assurée présentait depuis toujours une diminution de rendement de 30 % dans toute activité en raison de son diabète et que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % comme elle l'a allégué. Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a utilisé les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, tableau TA1\_skill\_level, niveau de qualification 1, adapté à la durée moyenne du travail en Suisse en 2018 (41.7 heures), pour un taux d'activité de 70 % sans abattement supplémentaire, soit un revenu annuel de 38'276 fr. 85. Contrôlés d'office, les paramètres de calculs présentés dans la décision attaquée ne prêtent pas le flanc à la critique, car l'intimé a correctement appliqué la jurisprudence en la matière (cf. notamment ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). Il a cependant omis d'indexer à

2018 le montant du revenu sans invalidité calculé sur la base de données salariales valables en 2017 (cf. ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). La variation des salaires nominaux des femmes en 2018 a été de 0.5 % par rapport à l'année précédente (cf. Tableau T39 « évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels » ; TF 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.1.2), portant le revenu sans invalidité à 46'602 fr. 86. Cette correction n'a cependant pas d'influence sur le résultat, puisque la comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 17.87 %, taux qui n'ouvre toujours pas de droit à la rente.

L'intimé a procédé à un second calcul du degré d'invalidité, en lien avec l'aggravation de l'état de santé constaté par les experts de M. \_\_\_\_\_ dès novembre 2019. Aucun droit à la rente n'ayant été reconnu précédemment, cette aggravation a entraîné l'application d'un nouveau délai d'attente d'une année, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2020, comme l'a retenu l'intimé. Le calcul du degré d'invalidité pour cette seconde période a été effectué sur la base des mêmes paramètres que pour la première période, mais avec les valeurs en vigueur en 2019. Le droit à la rente ne pouvant naître qu'en novembre 2020 en raison du nouveau délai d'attente, ce sont les chiffres valables pour l'année 2020 qui doivent être utilisés. La correction d'office des chiffres n'entraîne cependant pas de modification de la décision litigieuse. Ainsi, le revenu sans invalidité tel que déterminé ci-dessus s'élève, après indexations successives de 1 % et 0.9 % (cf. tableau T39 précité), à 47'492 fr. 50. Quant au revenu avec invalidité, l'ESS 2020, tableau TA1\_skill\_level, niveau de qualification 1, détermine un revenu mensuel de 4'276 fr. pour les femmes. Après adaptation de ce montant à la durée moyenne du travail en Suisse en 2020 (41.7 heures) et à un taux d'activité de 50 %, il en découle un revenu annuel avec invalidité de 26'746 fr. 38. La comparaison de ces revenus induit un degré d'invalidité de 43.68 %, taux qui ouvre le droit à un quart de rente.

**7. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-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.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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), sous réserve des acomptes déjà versés. Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

**IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires provisoirement mis à la charge de l'Etat, sous réserve des acomptes déjà versés.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- N. \_\_\_\_\_,
- 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 :